

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

.....
dicembre 2019
Vol. 24

ISSN 2239-4001

WILHELM MAXIMILIAN WUNDT

Psicologo, fisiologo e filosofo tedesco, promotore della scienza indipendente e fondatore del laboratorio di psicologia sperimentale.

IN QUESTO NUMERO

4 EDITORIALE DEL PRESIDENTE

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 10 Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"
 - 12 Commissione promozione del benessere e psicologia dell'emergenza
 - 19 Report attività 10ª edizione del mese del benessere psicologico
 - 23 Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza
 - 26 Commissione di etica e deontologia
-

RICERCHE

- 27 Ricerca-azione "individuare per prevenire": prevenire i disturbi dell'apprendimento attraverso la valutazione dei prerequisiti e il potenziamento mirato con bambini all'ultimo anno della scuola dell'infanzia
- 38 Benessere psicologico: risiedere nel Capo di Leuca potrebbe fare la differenza?
- 50 Soggetti affetti da disforia di genere, vittime ed autori di violenze: uno studio casistico
- 62 Valutazione della genitorialità e psicopatologia. Studio casistico su strutture consultoriali della Regione Puglia

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 76 Analisi bioenergetica e grounding
- 90 Il controllo delle emozioni nel dinamismo della balbuzie
- 96 L'esperienza della maternità: tra desiderio e rifiuto. una lettura psicodinamica
- 106 La plasticità cerebrale, la riserva cognitiva e cerebrale
- 110 Adozione della coppia omosessuale: quale tutela giuridica?
- 124 Omofobia e transfobia: un viaggio tra pregiudizi, stereotipi e violenza
- 137 Stiamo crescendo tra cocktail e sindrome di Procuste
- 140 Le sindromi penitenziarie: il riflesso psicologico della vita detentiva
- 143 La Sindrome di Ganser in ambito penitenziario
- 154 Stress e salute negli operatori di polizia penitenziaria: l'importanza della prevenzione
- 162 Caregiver Burden e Stili di Coping: una possibile correlazione?
- 171 Il disturbo di panico: il diario di V.
- 180 La guarigione neuroplastica: il contributo di Norman Doidge
- 192 La separazione di un legame simbiotico attraverso un intervento psicoterapeutico psicomotorio
- 198 Distorsioni cognitive e deficit delle capacità empatiche negli autori di reati sessuali: una revisione integrata

206 Demenza: la tecnologia a servizio del sostegno e della riabilitazione

215 La formazione del volontario Sanitario

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

218 Anteprima del testo <Mepsiche e Sanprao> sintesi teorica del modello scientifico di mentegruppo e definizione metodologica, clinico-applicativa

224 Psicopatologie dell'età evolutiva: il disturbo Oppositivo Provocatorio nel contesto scolastico e intervento sistemico-relazionale

ESPERIENZE SUL CAMPO

230 Arte in Memoria: un progetto di museoterapia, innovazione e inclusività

234 L'Esperienza come Psicologo Formatore con i Vigili del Fuoco

238 La supervisione come buona prassi nelle professioni di aiuto: l'esperienza della Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

247 Progetto sulle adozioni: analisi dei fattori che influenzano l'esito dell'iter adottivo: report di uno studio condotto nel territorio del Salento

253 Progetto-intervento: riabilitazione cognitiva di gruppo in pazienti con disabilità complesse

SPAZIO NEOLAUREATI

264 Interventi di attività e terapie assistite da animali in RSA per anziani

270 RASSEGNA STAMPA

NOVITÀ IN LIBRERIA

276 Nel Giardino Della Cura - nutrire Emozioni e coltivare Pensieri

279 L'Ottimismo del Diavolo

280 Relazioni crudeli, narcisismo, sadismo e dipendenza affettiva

282 Storizzare Freud

287 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA

AVVISO ERRATA CORRIGE PSICOPUGLIA N.23 - GIUGNO 2019

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

Intelligenza Organizzativa: la nuova frontiera dell'eccellenza

Alessio Alfonso Prencipe

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni, Criminologo ed esperto in Scienze Forensi, Esperto in Psicologia sociale e della Comunicazione.

La comunicazione in età evolutiva: uso o abuso della tecnologia?

Emiddio Ricco

Psicologo Clinico / Psicoterapeuta Sistemico Relazionale in formazione



Con la pubblicazione, in data 14/10/2019, nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 117, della Legge Regionale *"Modifiche e integrazioni alla legge regionale 4 dicembre 2009, n. 31 (Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione)"*, la Regione Puglia ha integrato la già vigente l.r. 31/2009, con importanti precisazioni in materia di "Psicologia Scolastica".



La nuova legge prevede l'inserimento dopo l'articolo 13, del disposto di cui all'Art. 13 bis in materia di *Tavolo tecnico istituzionale permanente*.

Infatti, nel dettato normativo viene prevista l'istituzione" (...) di un tavolo tecnico istituzionale permanente per la programmazione annuale degli interventi regionali e attività relative all'Unità regionale di psicologia scolastica e a quella di pedagogia e formazione del personale della scuola, al fine di creare sinergie tra i vari operatori competenti per poter meglio indirizzare le misure di supporto e promozione".

Al comma 2 si specifica che *"Il tavolo di cui al comma 1 è composto dagli assessori competenti, dal Garante regionale dei diritti dei minori, da un rappresentante dell'Ufficio scolastico regionale, da un rappresentante dell'Ordine degli psicologi della regione, da uno neuropsichiatra infantile, da un rappresentante psicologo dell'ISS (Istituto Superiore sanità), da un rappresentante psicologo e da un rappresentante pedagogista che opera nei servizi educativi, da un mediatore/mediatrice interculturale e un mediatore/*

mediatrice familiare, da un rappresentante delle associazioni professionali di categoria dei pedagogisti della regione".

La nostra comunità professionale sarà così rappresentata in tale tavolo di lavoro, dinanzi al Governo Regionale, anche da un rappresentante del nostro Ordine, pronto a portare l'esperienza, i contenuti ma anche le esigenze della nostra categoria, in questo importante traguardo professionale e strumento di supporto fondamentale all'istruzione regionale.

Le finalità sostenute a livello di normativa regionale, sono in linea con gli obiettivi perseguiti dal nostro Consiglio dell'Ordine in questi ultimi anni, attraverso l'intensa e costante attività di promozione della professione di psicologo, nell'ambito di un capillare lavoro portato avanti sull'intero territorio regionale pugliese.

Con il rafforzamento del riconoscimento della figura della Psicologo scolastico in ambito regionale, è stato raggiunto un risultato importante,

oltre che dal punto di vista della risposta alle richieste di assistenza sempre più capillari provenienti dalle comunità scolastiche pugliesi, anche per quanto concerne le potenziali ricadute in ambito occupazionale a favore degli iscritti.

Si riporta di seguito il testo della Legge "Modifiche e integrazioni alla legge regionale 4 dicembre 2009, n. 31 (Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione)", pubblicata il 14 ottobre 2019 nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 117.

Art. 3

Integrazione alla l.r. 31/2009

1. Dopo l'articolo 13, come novellato dall'articolo 2 della presente legge, è inserito il seguente:

Art. 13 bis.

Tavolo tecnico istituzionale permanente

1. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, attiva un tavolo tecnico istituzionale permanente per la programmazione annuale degli interventi regionali e attività relative all'Unità regionale di psicologia scolastica e a quella di pedagogia e formazione del personale della scuola, al fine di creare sinergie tra i vari operatori competenti per poter meglio indirizzare le misure di supporto e promozione.
2. Il tavolo di cui al comma 1 è composto dagli assessori competenti, dal Garante regionale dei diritti dei minori, da un rappresentante dell'Ufficio scolastico regionale, **da un rappresentante dell'Ordine degli psicologi della regione**, da uno neuropsichiatra infantile, da un rappresentante psicologo dell'ISS (Istituto Superiore sanità), da un rappresentante psicologo e da un rappresentante pedagogista che opera nei servizi educativi, da un mediatore/mediatrice interculturale e un mediatore/mediatrice familiare, da un rappresentante delle associazioni professionali di categoria dei pedagogisti della regione.

3. Ai componenti del tavolo tecnico, nominati sulla base del regolamento di cui all'articolo 14 della presente legge, non è corrisposto alcun gettone di presenza.

In data 24 ottobre 2019, innanzi al Presidente, Dott. Giuseppe Romano e ai Consiglieri della III Commissione Consiliare Permanente Sanità Servizi Sociali presso il Consiglio Regionale della Puglia, si è tenuta l'Audizione sulla proposta di legge sulla "Istituzione del servizio di psicologia di base delle cure primarie" (a.c. 1230)."

La ratio del disposto normativo parte dall'esigenza di introdurre, nel sistema sanitario pugliese, la figura professionale dello psicologo di base in grado di garantire un adeguato sostegno e indirizzare il paziente verso il servizio sanitario e/o sociosanitario più rispondente al singolo caso trattato.

È ormai evidente che la domanda di assistenza psicologica nel vissuto quotidiano è sempre più crescente; dati statistici diversi, evidenziano come il 30% di richieste che arrivano al medico di famiglia sono di natura psicologica.

Secondo il Servizio statistico della Regione Puglia nel corso degli anni, il consumo di farmaci antidepressivi cresce a livello italiano ed in Puglia, il primo con valori sempre maggiori del secondo. La differenza tra il 2014 e il 2006 è di + 9,2 dosi DDD/1.000 ab. In Italia, di + 7,4 dosi DDD/1.000 ab. In Puglia (Focus aprile 2016).

Non sempre il farmaco è la cura più efficace e non sempre la diagnosi è appropriata; lo psicologo di base, se incardinato nel sistema, potrebbe effettuare diagnosi più accurate, indirizzare verso lo specialista più adatto, produrre concreti effetti benefici al sistema sanitario nel suo complesso attraverso una contrazione della spesa farmaceutica.



Peraltro, intervenire in tempo può evitare la cronicizzazione della patologia producendo un risparmio per l'intero sistema sanitario.

Sono diverse le iniziative assunte in alcune regioni che hanno istituito la figura dello psicologo di base, con l'obiettivo dichiarato di ridurre, con l'introduzione di tale figura professionale, la spesa sanitaria producendo un risparmio fino al 31% della spesa farmaceutica determinando minori spese per visite specialistiche, esami, farmaci.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, che sta portando avanti un puntuale confronto durante la fase di stesura del testo normativo, sostiene fortemente il riconoscimento del ruolo dello psicologo nell'ambito del sistema delle cure primarie regionali.

Merito del Consiglio Regionale della Puglia è stato quello di aver ascoltato e accolto le istanze ivi presentate, ritenendo fermamente che tale iniziativa rappresenti un notevole passo in avanti per garantire il diritto alla salute, il diritto di assistenza e promozione del benessere psicofisico dei cittadini pugliesi.

Nello specifico con l'articolo 1 viene istituito il servizio di psicologia di base e delle cure primarie, la cui attività professionale viene indirizzata a garantire al singolo, alla coppia ed alla famiglia prestazioni sanitarie, in coerenza con i principi cardine della Legge 833 del 1978, legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

L'articolo 2 "compiti della figura professionale....." individua e definisce i compiti dello psicologo di base; importante la verifica continua del modello organizzativo prevista attraverso la costituzione presso l'Agenzia regionale, di un coordinamento di dirigenti psicologi delle singole ASL in grado di seguire, monitorare, ed attuare il coordinamento della figura nei distretti sociosanitari e nella rete ospedaliera.

L'articolo 3 istituisce gli elenchi degli psicologi di base e i suoi requisiti; questo per consentire la gestione, in modo trasparente, degli incarichi convenzionali che le singole ASL attiveranno

L'articolo 4 prevede la verifica, il monitoraggio ed il controllo qualitativo dell'assistenza psicologica. Inoltre con apposito atto deliberativo viene istituita presso l'Agenzia regionale (AReSS), la sezione cui viene affidato il compito di valutare la qualità del lavoro eseguito nei rispettivi ambiti, ma anche quello di fornire gli indirizzi cui uniformare la attività professionistica.

L'articolo 5 istituisce l'osservatorio regionale presso l'ARESS.

La sua funzione, così come definito dal comma 3 dell'art.5, sarà quella di definire i bisogni di salute emergenti sul territorio regionale.

L'articolo 6 assicura la copertura finanziaria;

L'articolo 7 dispone sulla entrata in vigore della legge.

Di seguito il testo della Proposta di legge, a firma dei Consiglieri Romano, Zinni, Piscicchio, Di Gioia, Pellegrino P., Turco, Marno N., Santorsola, Colonna, "Istituzione del servizio di psicologia di base delle cure primarie" (a.c. 1230)."

PROPOSTA DI LEGGE

Istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie

Articolo 1

(Finalità e istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie)

1. La Regione Puglia nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, in coerenza con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a

norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), la legge 11 gennaio 2018 n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute) del Decreto legge 30 aprile 2019 n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria) istituisce la figura del servizio di psicologia di base e delle cure primarie.

Articolo 2

(Organizzazione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie)

1. Il servizio di psicologia di base e delle cure primarie è inserito nel distretto socio sanitario per l'attività di assistenza primaria territoriale; lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie svolge funzioni di coordinamento e programmazione per la psicologia territoriale nei presidi territoriali di assistenza (PTA), per i percorsi diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e delle reti.
2. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie svolge la propria attività professionale in collaborazione con la medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) attraverso compiti di cura primaria.
3. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, le dotazioni organiche delle aziende sanitarie locali (ASL) devono prevedere il dirigente psicologo per la programmazione e la valutazione delle nuove attività.
4. Presso l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale (AReSS) viene istituito il coordinamento regionale dei dirigenti psicologi delle singole ASL, con lo scopo di avanzare nuovi modelli organizzativi innovativi e verificare la eventuale loro applicabilità. Tale organismo, integrato con la presenza di due rappresentanti

designati dall'Ordine regionale professionale degli psicologi e di due rappresentanti designati dai dipartimenti universitari corrispondenti, definisce linee guida rispetto alle problematiche prioritarie.

5. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie, esercita le funzioni cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo) in accordo con i servizi aziendali competenti, ai fini della riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione, promozione alla salute nonché attivazione della rete sociale come previsto dai livelli essenziali di assistenza.
6. In caso di richiesta di assistenza psicologica avanzata dalla rete territoriale di prossimità al medico di base o al medico di fiducia del paziente o al pediatra di libera scelta, questi potranno avvalersi dello psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie territoriale competente.
7. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica, di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.
8. Laddove previsto, attraverso un accordo tra ASL ed enti locali, lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie può operare logisticamente anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo.

Articolo 3

(Verifica monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica)

1. All'AReSS compete la verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1.



2. Con la delibera di Giunta di cui all'art. 5 viene istituito apposito servizio per l'esercizio delle funzioni previste dal comma 1 del presente articolo.
3. Ai fini delle valutazioni di cui al comma 1, gli psicologi del servizio di psicologia di base e delle cure primarie sono tenuti a trasmettere al dirigente psicologo individuato dalla propria ASL, una relazione annuale sull'attività di assistenza psicologica prestata, relazione che il dirigente psicologo di cui al comma 3 dell'art. 2 invierà ai competenti servizi del SSR.
4. I servizi competenti dell'AreSS esaminano le relazioni presentate ai sensi del comma 3 al fine di verificare, controllare e valutare l'attività di assistenza psicologica e la coerenza della stessa con gli obiettivi definiti.

Articolo 4

(Istituzione Osservatorio regionale)

1. La Regione Puglia d'intesa **con l'Ordine professionale degli psicologi**, con le associazioni scientifiche di psicologia, con i dipartimenti a cui afferiscono corsi di studio di laurea in psicologia presenti nelle università pugliesi, con il coordinamento regionale dei medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, istituisce presso l'AreSS, un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale.
2. La Giunta regionale, su proposta della Sezione inclusione sociale attiva e innovazione delle reti sociali del Dipartimento regionale promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, con proprio atto deliberativo disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione Puglia chiamate a collaborare all'esercizio della funzione di Osservatorio regionale.
3. L'Osservatorio regionale, sulla base delle relazioni trasmesse dal servizio istituito presso l'AreSS riferite all'attività prestata dallo psicologo del servizio di psicologia di base e delle prime

cure su tutto il territorio regionale, individua i bisogni di salute emergenti nel territorio della regione Puglia.

4. All'Osservatorio regionale partecipano i dirigenti psicologi di cui al comma 3 dell'art. 2.
5. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza e rimborsi spese.

Articolo 5

(Disposizioni transitorie ed attuative)

1. In fase di prima applicazione della presente legge si prevede presenza di uno psicologo del servizio di psicologia di base e delle prime cure ogni cinquantamila abitanti.
2. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio provvedimento definisce le specifiche modalità di attuazione della presente legge.

Articolo 6

(Norma finanziaria)

1. Per l'attuazione della presente legge, nell'ambito della missione 20, programma 03, titolo 01, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2019, in termini di competenza e cassa, di euro 2.301.439,11.
2. Alla copertura della spesa di cui al comma 1, si provvede mediante prelevamento dalla missione 20, programma 03, titolo 01, capitolo 1110070 "Fondo globale per il finanziamento di leggi regionali di spesa corrente in corso di adozione".

Articolo 7

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale rende conto periodicamente al Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati da essa ottenuti in termini di miglioramento dell'assistenza e di

promozione del benessere psicofisico della comunità in campo sanitario.

2. A tal fine, la Giunta regionale presenta annualmente alla commissione consiliare competente una relazione, che fornisce le seguenti informazioni:

- a) andamento delle richieste di prestazioni per analisi, esami strumentali e visite specialistiche;
- b) andamento delle prescrizioni di farmaci antidepressivi;
- c) esiti dell'attività di monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica di cui all'articolo 3;
- d) esiti delle attività dell'Osservatorio di cui all'articolo 4.

I Consiglieri:

- Giuseppe Romano
- Sabino Zinni
- Alfonso Pisicchio
- Paolo Pellegrino
- Giuseppe Turco
- Nicola marmo
- Domenico Santorsola
- Vincenzo Colonna

Con l'audizione del 24 ottobre 2019, ad integrazione del testo davvero completo della Proposta di legge, oggetto di un proficuo lavoro portato avanti nel tavolo tecnico costituito, sono state inserite alcune piccole modifiche e/o integrazioni, in particolare:

1) Proposta di Legge (RELAZIONE DESCRITTIVA)

capoverso 6) andrebbe aggiunto:

*Non sempre il **solo** farmaco è la cura più efficace e non sempre la diagnosi appropriata; lo Psicologo di base e delle cure primarie, se incardinato nel sistema, potrebbe **concorrere alla definizione delle diagnosi più accurate, indirizzare verso lo specialista più adatto, produrre concreti effetti benefici al Sistema Sanitario***

*nel suo complesso attraverso una **notevole** contrazione della spesa farmaceutica.*

2) Proposta di Legge (RELAZIONE DESCRITTIVA)

capoverso 7) andrebbe aggiunto:

*Peraltro, intervenire in tempo può evitare la cronicizzazione della patologia, producendo un risparmio per l'intero Sistema Sanitario **ed una migliore qualità della vita.***

3) Art.4 (Istituzione Osservatorio regionale)

co. 1, La Regione Puglia d'intesa con l'Ordine professionale degli Psicologi, con le associazioni scientifiche di psicologia, con i Dipartimenti a cui afferiscono i corsi di studio di laurea in Psicologia, presenti nelle Università pugliesi, in coordinamento regionale dei medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, istituisce presso l'AReSS, un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale.

4) Art.5 (Disposizioni transitorie ed attuative)

co. 1, andrebbe aggiunto:

*In fase di prima applicazione della presente legge si prevede **la** presenza di uno psicologo del servizio di psicologia di base e **delle cure primarie** ogni cinquantamila abitanti.*

Nell'occasione si propone per le applicazioni successive della presente legge, la presenza comunque di uno psicologo per ciascuna associazione di Medici di medicina generale e di Pediatri di libera scelta, per i PTA, per ciascuna Casa della Salute".

È fondamentale che le Istituzioni comprendano il valore del supporto psicologico nei diversi ambienti di quotidianità, come prevenzione del disagio e come promozione del benessere psicologico, prima che come cura.

Allo stesso tempo, è importante, che questo riconoscimento continui a realizzarsi a livello istituzionale, all'interno di testi normativi che ne sanciscano i campi di applicazione e ne ufficializzino il riconoscimento.



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

(luglio - dicembre 2019)

Coordinatore
Massimo Frateschi

Componenti
Paola Annese
Ferdinando De Muro

La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo da gennaio 2014 al 30 giugno 2019 ha proposto programmazioni sulla base di una metodologia pragmatica per il perseguimento di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine, per il progresso della cultura e della formazione psicologica.

Infatti, nel periodo 2014 – 30 giugno 2019, l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha: organizzato e realizzato più di 50 eventi formativi soddisfacendo un fabbisogno di 300 crediti formativi ECM, per un totale di oltre 40.000 crediti formativi ECM rilasciati agli psicologi;

1. patrocinato più di 500 eventi e manifestazioni grazie alla collaborazione, alla partecipazione attiva e alla dedizione professionale di tutti gli psicologi nei vari territori della regione Puglia, e di ulteriori collaborazioni interistituzionali, interprofessionali, associative della comunità e della società civile;
2. stipulato oltre 70 convenzioni per promuovere ed estendere formazione e servizi con sconti significativi a favore di tutti gli psicologi.

3. La Commissione suddetta per il periodo luglio - dicembre (II semestre) 2019 ha continuato a proporre costantemente uno sviluppo professionale culturale e formativo ampio e approfondito basato sulla formazione continua, sulla formazione ECM, sulla psicologia scientifica, sulle evidenze scientifiche, sui modelli teorici e metodologici, sulle competenze specifiche, sugli ambiti specialistici, sui metodi e sulle tecniche riconosciute dalla comunità scientifica. Sono stati tenuti presenti costantemente i riferimenti all'indirizzo generale culturale, formativo, alle norme e alle Linee guida del CNOP. Grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva, motivata ed interessata, di tutta la comunità professionale degli psicologi, in tutta la regione Puglia, sono state proposte nuove ipotesi, idee, programmi, progetti, manifestazioni ed eventi.

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

1. Evento Formativo dal titolo: *“Psicologia in digitale: dal passaparola all'epoca del social*

network", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il 18 settembre 2019, presso l'Hotel Excelsior, Bari;

2. Evento Formativo ECM dal titolo: *"I disturbi del linguaggio e della comunicazione: dalla diagnosi al trattamento"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 25.09.2019, presso la Sala Conferenze del Rettorato – Università del Salento, Piazza Tancredi, 7, Lecce.

3. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Diritto alla*

dell'Emergenza (Evento teorico-pratico)", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la SIPEM, Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza, Regione Puglia, tenutosi il giorno 15.11.2019, presso Palazzo Dogana, Piazza XX Settembre, 20, Foggia .

6. Evento Formativo dal titolo: *"XVII Premio Nazionale Santi Medici di Medicina, Psicologia, e Farmacia. Confronto sul tema: L'uomo nel rapporto tra scienza e fede"*, organizzato dall'Or-



salute: le Prestazioni Psicologiche nei Lea", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la ASL BA, tenutosi il giorno 23.10.2019, presso la Sala Convegni 2 – pad.152 c/o Fiera del Levante, Bari.

4. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Violenza nell'adolescenza"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il 25 ottobre 2019, presso l'Hotel Excelsior, Bari;

5. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Dall'emergenza alla normalità. Il ruolo della Psicologia*

dine degli Psicologi della Regione Puglia, in collaborazione con la Fondazione «Santi Medici Cosma e Damiano», Bitonto, tenutosi il 15.11.2019, presso la Sala Polifunzionale Fondazione Santi Medici, Bitonto.

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

L'obiettivo che la commissione "PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA" ha cercato di perseguire in questi ultimi anni è stato quello di diffondere la cultura del benessere psicologico nella nostra regione al fine di far comprendere che la salute è importante sia per il singolo che per la collettività intera e va raggiunta e mantenuta quotidianamente con strategie operative precise e mirate. Promuovere la professionalità dello psicologo in tutti quei contesti entro i quali la psicologia è chiamata a contribuire ai processi di promozione dell'individuo, di miglioramento del benessere collettivo, di tutela della salute. All'interno di questo obiettivo è stata data continuità all'organizzazione del "Mese del Benessere" in Puglia. Si è cercato di incoraggiare la collaborazione tra lo psicologo e gli altri specialisti, per promuovere il benessere psicologico di individui e gruppi nelle varie fasi del ciclo di vita.

La Commissione ha operato in sinergia con i professionisti esperti che operano su tutto il territorio, è ha cercato di aprirsi alle nuove proposte degli psicologi che hanno voluto offrire il loro contributo in questo ambito.

BREVE EXCURSUS DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

1. Mese benessere psicologico Ottobre 2014:

Mese del Benessere Psicologico in Puglia Si è svolta in Puglia il "Mese del Benessere Psicologico", campagna finalizzata alla diffusione della cultura del benessere psicologico e alla promozione della professione dello psicologo. Molti sono stati

gli psicologi e gli psicoterapeuti che hanno aderito all'iniziativa, offrendo un prezioso contributo alla promozione dello psicologo come esperto professionista nei settori più svariati. Il successo del progetto si coglie non solo dalla partecipazione dei colleghi, ma anche dalle molteplici richieste giunte per le consulenze gratuite e dalla numerosa partecipazione dei cittadini ai vari seminari e convegni organizzati. Quest'anno l'evento è stato divulgato attraverso la cartellonistica stradale, giornali, tv locali, attraverso il sito e i social network dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. L'informazione ai cittadini è giunta anche dalla diffusione di materiale informativo, distribuito nei vari capoluoghi di provincia pugliesi, che ha visto la presenza del gazebo e del camper serigrafati per il "Mese del Benessere", a Bari e Foggia il 27 settembre, a Brindisi e Trani il 4 ottobre e a Taranto e Lecce il giorno 11 ottobre. È stato, inoltre, istituito un numero verde, pronto a fornire all'utenza risposte su tutte le iniziative e sugli studi aperti alle consulenze gratuite.

2. Mese del Benessere Psicologico 2015:

I dati di questa 5a edizione L'iniziativa Ottobre Mese del Benessere Psicologico si è conclusa ufficialmente il 31 ottobre scorso con grande interesse e partecipazione dei cittadini È giunta al termine la quinta edizione del Mese del Benessere Psicologico 2015, organizzato dall'Ordine degli Psicologi di Puglia durante il mese di ottobre. 4000 presenze registrate, 360 incontri organizzati, 400 specialisti coinvolti e 200 location

sparse per tutto il territorio pugliese: ecco i numeri di quest'ultima edizione. Grande partecipazione da parte del pubblico, vero protagonista dell'iniziativa, che ha dimostrato notevole interesse agli incontri gratuiti organizzati in tutta la regione pugliese, dal 1° al 31 ottobre scorso, su differenti tematiche: apprendimento e sviluppo, violenza e bullismo, dipendenze, relazioni familiari, lavoro e formazione. Promuovere e sensibilizzare la cultura del benessere è stata l'indiscussa finalità del Mese del Benessere Psicologico, con il conseguente obiettivo di migliorare la qualità della vita di quella fetta di popolazione restia al cambiamento e vittima del pregiudizio sociale che vede chi si affida allo psicologo come pazzo o malato; per abbattere questa barriera tanti psicologi pugliesi si sono messi a disposizione di tutti i cittadini, per rendere il benessere uno stato mentale concretamente raggiungibile. Tutti gli appuntamenti previsti nel mese sono stati quotidianamente elencati sui canali web dell'iniziativa, sito (www.mesedelbenesserepsicologico.it) e pagina Facebook (Ordine Psicologi Puglia), che hanno raggiunto circa 36.000 visualizzazioni totali e livelli d'interazione molto elevati. Dati bollettino mese del benessere psicologico ■ adesione diretta di più di 300 psicologi ■ + 98% di like sulla pagina Facebook Ordine Psicologi Puglia ■ +2680 like sulla pagina Facebook Ordine Psicologi Puglia ■ ~20.000 persone al giorno raggiunte su Facebook ■ ~50 condivisioni di post Ordine Psicologi Puglia al giorno su Facebook ■ 36.000 visualizzazioni di pagina sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it ■ >500 clic da annunci su Google diretti a www.mesedelbenesserepsicologico.it ■ saturazione con posizione media 1,2 delle ricerche sull'argomento psicologia e psicologi in Puglia ■ mediamente al terzo posto* in Italia su Google cercando "mese del benessere psicologico" per il portale www.mesedelbenesserepsicologico.it ■ 3 minuti di media per visita** sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it ■ 72,6% nuove visite sul totale sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it ■ >30% delle visite da link esterno dal Corriere del Mezzogiorno.

3. Mese del Benessere psicologico 2016:

La campagna regionale del mese del Benessere Psicologico, giunto alla settima, quest'anno si inserirà all'interno di quella Nazionale, coordinata dal CNOP e ha previsto delle importanti novità. Primo fra tutte, la presenza dell'Ordine in molti eventi pubblici (sagre, fiere, festival) organizzati nel mese di Ottobre in Puglia, attraverso attività di volantinaggio, di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sulla cultura del benessere psicologico in tutte le sue sfaccettature: artistiche, musicali, culinarie. In particolare, si è vista la partecipazione dell'Ordine ad eventi quali il Mattinata Running Week di Mattinata ed il Mind Park. Quest'ultimo si è tenuto a Bari, in Piazza Ferrarese, il 30 ottobre ed ha rappresentato la conclusione delle iniziative previste per il Mese del Benessere Psicologico in Puglia. "Mind Park"! 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". Attrazioni da Luna Park e artisti di strada hanno affiancato i professionisti della mente nella comprensione e consapevolezza delle emozioni primarie. Un vero e proprio "Parco Divertimenti", dove ciascun gioco ha insegnato a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Un percorso ludico che ha trasformato esperienze semplici, come lanciare una palla contro un bersaglio di lattine o introdurre le mani in una scatola misteriosa, in consapevolezza sul funzionamento delle proprie emozioni. All'interno dello stand informativo, cuore del Mind Park, gli psicologi presenti hanno soddisfatto le curiosità dei partecipanti, hanno illustrato quali vantaggi in termini di benessere personale può portare un buon percorso di ascolto e supporto psicologico. Uno psicologo non solo lavora sul disagio ma soprattutto può aiutare la persona a trasformare un periodo di malessere in nuove consapevolezze, migliorare la qualità della vita e delle relazioni.

Accanto a tali attività come di consueto i colleghi sono stati invitati ad organizzare sul proprio territorio eventi, seminari, conferenze, workshop o ad



aprire gli studi alla cittadinanza per delle consulenze gratuite.

4. Mese del benessere psicologico Maggio 2017:

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. Approfittando 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!!!

5. Mese del benessere psicologico Ottobre 2017

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

aprire gli studi alla cittadinanza per delle consulenze gratuite. Il Mind Park è stato l'appuntamento culmine del Mese del Benessere Psicologico, che quest'anno si è tenuto a Lecce il 22 ottobre in Villa Comunale. Ricordiamo l'intento che anima il Mind Park!! Giocare con le emozioni all'interno di un vero e proprio parco divertimenti, dove ciascun gioco insegna a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Un percorso ludico che trasforma esperienze semplici, come il lancio di una palla contro un bersaglio di lattine o introdurre le mani in una scatola misteriosa, in consapevolezze sul funzionamento delle proprie emozioni. All'interno dello stand informativo, cuore del Mind Park, e anche nei diversi stand delle emozioni, sono stati presenti psicologi per soddisfare le curiosità dei partecipanti e illustrare i vantaggi e i benefici in termini di benessere personale che un buon percorso di ascolto e supporto psicologico può apportare a ciascuno di noi. Visto il grande successo, sulla scia degli eventi organizzati in occasione del mese del benessere psicologico e in concomitanza con la Giornata dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, il 19 novembre il Mind Park è stato riproposto nella Villa comunale di Bitonto, ottenendo un grande successo!!

6. Mese del benessere psicologico Maggio 2018

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

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

Il villaggio delle emozioni è stato attivo dal martedì al venerdì per le scuole primarie dalle 09 alle 13.

Durante la mattinata, i bambini sono stati divisi in due turni (da Max 50 bambini per turno). Ogni turno ha previsto il percorso nelle 5 stanze delle emozioni (disgusto, rabbia, paura, tristezza e gioia) e l'attività laboratoriale di educazione emotiva. I professionisti ed il personale coinvolti sono stati adeguatamente formati sui contenuti e sulla gestione dei tempi, in modo da garantire una perfetta "catena di montaggio".

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

È stata prevista anche la presenza di colleghi psicologi con lo scopo di coadiuvare il team nel percorso delle varie stanze e fare accoglienza al desk dedicato per chi necessitava di informazioni.

7. Mese del benessere psicologico Ottobre 2018

Per annunciare l'edizione del 2018 del Mese del Benessere Psicologico, si è sperimentato anche l'uso di un nuovo strumento di Facebook: le Stories, ovvero contenuti digitali destinati a scomparire dopo 24 ore dalla pubblicazione.

Si è ottenuta una media di 69 visualizzazioni per ogni fotogramma della Storia nella prima mezz'ora di pubblicazione. Nella settimana di pubblicazione, 100 persone hanno visualizzato la pagina da desktop e 461 da mobile (smartphone, tablet).

Il **tasso medio di coinvolgimento** degli utenti sui post pubblicati è del **10%**: è davvero un ottimo segnale, considerato che il tasso medio sulla piattaforma in genere si attesta attorno al 3%. Un engagement così elevato conferma la presenza di un pubblico autenticamente interessato agli aggiornamenti condivisi sulla pagina e, quindi, la pertinenza dei contenuti con il pubblico di riferimento. Segnaliamo inoltre che i **feedback negativi** (uso di *reaction* con *sentiment* negativo, come le opzioni "Nascondi Post" o "Nascondi tutti i post") sono praticamente assenti nelle pubblicazioni dell'ultimo trimestre, eccetto casi sporadici assolutamente fisiologici.

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

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

In merito alla pagina facebook dedicata al mese del benessere psicologico, si segnala l'incremento di **400 nuovi fan** della pagina, dal momento dell'annuncio della pubblicazione online del sito

aggiornato; sono stati utilizzati strumenti di sponsorizzazione dei contenuti della pagina, per raggiungere più cittadini da coinvolgere nelle iniziative di quest'anno presso gli Studi e i Centri Commerciali Mongolfiera. La pagina ha inoltre rilanciato con un post specifico **ciascun singolo evento organizzato dai colleghi sul**





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

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

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

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

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

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

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

all'iniziativa.

8. Mese del Benessere Psicologico 2019

Per l'edizione 2019 l'Ordine degli Psicologi ha scelto di sposare un manifesto dei diritti della Persona in linea con il tema della Giornata Nazionale della Psicologia.

1) Diritto all'ascolto

Diritto della persona ad essere ascoltata con attenzione, senza giudizio e pregiudizio ed in modo

empatico. L'ascolto è un elemento imprescindibile per poter realizzare un dialogo con l'altro reale e costruttivo.

È uno dei principi fondamentali per garantire la dignità a tutti.

2) Diritto ad amare ed essere amati

Diritto di ciascuno di amare e di essere amato, valorizzato e rispettato nella propria unicità e diversità. Diritto di vivere e costruire relazioni sane,

IL BENESSERE AL CENTRO I DIRITTI UNIVERSALI

SABATO 26 OTTOBRE Piazza Ottagono

I diritti universali verranno messi in risalto attraverso dibattiti, talk, testimonianze e iniziative ludiche.

MATTINA

09.30 Apertura
10.00 Convegno "Stay Real"
11.00 Monologo sulle Emozioni
11.30 Testimonianza Federica Paradiso (cantante)
12.00 Animazione e Giochi di Gruppo

POMERIGGIO

17.00 Animazione e Giochi di Gruppo

102 NEGOZI

- 12 BAR E RISTORANTI
- UN IPERCOOP
- PIÙ SPETTACOLI

In collaborazione con

**radio
selene**

granshoppingmongolfiera.it

**ORDINE
PSICOLOGI
REGIONE
PUGLIA**

aor
informazione
comunicazione

GRAN SHOPPING

MONGOLFIERA ■

MOLFETTA

GRANDE DA NON CREDERCI



autentiche e reciproche.

3) Diritto al rispetto delle differenze

Possibilità di esprimersi liberamente e di vedere rispettate le differenze individuali di sesso, etnia e cultura, opinione politica e religiosa, orientamento sessuale.

4) Diritto alla tutela delle vulnerabilità

Diritto della persona vulnerabile (ad es. in condizioni di povertà ed emarginazione, di minore età, di vittima di violenza, di patologie sia fisiche che mentali, di disabilità) ad essere tutelata nel pieno rispetto della propria dignità, senza che la sua condizione diventi ostacolo per la realizzazione di sé.

5) Diritto all'infanzia

Diritto del minore ad essere protetto e preservato da condizioni traumatiche o violente (violenza sui minori, lavoro minorile ecc.).

Diritto a vedere soddisfatti i propri bisogni psicologici fondamentali quali bisogno di affetto e di accudimento, di protezione e sicurezza, di gioco e di tempo libero, di formazione e istruzione, ecc.

6) Diritto alla prevenzione

Promozione di azioni finalizzate ad evitare il rischio di sofferenza e di disagio psicologico. Diritto a ricevere interventi mirati al miglioramento del benessere psicologico inteso non solo come riduzione del malessere ma anche come potenziamento delle risorse individuali.

7) Diritto a prendermi cura del mio tempo

Diritto a prendersi del tempo per se stessi e per la soddisfazione dei propri bisogni, rispettando i propri tempi, vivendo le proprie esperienze senza condizionamenti, in modo libero, autentico, sereno e rispettoso di sé.

8) Diritto ad esprimere le emozioni

Diritto ad esprimere le proprie emozioni liberamente, in modo sano e creativo senza che fattori socio-culturali ne limitino la manifestazione.

9) Diritto all'assistenza psicologica

Diritto "esigibile" delle persone (minori e adulti), delle coppie, delle famiglie in situazione di disagio psicologico di un intervento psicologico, tra quelli inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea).

10) Diritto ad una assistenza qualificata

Diritto dei cittadini ad avere accesso ad interventi psicologici qualificati e scientificamente validi e di rivolgersi a professionisti qualificati, formati, iscritti all'ordine professionale di competenza. Quest'ultimo si fa garante della salute dei cittadini in quanto organo di vigilanza sulla qualificazione e sul corretto operato dei professionisti che rappresenta.

Sabato 26 ottobre dalle 9.30, presso il Gran Shopping Mongolfiera di Molfetta, si è tenuto l'evento "Il Benessere al Centro", come evento conclusivo del mese del benessere psicologico. L'evento è ruotato attorno ai diritti universali. Durante la giornata si è tenuto il convegno dal titolo "Stay Real: le relazioni umane ai tempi dei social network" incentrato sulla necessità di tornare ad anteporre le relazioni umane a quelle virtuali. I diritti universali sono stati messi in risalto attraverso dibattiti, talk, testimonianze e iniziative ludiche, quest'ultime curate dal gruppo scout "Agesci" di Molfetta.

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Nel campo della psicologia dell'emergenza, la presente commissione di concerto con la Sezione Protezione Civile della Regione Puglia, è stata impegnata con uno staff di psicologia dell'emergenza formata dai rappresentanti delle diverse associazioni specializzate nella psicologia dell'Emergenza (Sipem, Stasis, Ass. Emdr, Psicologia Per i Popoli) a far fronte alle necessità d'aiuto emerse in seguito all'incidente ferroviario del 12 Luglio ad Andria e Corato.



REPORT ATTIVITÀ

10^a EDIZIONE DEL MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO

Queste le attività eseguite per la decima edizione del Mese del Benessere Psicologico:

1. Aggiornamento del sito web e gestione tecnica, con implementazione della nuova opzione "Lascia un commento/riflessione per il Manifesto del Benessere Psicologico" e registrazione Scuole
2. Invio newsletter
3. Gestione della pagina Facebook @MeseBenesserePuglia
4. Attività di Facebook advertising
5. Progettazione grafica e stampa (manifesti 6x3, cartoline, segnalibri, manifesto Mese del Benessere Psicologico)
6. Campagna pubblicitaria offline

SITO WEB

Sul sito web sono state caricate le creatività oggetto della campagna 2019 in formato congruo con le esigenze di fruizione del web. Le creatività, in linea col tema nazionale dei Diritti Universali, e declinate sulle varie forme del Diritto al Benessere, sono state inserite in uno **slider a scorrimento nella homepage** per presentare in modo immediato il tema della campagna di promozione del Benessere Psicologico di quest'anno.

Nella sezione **Iniziative**, in fase di inserimento della propria iniziativa, gli psicologi hanno potuto legare il proprio evento ad uno dei 10 diritti individuati, con la possibilità di lasciare un pensiero/riflessione utile a stilare il **Manifesto del Benessere Psicologico**, novità di questa edizione.

È stata inoltre data la possibilità anche agli **Istituti scolastici** di registrarsi sul Portale per ricevere i materiali prodotti durante la campagna (cartoline, segnalibri...)

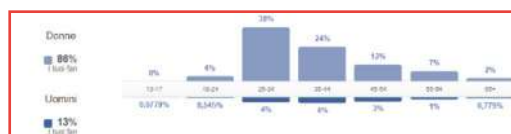
È stata, infine, garantita **assistenza tecnica** via e-mail e telefonica agli psicologi in fase di iscrizione e di attivazione degli eventi con un monitoraggio costante del sito e dei contenuti inseriti. Attraverso un indirizzo e-mail dedicato: mesedelbenesserepsicologico@psicologipuglia.it si sono gestite le richieste dei professionisti coinvolti nelle iniziative e degli utenti finali.

NEWSLETTER

Agli iscritti all'Ordine di Puglia sono state inviate newsletter dedicate al Mese del Benessere Psicologico per invitare ad aderire all'iniziativa, registrando sul portale le attività organizzate o gli studi aperti.

PAGINA FACEBOOK MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO IN PUGLIA

Per la pagina Facebook (@MeseBenesserePuglia) segnaliamo un incremento di **637 nuovi fan** della pagina, dall'annuncio





dell'avvio della nuova edizione del Mese del Benessere Psicologico; alcuni dei contenuti della pagina sono stati sponsorizzati per raggiungere un pubblico più ampio da coinvolgere nelle iniziative di quest'anno presso gli Studi e nei luoghi che hanno ospitato gli eventi.

Il pubblico della pagina del Mese del Benessere è a prevalenza femminile (86%) di età compresa tra i 25 e i 34 anni (38%) e tra i 35 e i 44 (24%)

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

Sulla pagina Facebook del Mese del Benessere Psicologico (@MeseBenesserePuglia) è stata riproposta la **cornice/motivo** per decorare la propria foto profilo e le fotografie scattate con la fotocamera nativa del social.

La pagina Facebook è stata animata con post generici improntati a far conoscere e sensibilizzare il pubblico sui temi oggetto della campagna di quest'anno oltre che con contenuti volti a diffondere i principali eventi organizzati dagli psicologi. In tal senso, alcuni dei contenuti e la pagina Facebook sono stati sponsorizzati.

CAMPAGNA PUBBLICITARIA OFFLINE

Nell'ambito delle **attività offline** è stata realizzata

una campagna affissione (manifesti 6x3 in allegato) e degli spot audio/video trasmessi nei circuiti cinematografici e radiofonici di Puglia.

Lo **spot audio/video** è stato diffuso sul circuito cinematografico e su quello radiofonico di Radio Seleno, Radio OO, media partner della 10^a edizione del Mese del Benessere Psicologico.

Interviste e servizi televisivi sono stati gestiti dall'emittente regionale TGNorba.

Sono stati, inoltre, progettati **segналibri e cartoline** che hanno riproposto alcuni dei temi grafici oggetto della campagna di questa edizione (Diritto all'Infanzia, Diritto al rispetto delle Differenze, etc.).

Grazie al contributo di tutti gli psicologi aderenti all'iniziativa è stato, infine, progettato e stampato un **Manifesto del Benessere Psicologico**, composto da dieci diritti, da distribuire negli eventi organizzati dall'Ordine ai colleghi psicologi.

ALCUNI NUMERI DELLA 10^a EDIZIONE DEL MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO IN PUGLIA

Sono stati realizzati dagli Psicologi aderenti **154 Eventi** (+21 rispetto al 2018) e **347 Studi Aperti** (+22 rispetto al 2018).

Il Mese del Benessere Psicologico è arrivato anche nelle scuole di Puglia, con **n. 9 istituti** che hanno richiesto di ricevere i materiali prodotti per l'iniziativa.

Il sito, nel periodo di attività, è stato visitato da **11.359 utenti** e ha generato **56.032 visualizzazioni** di pagina con una durata di sessione media di min. 2:43



- **Manifesti**

- **Segnalibro**



Ottobre 2019

**10° MESE DEL
BENESSERE
PSICOLOGICO**
Prevenir

Campagna di sensibilizzazione e promozione della cultura del benessere della persona

- > Colloqui gratuiti
- > Eventi
- > Workshop

in合作的
cooperativa
cooperativa

www.aip.it

Ho diritto alla prevenzione



Il Benessere psicologico è un diritto!

Scopri tutte le iniziative su: www.mesedelbenesserepsicologico.it

Ho diritto all'infanzia



Il Benessere psicologico è un diritto!

Scopri tutte le iniziative su: www.mesedelbenesserepsicologico.it



Ottobre 2019

10° MESE DEL
**BENESSERE
PSICOLOGICO**
Psigita

Campagna di sensibilizzazione
e promozione della cultura del
benessere della persona

- Colloqui gratuiti
- Eventi
- Workshop

Si ringrazia:







■ Cartoline



Ho diritto all'ascolto

Il Benessere psicologico è un diritto!

Ottobre 2019

Campagna di sensibilizzazione e promozione della cultura del benessere della persona

www.mesedelbenesserepsicologico.it

ORDINE PSICOLOGI REGIONE PUGLIA

10° MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO Puglia

Gennaio 2020	Febbraio 2020	Marzo 2020
L M M G V S D	L M M G V S D	L M M G V S D
1 2 3 4 5	1 2	1
6 7 8 9 10 11 12	3 4 5 6 7 8 9	2 3 4 5 6 7 8
13 14 15 16 17 18 19	10 11 12 13 14 15 16	9 10 11 12 13 14 15
20 21 22 23 24 25 26	17 18 19 20 21 22 23	16 17 18 19 20 21 22
27 28 29 30 31	24 25 26 27 28 29	23 24 25 26 27 28 29
		30 31

Maggio 2020	Giugno 2020	Luglio 2020
L M M G V S D	L M M G V S D	L M M G V S D
1 2 3	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
4 5 6 7 8 9 10	8 9 10 11 12 13 14	6 7 8 9 10 11 12
11 12 13 14 15 16 17	15 16 17 18 19 20 21	13 14 15 16 17 18 19
18 19 20 21 22 23 24	22 23 24 25 26 27 28	20 21 22 23 24 25 26
25 26 27 28 29 30 31	29 30	27 28 29 30 31

Settembre 2020	Ottobre 2020	Novembre 2020
L M M G V S D	L M M G V S D	L M M G V S D
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4	1
7 8 9 10 11 12 13	5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8
14 15 16 17 18 19 20	12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15
21 22 23 24 25 26 27	19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22
28 29 30	26 27 28 29 30 31	23 24 25 26 27 28 29
		30

Il Benessere psicologico è un diritto!

10° MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO Puglia

Ho diritto all'ascolto

Diritto della persona ad essere ascoltata con attenzione, senza giudizio e pregiudizi ed in modo empatico. L'ascolto è un elemento imprescindibile per poter realizzare un dialogo con l'altro reale e costruttivo. È uno dei principi fondamentali per garantire la dignità a tutti.

Ho diritto al rispetto delle differenze

Possibilità di esprimersi liberamente e di vedere rispettate le differenze individuali di sesso, etnia e cultura, inclinazione politica e religiosa, orientamento sessuale.

Ho diritto all'infanzia

Diritto del minore ad essere protetto e preservato da condizioni traumatiche o violente (violenza sui minori, lavoro minorile ecc.). Diritto a vedere soddisfatti i propri bisogni psicologici fondamentali quali bisogno di affetto e di accudimento, di protezione e sicurezza, di gioco e di tempo libero, di formazione e istruzione, ecc.

Ho diritto a prendermi cura del mio tempo

Diritto a prendersi del tempo per sé stessi e per la soddisfazione dei propri bisogni, rispettando i propri tempi, vivendo le proprie esperienze senza condizionamenti. In modo libero, autentico, sereno e rispettoso di sé.

Ho diritto all'assistenza psicologica

Diritto "esigibile" delle persone (minori e adulti, delle coppie, delle famiglie in situazione di disagio psicosociale) di un intervento psicologico. Gli interventi sono inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Ho diritto ad amare ed essere amato

Diritto di ciascuno di amare e di essere amato, valorizzato e rispettato nella propria unicità e diversità. Diritto di vivere e costruire relazioni sane, autentiche e reciproche.

Ho diritto alla tutela della vulnerabilità

Diritto della persona vulnerabile (ad es. in condizioni di povertà ed emarginazione, di minore età, di vittima di violenza, di paziente con patologie che minano, di disabili) ad essere tutelata nel pieno rispetto della propria dignità, senza che la sua condizione diventi motivo per la realizzazione di sé.

Ho diritto alla prevenzione

Promozione di azioni finalizzate ad evitare il rischio di sofferenza e di disagio psicologico. Diritto a ricevere interventi mirati al miglioramento del benessere psicologico inteso non solo come riduzione del malessere ma anche come potenziamento delle risorse individuali.

Ho diritto ad esprimere le mie emozioni

Diritto ad esprimere le proprie emozioni liberamente. In modo sano e creativo senza che fattori socio-culturali ne limitino la manifestazione.

Ho diritto ad un'assistenza qualificata

Diritto dei cittadini ad avere accesso ad interventi psicologici qualificati e scientificamente validi e di rivolgersi a professionisti qualificati, formati, iscritti all'ordine professionale di competenza. Quest'ultimo fa parte della salute dei cittadini in quanto organo di vigilanza sulla qualificazione e sul corretto operato dei professionisti che rispondono.

Ottobre 2019



www.mesedelbenesserepsicologico.it

■ Manifesto del Benessere Psicologico



COMMISSIONE COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA

Coordinatore
Antonio Calamo Specchia

Componenti
Paola Annese
Andrea Bosco
Geremia Caprioli
Massimo Frateschi
Anna Gasparre
Marisa Yildirim

Nel dicembre 2014, su questa stessa rivista, si elencavano gli obiettivi del lavoro della Commissione, così riassumibili:

- a) Passaggio dalla concezione di sito web a quella di portale;
- b) Sviluppo di nuovi canali di comunicazione istituzionali: social networks;
- c) Trasparenza: aggiornamento costante della "sezione trasparenza";
- d) Coinvolgimento diretto degli iscritti in merito alle attività di digitalizzazione e promozione della professione.

Approfondiremo nel dettaglio le attività condotte in merito a ciascun punto.

1. Nuovo Portale dell'Ordine

Dopo un primo aggiornamento operato sul sito esistente, a gennaio 2017 viene ufficialmente inaugurato il nuovo Portale dell'Ordine degli Psicologi della Puglia (<https://www.psicologipuglia.it/>): una piattaforma più funzionale (non più un sito internet statico, ormai di concezione obsoleta) studiata per

organizzare le attività dell'Ordine. La funzionalità suddivisa in menù e sottomenù rende facile ed agevole la consultazione. News, Eventi, Attività, Normative, Bandi, Convenzioni: lo schema è impostato per non perdere di vista gli aggiornamenti sugli aspetti più importanti delle attività dell'Ordine e per rispondere all'aumento delle connessioni da dispositivi mobili ed è realizzato con una struttura *responsive* per adattarsi a tutti i dispositivi per la navigazione.

Il Portale ha registrato un numero di utenti attivi sempre crescente, oltre a rappresentare uno strumento di informazione ed interazione fondamentale per tutti gli iscritti.



Il sito Internet

Panoramica statistiche

	Utenti	Nuovi Utenti	Sessioni	Numero di sessioni per utente	Visualizzazioni di Pagina
2017	22.483	22.521	40.119	1,78	140.309
2018	63.369	61.350	120.896	2,05	388.471
2019 (al 24 ottobre)	70.874	65.876	133.362	1,88	352.653





2. Sviluppo di nuovi canali di comunicazione istituzionali

L'area dello sviluppo dell'immagine dell'Ordine e dell'approdo ad una comunicazione non soltanto esclusivamente istituzionale, attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti, è sicuramente quella maggiormente implementata in questi anni. A questo scopo, per la prima volta nella sua storia, l'Ordine si è avvalso della collaborazione di una Agenzia di comunicazione, che ha coadiuvato il Consiglio e la Commissione nel suo lavoro. Tanto si è reso necessario, in ragione dell'evolversi della nuova tecnologia, che, con i suoi strumenti, richiede sempre di più una gestione tecnica e professionale.

L'Ordine, in aggiunta alle ormai consolidate comunicazioni via email ed alle newsletter, è così approdato sui social network, dotandosi di una pagina Facebook.

L'attività sui social ha fatto registrare da subito dati molto positivi, ed è risultata un supporto anche alla funzionalità del Portale

stesso, con un continuo rimando di utenti e contenuti: gli utenti del Portale provenienti da Facebook sono infatti passati dal 18,6% del 2017 al 24,5% del 2019.

3. Trasparenza

Il portale realizzato ha subito adottato tutte le misure previste per la diffusione delle informazioni previste dal D.lgs. n. 33 del 14/03/2013, inerente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di

informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

4. Coinvolgimento degli iscritti

L'attività di comunicazione posta in essere ha perseguito l'obiettivo di accrescere la visibilità dell'Ordine e delle sue attività, promuovendo in questo modo la figura dello psicologo e raggiungendo, attraverso i canali implementati, il maggior numero di persone possibile.

Al tempo stesso, una volta messa a punto la



“macchina” comunicativa, si è cercato di dare ancora maggiore visibilità agli iscritti ed al loro operato sul territorio. Da questo punto di vista, la campagna del Mese del benessere psicologico ha rappresentato un'occasione cruciale.

La Commissione ha lavorato perciò in stretto contatto con la Commissione Promozione del benessere e Psicologia dell'emergenza.

Dal punto di vista comunicativo, l'attività per il

Mese del benessere è stata molteplice ed ha previsto, in diverse modalità, il coinvolgimento diretto degli iscritti.

▪ Creazione e gestione di un sito ad hoc

È stato realizzato un Portale dedicato alla campagna del Mese del Benessere (www.mesedelbenesserepsicologico.it), con la possibilità, per gli psicologi, di registrare il proprio evento o studio aperto, e per i visitatori del sito di iscriversi alle iniziative caricate dai singoli psicologi.



Ogni psicologo aderente all'iniziativa ha potuto inoltre collocarla nell'ambito delle aree individuate, per comporre il "Manifesto dei diritti del benessere psicologico" e, inserendo degli specifici abstract delle iniziative, ha potuto così contribuire alla sua stesura.

Il sito contiene uno storico delle precedenti edizioni del Mese del benessere, per valorizzare e custodire la memoria dell'iniziativa, giunta nel

2019 alla sua decima edizione.

▪ Apertura e gestione pagina Facebook ad hoc

È stata aperta una pagina Facebook dedicata, nella quale dare ampia visibilità all'iniziativa e ai singoli eventi organizzati dagli psicologi aderenti. Ogni singola attività registrata dagli psicologi aderenti, è stata tramutata in un "evento" social.

▪ Campagne a pagamento

Sono state attivate, sulla pagina Facebook, campagne a pagamento per raggiungere un numero maggiore di utenti e dare massima visibilità alla campagna e alle singole iniziative.

▪ Assistenza tecnica

Uno staff tecnico per l'intera durata della campagna, è stato a disposizione degli psicologi e degli utenti, per la registrazione sul portale e per altre richieste di natura tecnica.

▪ Attività mailing

Sono state inviate a tutti gli iscritti all'Or-

dine newsletter dedicate all'iniziativa.

▪ Attività offline

Insieme con l'Agenzia di comunicazione incaricata, è stata curata anche la comunicazione offline, attraverso la progettazione e stampa di manifesti 6 x 3, locandine e, per l'edizione 2019, anche di cartoline e di segnalibri e del Manifesto del Benessere Psicologico. Sono stati inoltre realizzati spot radiofonici e video per i circuiti cinematografici.



COMMISSIONE DI ETICA E DEONTOLOGIA

Coordinatore
Geremia Caprioli

Componenti
Paola Annese
Anna Gasparre
Anna Loiacono
Victor Laforgia

Il Codice Deontologico degli psicologi italiani è il fondamento valoriale, normativo e culturale del professionista e ne rappresenta il segno concreto del riconoscimento sociale, oltre che giuridico. La Commissione di Etica e Deontologia dell'Ordine si occupa di conciliare la tutela del paziente, o utente, con gli interessi dell'intera comunità professionale.

Dal 2014 ad oggi, la Commissione di Etica e Deontologia si è riunita n. 34 volte.

Sono stati esaminati n. 92 segnalazioni.

Di queste ne sono state archiviate n. 64. Sono stati aperti n. 20 procedimenti disciplinari. Sono state comminate n. 4 sanzioni disciplinari. In atto sono pendenti n. 13 tra segnalazioni e procedimenti disciplinari.

Sono stati inviati presso le Procure di competenza n. 17 segnalazioni di Attività Abusiva della Professione di Psicologo.

Sono state fornite risposte a circa 288 quesiti di natura deontologica.

Gruppi di Lavoro

È stato istituito, il 19/07/2017, il "Tavolo Tecnico dell'Ordine degli Psicologi per la regolamentazione dei rapporti professionali tra Psicologi del Servizio Sanitario e le Autorità Giudiziarie", che si è sviluppato in n. 7 incontri, a cui hanno partecipato n. 27 colleghi dei vari Servizi ASL. Il dibattito ha portato, il 24/04/19, alla Redazione del Documento: "Indicazioni per la

regolamentazione dei rapporti professionali tra psicologi del servizio sanitario e le autorità giudiziarie", inviato a tutte le ASL e i Tribunali del territorio pugliese.

Documenti

Redazione del Documento: "Raccomandazioni a tutela dell'utenza e della professione di psicologo per il contrasto all'esercizio abusivo della professione"

Convegni

La Commissione ha organizzato il 12/03/16 – Convegno "La tutela del Cittadino e gli Atti Tipici dello Psicologo" c/o Hotel Excelsior di Bari a cui hanno partecipato n. colleghi.





RICERCA-AZIONE

“INDIVIDUARE PER PREVENIRE”: PREVENIRE I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE DEI PREREQUISITI E IL POTENZIAMENTO MIRATO CON BAMBINI ALL'ULTIMO ANNO DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

RIASSUNTO

La presente ricerca-azione, condotta grazie al contributo dei Lions Club “Monte-Johe” di Gioia del Colle (BA), si colloca all'interno di un intervento di prevenzione primaria, con la finalità di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA). Considerata l'importanza che il fattore *tempo* ricopre nell'evoluzione dei DSA, è evidente non solo la necessità di identificare precocemente i soggetti che rischiano di sviluppare un'evoluzione problematica degli apprendimenti, ma soprattutto di calibrare un intervento specifico su tali evidenze. Agire

precocemente è fondamentale per prevenire lo strutturarsi non solo del disturbo o delle difficoltà nelle specifiche aree (lettura, scrittura, calcolo), ma anche dei fattori di comorbidità, che possono dare origine a quadri clinici più complessi.

In una prima fase il gruppo di lavoro ha valutato l'acquisizione dei prerequisiti degli apprendimenti scolastici e ha effettuato l'analisi degli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali ad essi connessi ed incidenti sull'apprendimento di due gruppi di bambini, frequentanti l'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia di alcuni Istituti Comprensivi in diversi paesi della Provincia di Bari. In seguito,

Giovanna Teresa Pontiggia

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

Gabriella Russo

Psicologa Psicoterapeuta

Laura Prospero

Psicologa, Psicoterapeuta

Antonia Nuzzi

Psicologa, esperta in DSA
e Difficoltà Scolastiche

Ilaria Gallicchio

Psicologa, Psicoterapeuta

Emanuela Amato

Psicologa, esperta in
Neuropsicologia clinica

Maria Angiuli

Psicologa, esperta
in Neuropsicologia clinica

Miriam Fiermonte

Psicologa, esperta in Neuropsicologia
clinica, Specializzanda in Psicoterapia

Adriana Gadaleta

Psicologa, Psicoterapeuta

Valentina Matarangolo

Psicologa, esperta in Neuropsicologia
clinica, Specializzanda in Psicoterapia

Maristella Scattaglia

Psicologa, Specializzanda in
Psicoterapia



sulla scorta dei vari indici ricavati dall'elaborazione dei questionari redatti per ogni singolo bambino afferente al campione di riferimento, costituito da 129 alunni per il primo gruppo e 41 per il secondo, sono state individuate le aree problematiche per ciascun bambino, in base alle quali sono, poi, stati somministrati test di approfondimento, al fine di valutare la necessità di azioni di potenziamento mirate e personalizzate. Nella fase successiva è stato pianificato il potenziamento delle aree risultate carenti e prima del termine del ciclo della Scuola dell'Infanzia si è passati al *follow up*, con la risomministrazione delle prove utilizzate nella *baseline*, per verificare se le attività di potenziamento fossero risultate efficaci o meno e se avessero prodotto dei cambiamenti nelle aree riscontrate come critiche.

L'obiettivo di tale ricerca-azione è proporre un modello operativo per i professionisti che ogni giorno lavorano nei contesti in cui i bambini apprendono e dimostrare la possibilità di prevenire l'insorgere di difficoltà e disturbi dell'apprendimento.

PAROLE CHIAVE

Prevenzione, Screening, Prerequisiti, Disturbo Specifico dell'Apprendimento, Potenziamento, Scuola dell'Infanzia

OBIETTIVI DELLA PREVENZIONE DEI DSA

L'obiettivo della prevenzione primaria dei DSA è limitare il disagio e la conseguente dispersione scolastica, prevenendo, in linea con le ultime indicazioni ministeriali, lo strutturarsi delle difficoltà dell'apprendimento a partire dalla Scuola dell'infanzia. Per evitare tali problematiche, che potrebbero avere ricadute sia sul piano individuale, che sociale, si potrebbe intervenire potenziando i prerequisiti cognitivi alla base dell'apprendimento di scrittura, lettura e calcolo, in quei bambini che non li hanno ancora ben consolidati al momento della rilevazione. Inoltre, il lavoro progettato vuole favorire la continuità didattico-pedagogica tra Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria, fornendo informazioni oggettive utili per creare una scheda di presentazione degli alunni, utilizzabile non

solo per alla formazione delle classi prime, ma soprattutto efficace per programmare interventi personalizzati e specifici, prevenendo, così, la possibile strutturazione del disturbo derivante dall'insuccesso, che il minore può sperimentare in carenza di abilità di base. La prevenzione è un bene comune (Iaia, 2018) e rappresenta una forma d'intervento che ha lo scopo di evitare l'insorgenza di una situazione problematica e di promuovere negli individui, e nel loro contesto sociale, forme di autotutela, di incremento delle risorse personali e sociali. Prevenzione significa promozione, ed è per questo che le attività di *screening* e d'individuazione precoce delle difficoltà di apprendimento in ambito scolastico, contribuiscono a promuovere una scuola più inclusiva e più attenta al benessere dei bambini considerati a rischio, garantendone la buona qualità dell'istruzione. Nello studio di Iaia (2018) l'individuazione di casi a rischio ha dimostrato come sia più efficace lavorare precocemente sulle difficoltà, anziché avviare interventi tardivi e riparatori in situazioni divenute nel tempo più complesse e spesso aggravate da complicanze psicologiche e cliniche. Infatti, i DSA hanno un importante impatto sia a livello individuale, sia sociale: secondo il Ministero dell'Università, dell'Istruzione e della Ricerca (2013), i DSA portano a un frequente abbassamento del livello curriculare conseguito e/o abbandono scolastico, soprattutto nel corso della Scuola Secondaria di Secondo Grado. Inoltre, gli studi hanno dimostrato che gli adolescenti con dislessia, oltre ad andare incontro a problemi di bocciatura e di abbandono scolastico, corrono un maggiore rischio di sviluppare problemi sociali (Lipka, Lessux e Siegel, 2006; Wiener e Schneider, 2002) e disturbi nella sfera emotiva (Gregg et al., 1996), tra cui l'ansia scolastica, presente in circa il 70% dei soggetti con tali difficoltà. Iaia (2018) afferma, quindi, che la scuola, intesa come bene comune, abbia il compito importante del riconoscimento precoce del problema attraverso attività di *screening*, in modo da poter offrire a tutti, senza lasciare indietro nessuno, le migliori opportunità di crescita, in vista di un inserimento attivo e consapevole nella società, orientando le



scelte di ciascuno, promuovendo e valorizzando le capacità specifiche di cui tutti sono portatori.

FINALITÀ DELLA RICERCA-AZIONE

Le finalità della ricerca-azione sono state: valutare e potenziare, per ogni bambino, l'acquisizione dei prerequisiti degli apprendimenti scolastici, dove carenti. Il gruppo di lavoro ha effettuato anche l'analisi degli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali ad essi connessi e incidenti sull'apprendimento. In questo modo è stato possibile prevenire situazioni di disagio a livello scolastico, personale e sociale.

Nello specifico, gli obiettivi della ricerca-azione sono stati i seguenti:

- indagare la correlazione tra prerequisiti dell'apprendimento, funzioni esecutive e aspetti emotivo-comportamentali;
- potenziare, in caso di carenza, l'acquisizione dei prerequisiti degli apprendimenti scolastici, rilevati con uno screening valutativo.

I PREREQUISITI SCOLASTICI

La tematica dei prerequisiti scolastici va affrontata considerando quanto suggerito dalla letteratura in relazione all'importanza che le *funzioni esecutive* rivestono nel processo di apprendimento (Cornoldi et al.1985; Cornoldi,1991; Iaia,2018). Infatti lettura, scrittura e calcolo, che definiamo apprendimenti di base, non si fondano su abilità percettive, mnestiche e di pensiero che si sviluppino attorno ai sei anni; essi sono piuttosto il risultato di una serie di funzioni psicologiche, che hanno iniziato a svilupparsi gradualmente già nei primi anni di vita. Proprio la valutazione del livello di sviluppo di tali prerequisiti consentirebbe di



prevedere le caratteristiche dell'evoluzione degli apprendimenti scolastici. I prerequisiti scolastici, dunque, preparano il bambino ad affrontare gli apprendimenti scolastici veri e propri della Scuola Primaria. Inoltre, l'acquisizione adeguata delle abilità di base nella Scuola dell'Infanzia pone le fondamenta affinché avvenga lo sviluppo successivo di competenze specifiche. Le Istituzioni Scolastiche hanno il dovere di intervenire, perciò, su eventuali carenze nello sviluppo di funzioni cognitive alla base degli apprendimenti, come stabilisce la legge n.170 del 2010.

Parlare di prerequisiti significa avere una precisa idea teorica dell'apprendimento, basata su un modello in cui il bambino è sempre soggetto attivo nei confronti della realtà, da cui può apprendere anche spontaneamente o in situazione di stimolo predisposte, prima ancora che si formalizzi l'insegnamento con l'ingresso nella Scuola Primaria (Bruner,1996).

Secondo il modello di Struiskma (1979), poi riportato da Cornoldi (1985), l'apprendimento dell'abilità di lettura si verifica in conseguenza della sintesi di processi, gerarchicamente connessi tra loro, quali: l'analisi visiva, il lavoro seriale da sinistra a destra, la discriminazione uditiva, il ritmo, la percezione dell'ordine temporale, la sintesi uditiva, la corrispondenza grafema-fonema e la sintesi visiva.

Nel loro studio, Mazzoncini et al. (1996), sottolineano che le competenze metafonologiche delle parole a 5 anni sono indici predittivi dell'acquisizione delle capacità di lettura. L'alfabetizzazione si trova lungo un continuum, che parte dall'*alfabetizzazione emergente* per arrivare gradualmente, con l'ingresso nella Scuola Primaria, a quella *formalizzata*. Nello specifico, le competenze coinvolte nella letto-scrittura sono:

- *Discriminazione visiva* (riconoscimento grafemi e altri segni grafici differenziati tra loro sulla base di diverso orientamento spaziale);
- *Discriminazione uditiva* (discriminare fonemi e riuscire ad associarli ai grafemi corrispondenti per ricordarli e riprodurli fedelmente);
- *Memoria fonologica a breve termine* (tenere in

memoria una corretta sequenza fonologica, individuare i singoli fonemi e convertirli in grafemi; immagazzinare i singoli fonemi ottenuti attraverso di conversione grafema-fonema e poterli fondere per formare la parola);

- *Abilità metafonologiche, ossia di consapevolezza fonologica* (abilità di riconoscere ed elaborare le caratteristiche fonologiche delle parole, tralasciando le caratteristiche semantiche. Inclondono: abilità di fusione, dopo aver ascoltato i fonemi o le sillabe pronunciate separatamente; capacità di segmentazione, scomporre la parola nelle sillabe e nei fonemi che la formano);
- *Coordinazione oculo-manuale* (capacità che permette di eseguire attività in cui si utilizzano contemporaneamente occhi e mani e di dirigere il movimento);
- *Associazione visivo-verbale e accesso lessicale rapido* (saper nominare velocemente le figure, oggetti e simboli con le etichette del proprio lessico, ha influenza sul comprendere velocemente il nome dei grafemi e delle parole scritte per associarli);
- *Elaborazione semantica di anticipazione* (capacità di effettuare inferenze sulla natura del materiale che segue in base al contesto precedente) (Cornoldi; Tressoldi;2011).

Una delle competenze utili nella Scuola dell'Infanzia è la lettura intesa come comprensione del testo, collegata alla comprensione del linguaggio parlato. Le sottoabilità necessarie sono:

- *Conoscenza lessicale* (vocabolario individuale);
- *Comprensione delle strutture sintattiche* (struttura della frase, rapporti gerarchici fra le sue parti);
- *Capacità di fare inferenze semantiche* (comprendere il significato delle parole in base al contesto, per capire il collegamento fra le varie informazioni contenute nel brano);
- *Comprensione di un racconto* (riconoscere le sequenze);
- *Memoria di lavoro* (mantenimento e manipolazione delle informazioni durante un compito cognitivo). (*Ibidem*)

Un altro importante prerequisito è la competenza espositiva orale, la quale comprende:

- 1) *Capacità di fare riferimento ai particolari importanti*, affinché chi ascolta possa capire quanto viene espresso;
- 2) *Capacità di esporre i contenuti in modo ricco e strutturato*, al fine di permettere a chi ascolta di seguire;
- 3) *Capacità di organizzare le varie parti del discorso*, rispettando nessi causali e temporali che mettono in relazione le varie parti. (*Ibidem*)

Altre competenze importanti riguardano le abilità di calcolo:

- *Conoscenza della filastrocca dei numeri;*
- *Associazione tra simbolo numerico grafico e nome del numero;*
- *Corrispondenza biunivoca numero-oggetti contati;*
- *Conoscenza numerosità;*
- *Confronto di insiemi con numerosità diversa;*
- *Confronto di numeri diversi;*
- *Capacità di seriare elementi di diversa dimensione e mettere in sequenza ordinata insieme contenenti diverse quantità di oggetti (Ibidem).*

Cornoldi e Tressoldi (2011) specificano che, per una soddisfacente riuscita scolastica, oltre allo sviluppo dei prerequisiti, sono fondamentali anche una conoscenza delle *strategie metacognitive* sottostanti l'apprendimento e un'ottima *capacità di concentrazione*.

DESTINATARI

Primo studio

I destinatari diretti sono stati 129 bambini, di cui 59 maschi e 70 femmine, frequentanti l'ultimo anno della scuola dell'infanzia, afferenti a due Istituti Comprensivi della provincia di Bari. L'età media dei partecipanti era di 5 anni e 2 mesi. I destinatari indiretti sono stati insegnanti e genitori degli alunni.

Secondo studio

I destinatari diretti sono stati 41 bambini, di cui 22 femmine e 19 maschi, dell'età media di 5,1 anni, frequentanti l'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia di un Istituto Comprensivo della Provincia di Bari. I destinatari indiretti sono stati insegnanti e genitori degli alunni.

GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro della fase di progettazione del primo studio era composto da 4 psicologhe, mentre a quella di screening e potenziamento ne hanno preso parte solo 3, coordinate dalla dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia.

Il gruppo di lavoro del secondo studio era composto da 6 psicologhe, coordinate dalla dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia.

FASI DELLA RICERCA-AZIONE

Nella prima fase è stato organizzato un incontro di presentazione delle attività della ricerca-azione, invitando i genitori dei bambini degli Istituti Comprensivi coinvolti. In questa occasione sono stati presentati nel dettaglio i destinatari, le finalità, gli strumenti e le fasi della ricerca-azione, che ha visto coinvolti tutti gli attori presenti nella vita dei bambini. Inoltre, è stata richiesta la collaborazione e la partecipazione dei genitori, chiedendo loro di firmare il modulo del consenso informato. Hanno aderito al primo studio 129 bambini e al secondo 41 bambini, frequentanti gli istituti coinvolti.

Successivamente all'incontro di presentazione e alla raccolta dei consensi informati, si è avviata la fase di *screening*, durante la quale le insegnanti hanno compilato 3 questionari standardizzati, seguendo le indicazioni del gruppo di lavoro:

- 1) IPDA - Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento (Cornoldi, C., Tressoldi, P., 2011);
- 2) BRIEF-P - Valutazione strutturata delle funzioni esecutive nei bambini in età prescolare (Marano, A. et al., 2016);
- 3) QUIT - Questionari Italiani del Temperamento (Axia, G., 2014).

Si è scelto di somministrare i questionari alle insegnanti piuttosto che ai genitori, in quanto si è ritenuto che esse abbiano maggiori opportunità di osservare alcune abilità generali oggetto della ricerca (Aspetti comportamentali; Motricità; Comprensione linguistica; Espressione orale; Metacognizione), altre abilità cognitive (memoria verbale e abilità visuo-spaziali) e talune specifiche, collegate allo sviluppo dei prerequisiti scolastici



(pre-alfabetizzazione; pre-matematica). Inoltre, si è pensato che i piccoli in presenza delle docenti tendano a modificare meno il comportamento spontaneo. I punteggi ottenuti hanno permesso di individuare gli alunni con eventuali fragilità, rispetto ai compagni. Le informazioni ricavate dai questionari sono risultate utili alle insegnanti per programmare e svolgere attività mirate a osservare e stimolare, in modo più specifico, le capacità degli alunni.

In seguito, dopo aver calcolato i vari indici indicati estrapolati dagli strumenti valutativi in base alle aree problematiche individuate, sono stati somministrati test di approfondimento al fine di progettare e avviare le azioni di potenziamento.

I test somministrati sono stati tratti dalla Batteria dei Materiali IPDA per l'individuazione precoce delle difficoltà di apprendimento (Cornoldi, C., Tressoldi, P., 2011), selezionando solo le prove riguardanti le aree deficitarie.

Una volta calcolati per ogni singolo bambino, i punteggi critici e le aree da potenziare, è stato organizzato un incontro con i genitori di tutti i partecipanti, durante il quale è stata consegnata singolarmente una relazione di restituzione, nella quale sono state illustrate alla famiglia le problematiche emerse dai questionari compilati dalle insegnanti e, in seguito, rilevate dai test di approfondimento. In virtù della progettazione delle attività di potenziamento, i bambini sono stati suddivisi in gruppi sulla base delle aree critiche al fine di svolgere attività personalizzate. Le aree individuate sono state: *discriminazione visiva, segmentazione fonemica, fusione fonemica, coordinazione oculo-manuale, pre-alfabetizzazione, seriazione, quantificazione, corrispondenza biunivoca, prematematica; emozioni e comportamento (inibizione alle novità, regolazione delle emozioni, orientamento sociale, attività motoria, pianificazione e organizzazione, aspetti comportamentali, motricità); linguaggio (associazione visuo-verbale, espressione orale, comprensione linguistica).*

Nel caso in cui dai questionari non siano state rilevate criticità, nelle relazioni consegnate, i genitori sono stati informati che i bambini non avrebbero

partecipato alla fase successiva di potenziamento, perché non necessitanti di azioni specifiche.

Le psicologhe hanno programmato, successivamente, le attività di gruppo volte a potenziare le aree risultate deficitarie.

Prima del termine del ciclo della Scuola dell'Infanzia è stato effettuato un follow up, risomministrando le medesime prove utilizzate nella fase di *baseline*, al fine di rilevare se le attività di potenziamento fossero risultate efficaci ed avessero generato dei cambiamenti nelle aree critiche.

In seguito, è stata resa una rendicontazione al Collegio dei Docenti e alle famiglie per riferire i risultati in termini di efficacia ed efficienza dello studio, fornendo loro i dati rilevati. Nell'ultima fase, coloro che nonostante il potenziamento hanno riportato ancora punteggi problematici nella fase di *follow up*, sono stati indirizzati ai Servizi ASL della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per eventuali approfondimenti diagnostici.

STRUMENTI

Gli strumenti utilizzati nella fase di *screening* sono stati:

- 1) IPDA - Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento (Cornoldi, C., Tressoldi, P., 2011);
- 2) BRIEF-P - Valutazione strutturata delle funzioni esecutive nei bambini in età prescolare (Marano, A. et al., 2016);
- 3) QUIT - Questionari Italiani del Temperamento (Aixà, G., 2014).

Il Questionario osservativo IPDA è composto da 43 *item* suddivisi in:

- Abilità generali;
- Abilità specifiche.

Gli *item* che valutano le abilità generali sono:

- Aspetti comportamentali;
- Motricità;
- Comprensione linguistica;
- Espressione orale;
- Metacognizione;
- Altre abilità cognitive (memoria verbale e abilità visuo-spaziali)

Quelli per le abilità specifiche:

- Pre-alfabetizzazione;
- Pre-matematica.

La ricerca ha dimostrato che la definizione di facilità o difficoltà temperamentale è determinata dalla cultura di appartenenza (Axia, 2001). Questo costrutto è collegato ai processi di adattamento all'ambiente. Il QUIT è suddiviso in quattro questionari a seconda della fascia d'età:

- 1-12 mesi;
- 13-36 mesi;
- 3-6 anni;
- 7-11 anni.

Esso si concentra sul comportamento del bambino in 3 contesti: con gli altri, quando gioca e di fronte alle novità; in particolare, per i bambini dai 3 anni in su, ci si concentra sullo svolgimento di un'attività dietro istruzione.

Si richiede all'insegnante di pensare al comportamento del bambino nell'ultima settimana, valutandolo su una scala di frequenza da 1 a 6, che va da Quasi mai a Quasi sempre.

La valutazione della componente emotiva prevede di individuare 4 profili temperamentali:

- Temperamento emotivo: reattività emotiva elevata.
- Temperamento calmo: bassa reattività emotiva.
- Temperamento normale: prevale emozionalità positiva su quella negativa.
- Temperamento difficile: prevale emozionalità negativa su quella positiva.

Il BRIEF-P è un questionario che viene compilato da chi ha frequentato il bambino per più di 6 mesi. Esso valuta differenti indici:

- ISCI – Autocontrollo inibitorio, che somma i punteggi scale Inibizione e Regolazione delle emozioni;
- Flessibilità – somma punteggi Shift e Regolazioni delle emozioni;
- EMI – Metacognizione emergente – che somma i punteggi scale Memoria di lavoro e Pianificazione/organizzazione;
- GEC – che somma i punteggi scale Inibizione, Regolazione delle emozioni, Shift, Memoria di lavoro e Pianificazione/organizzazione.

I test di approfondimento somministrati ai bambini che hanno riportato punteggi critici nella fase di screening sono stati:

- *Batteria dei Materiali IPDA* per l'individuazione precoce delle difficoltà di apprendimento, selezionando solo le prove riguardanti le aree deficitarie (Cornoldi, C., Tressoldi, P., 2011);
- *Developmental Test of Visula-motor Integration – VMI* (Berry K., 2000);
- *TVL – Test di Valutazione del Linguaggio* (Cianchetti, Fanciullo, 1997);
- Varie tavole delle *Prove Criteriali PRCR-2* (Cornoldi & MT, 1992);
- Prove di Valutazione della Comprensione Linguistica – *test di Rustioni* (Metz, 1994).

In base ai prerequisiti individuati, le prove della Batteria IPDA misurano il livello raggiunto dal bambino nelle aree:

- 1) Lettura e scrittura come abilità strumentali: PRCR 4, PRCR 9, PRCR 7, PRCR 9bis, PRCR 5, RAN, VMI, Chiusura verbale, Memoria di lavoro uditivo-verbale;
- 2) Lettura come comprensione del testo: TVL (comprensione di parole), Test di Rustioni, Comprensione critica di situazioni, Comprensione linguistica di contenuti, Span verbale all'indietro;
- 3) Scrittura come competenza espositiva: Descrizione di una scena;
- 4) Calcolo: Pre-matematica (Contare per contare, lettura numeri, riconoscimento numeri, corrispondenza numero-oggetto e conoscenza numerosità, corrispondenza numero-oggetto e conoscenza numerosità con oggetti non ordinati, seriazione in ordine di grandezza, seriazione: aggiungere uno e togliere uno)
- 5) Metacognizione: Tavole di Wellman e Yussen (valutano le capacità di riflettere sulla propria attività mentale e sui compiti, di riconoscere il proprio stato emotivo e quello degli altri, riconoscere e differenziare i casi in cui è presente una specifica esigenza di ricordare)

Per la misurazione dell'intelligenza non verbale, valore indipendente dal livello culturale, sono state somministrate le Matrici colorate di Raven CPM



(Carlyle, 1938).

Del Developmental Test of Visula-motor Integration - VMI è stata somministrata la versione completa da 27 item, che valuta il modo in cui bambini e ragazzi, dai 3 ai 18 anni, integrano le loro abilità visive e motorie. Il test parte dalla correlazione tra l'abilità dei bambini di copiare forme geometriche e il loro rendimento scolastico, basandosi sull'approccio per cui lo sviluppo dell'intelligenza e dell'apprendimento hanno base senso-motoria. Livelli elevati di pensiero e di comportamento richiederebbero l'integrazione tra gli input sensoriali e le azioni motorie, non soltanto la presenza di adeguate abilità di percezione visiva e coordinazione motoria.

La scala TVL - Test di Valutazione del Linguaggio - valuta il livello di sviluppo del linguaggio nelle sue diverse componenti:

- fonologica,
- morfo-sintattica,
- costruzione della frase,
- costruzione del periodo.

Le Prove Criteriali PRCR-2 permettono di esaminare, in maniera molto semplice e rapida il livello dei prerequisiti specifici e di esecuzione dei processi parziali implicati nell'attività di decodifica di lettura e scrittura. Si tratta di prove a tempo che valutano diverse aree:

- Area A: analisi visiva (AV)
- Area B: lavoro seriale da sinistra a destra (SD)
- Area C: discriminazione uditiva e ritmo (DUR)
- Area D: memoria uditiva sequenziale e fusione uditiva (MUSFU)
- Area E: integrazione visivo-uditiva (IVU)
- Area F: globalità visiva (GV)

Il test di Rustioni (Prove di Valutazione della Comprensione Linguistica) ha consentito di determinare in modo accurato le capacità di comprensione di strutture linguistiche semplici e complesse. Esso misura il livello di comprensione verbale del soggetto in esame, oltre che la capacità di identificare il tipo di strategia utilizzata nella risoluzione del compito. Lo strumento è composto da tavole figurate di quattro disegni ciascuna, a cui corrispondono altrettante frasi. Il bambino deve limitarsi ad indicare la frase bersaglio.

RISULTATI

Primo studio

Tramite i subtest dei Materiali IPDA è stato possibile verificare i risultati del potenziamento dei prerequisiti scolastici.

Nel **Grafico 1** è visibile un incremento nelle relazioni significative tra le variabili prese in esame. Rispetto ai punteggi della fase di *baseline*, al follow up i bambini che ricadono nella fascia a rischio medio-alto e rischio alto si sono collocati in fasce di rischio più basso.

Nel **Grafico 2**, relativo ai risultati del test BRIEF-P per il primo studio, si nota come i bambini rientrati inizialmente nelle fasce a rischio medio e alto, dopo il potenziamento, si siano collocati nella fascia a rischio basso.

Secondo studio

Se si osservano i risultati del **Grafico 3**, si rileva che i bambini, posti nella prima fase nelle fasce a rischio alto, si sono collocati, dopo il potenziamento mirato, nelle fasce di rischio più basso.

I risultati del test BRIEF-P relativamente al secondo studio (**Grafico 4**) dimostrano come i bambini, i quali nella prima fase avevano ottenuto punteggi critici, collocandosi nella fascia a rischio alto, grazie all'intervento mirato, si sono posti nelle fasce a rischio medio e rischio basso.

Osservando i risultati dei test risomministrati di entrambi gli studi, si evidenzia, dunque, la presenza di un miglioramento nelle abilità generali: aspetti comportamentali, motricità, comprensione linguistica, espressione orale, metacognizione, altre abilità cognitive (memoria, prassie, orientamento). Inoltre, si riscontra un miglioramento delle funzioni esecutive e degli aspetti temperamentali problematici.

Per i bambini dei campioni esaminati, dunque, le attività mirate di potenziamento dei prerequisiti dell'apprendimento hanno indotto un miglioramento delle competenze trasversali a ogni tipo di apprendimento, quali la

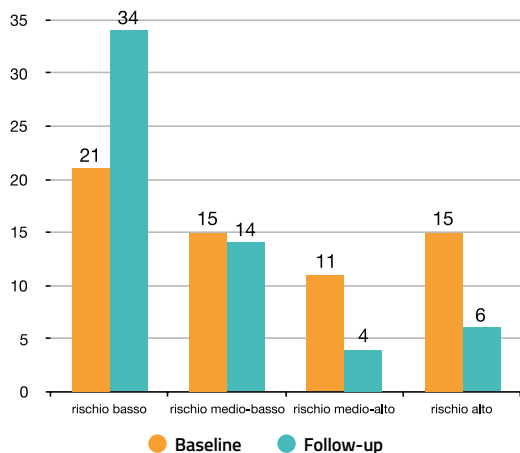


Grafico 1 - Risultati Ipda I Studio.

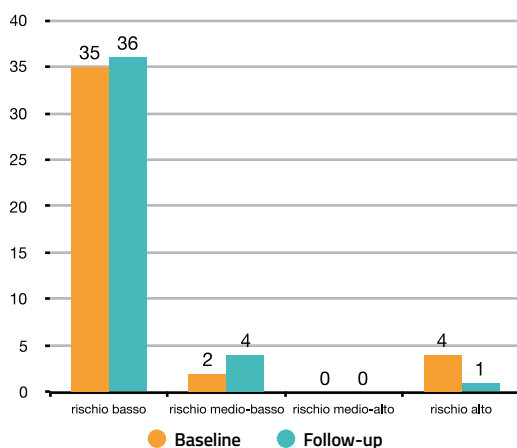


Grafico 3 - Risultati Ipda II Studio

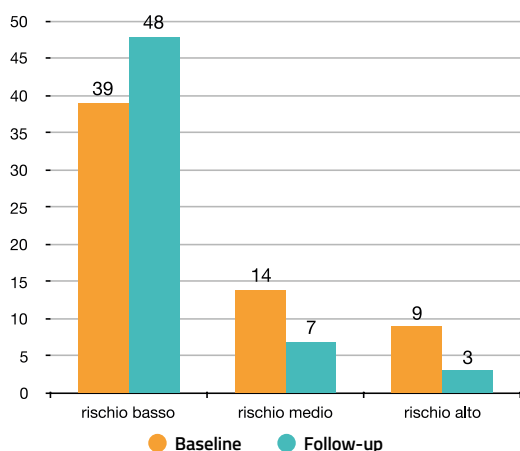


Grafico 2 - Risultati Brief-P I Studio.

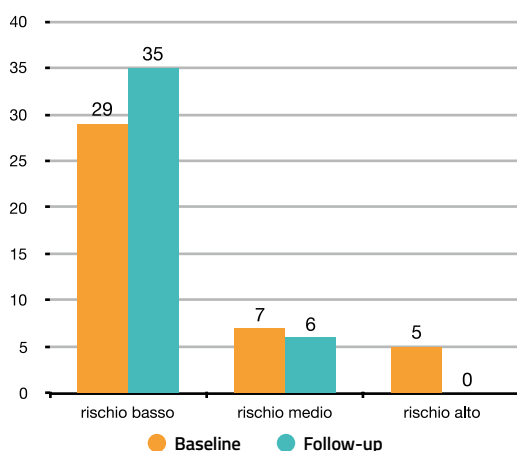


Grafico 4 - Risultati Brief-P II Studio

metamemoria e la concentrazione, le capacità di adattamento all'ambiente (gestione dell'emozioni e delle relazioni con gli altri), le funzioni esecutive, diminuendo la probabilità di andare incontro allo sviluppo di un vero e proprio DSA. Quanto emerso è in concordanza con gli studi longitudinali riportati in letteratura che sottolineano l'efficacia di un intervento mirato per il superamento delle difficoltà dell'apprendimento (Tretti, 2002).

CONCLUSIONI

Entrambi gli studi si pongono come azione di prevenzione con un elevato valore clinico e sociale, perché riducono il rischio di evoluzione dei DSA e lo strutturano non solo del disturbo o delle difficoltà nelle specifiche aree deputate, ma anche dei fattori di comorbidità che possono dare origine a quadri clinici più complessi e a disadattamento sociale.

Il gruppo di lavoro attivo in questa ricerca-azione



auspica che l'intervento descritto possa entrare a far parte delle azioni mirate sia per i professionisti del settore, quali medici, psicologi, ecc. ma, soprattutto, per il personale scolastico già a partire dalla Scuola dell'Infanzia. I docenti, infatti, trascorrendo numerose ore con i bambini, potrebbero avere un ruolo fondamentale come agenti protettivi, in particolare, per quei minori ad alto rischio a causa di situazioni familiari e sociali problematiche, perché appartenenti a fasce della popolazione svantaggiata o portatori di qualsiasi disfunzioni.

Questa ricerca-azione vuole porsi anche come spunto per un nuovo disegno di legge, a cui sta lavorando la 6^a Commissione Permanente Finanza e Tesoro del Senato, mirato a venire incontro alle esigenze delle famiglie e dei ragazzi con DSA. Dalle statistiche emerge che chi ha disturbi dell'apprendimento vive una marginalizzazione patologizzante e abbandona il percorso scolastico.

Quello che emerso da entrambi gli studi è stato che circa il 41% dei campioni presentava performance che richiedevano un intervento immediato nelle prove di abilità metacognitive, le quali rappresentano il nucleo centrale dell'intero processo di insegnamento e apprendimento.

I sostenitori di tale ricerca si augurano che la stessa, in futuro, possa diventare uno studio longitudinale, in modo da consentire un monitoraggio dell'evoluzione spontanea dei bambini individuati e fornire informazioni riguardo la reale predittività degli strumenti utilizzati. L'obiettivo è, infatti, limitare la percentuale di falsi positivi, ossia quei bambini a rischio in una prima fase, ma che non svilupperanno un disturbo, e di falsi negativi, ossia quei bambini non risultano a rischio, ma che potrebbero sviluppare nel tempo un DSA, dato che tale disturbo è influenzato da variabili neurobiologiche e ambientali, che non sono controllabili o prevedibili. È necessario tener presente che, nel gruppo di soggetti che potrebbero risultare falsi positivi, rientrano, alcune volte, i minori stranieri. Va effettuata, in questi casi, una valutazione specifica del processo di acquisizione della nuova lingua, poiché la mancanza di acquisizione e padronanza potrebbero interferire con l'apprendimento e portare ad una prestazione più

scarsa rispetto ai coetanei. In uno studio Folgheraiter & Tressoldi (2003) hanno valutato quanto le variabili linguistiche, scolastiche, sociali, l'età cronologica e i livelli di intelligenza non-verbale possano influenzare i processi di apprendimento in questi minori. È risultato, in particolare, che il numero di anni di permanenza in Italia, la frequenza della scuola, l'intelligenza non-verbale, la lingua parlata in famiglia e l'ampiezza del vocabolario posseduto, predicono la riuscita in ambito scolastico.

Con la raccolta dei dati di questi due studi si è dimostrato che porre in essere, in modo tempestivo, interventi mirati su bambini a rischio, già a partire dall'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia, consente di ridurre le difficoltà specifiche, nonché l'insorgenza di problematiche di tipo affettivo, sociale e di disturbi comportamentali correlati. Infatti, queste criticità hanno incidenza anche sulla sfera del Sé, sull'umore, sull'autostima, sulle abilità sociali e rappresentano spesso precursori di esperienze di insuccesso che, se sperimentate in modo prolungato, possono spingere all'abbandono scolastico e al disadattamento sociale fino allo sviluppo di problematiche psicopatologiche. L'evoluzione della ricerca sui DSA ha delineato una nuova concezione di apprendimento quale processo influenzato non solo dalle capacità mnemoniche e cognitive del bambino, ma dai fattori metacognitivi ed emotivo-motivazionali collegati al benessere dell'individuo, così come indicato nelle linee guida aggiornate dal P.A.R.R.C. a Bologna (1 febbraio 2011).

Come dimostrato dai risultati della ricerca-azione condotta dai nostri gruppi di lavoro bisogna tener conto nella valutazione del processo di apprendimento, inoltre, non solo delle acquisizioni specifiche, ma anche del reale interesse del bambino nei confronti della scuola, della concreta motivazione ad apprendere e, soprattutto, comprendere quali strategie di gestione dell'ansia da prestazione e dello stress il minore utilizza (De Beni & Moé, 2000). L'analisi attenta di tutte le dimensioni della persona e non la mera valutazione delle capacità cognitive può contribuire a prevenire lo strutturarsi nel tempo di un vero e proprio disturbo dell'apprendimento. L'individuazione precoce è, dunque, diventata

un'esigenza irrinunciabile ed improrogabile della scuola dell'infanzia italiana, che deve e può attuarsi solo se, al suo interno, avrà luogo un cambiamento culturale, ideologico ed operativo (Maniscalco et al. 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Axia, G. (2014). *QUIT Questionari italiani del temperamento*. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A.
- Beery, K. (2000). *VMI - Developmental Test of Visual Motor Integration*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Bruner, J. (1991). *Prime fasi dello sviluppo cognitivo*. Roma: Armando Editore.
- C.Cornoldi. (1991). *I disturbi dell'apprendimento. Aspetti psicologici e neuropsicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Cianchetti, C., & Fancello, G. S. (1997). *TVL - Test di valutazione del linguaggio*. Trento: Erickson.
- Cornoldi, C., & MT, G. (1992). *PRCR-2. Prove di prerequisito per la diagnosi delle difficoltà di lettura e scrittura*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C., Miato, L., Molin, A., & Poli, S. (1985). *La prevenzione e il trattamento delle difficoltà di lettura e scrittura*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C., Tressoldi, P., & al., e. (2011). *Test IPDA Questionario Osservativo per l'Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento*. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A.
- Iaia, M. (2018). Screening: identificazione precoce e prevenzione come bene comune. *H-ermes. Journal of Communication*(11), 117-128.
- Maniscalco, M., Martorana, C., B.Caci, & Muratore, V. (2015). L'IMPORTANZA DEI PREREQUISITI E DELLO SCREENING PRECOCE NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 219-231.
- Marano, A., Innocenzi, M., Devescovi, A., & D'A-mico, S. (Dicembre 2016). *BRIEF-P Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version*. Firenze: Hogrefe Editore Srl.
- Metz, R., & Associazione "La Nostra Famiglia". (1994). *Prove di valutazione della comprensione linguistica*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Thakkar, A., Karande, S., Bala, N., Sant, H., Gogtay, N., & Sholapurwala, R. (2016, Jan-Mar). Is anxiety more common in school students with newly diagnosed specific learning disabilities? A cross-sectional questionnaire-based study in Mumbai, Maharashtra, India. *J Postgrad Med*(62), 12-19.
- Tretti, M., Terreni, A., & Corcella, P. (2002). *Materiali IPDA per la prevenzione delle difficoltà di apprendimento - Strategie e interventi*. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A.





BENESSERE PSICOLOGICO: RISIEDERE NEL CAPO DI LEUCA POTREBBE FARE LA DIFFERENZA?

Francesco Giaquinto
Responsabile area psicosociale,
Casa&Putea APS

RIASSUNTO

Il benessere psicologico riguarda aspetti positivi relativi alla sfera affettiva, alla soddisfazione per la propria vita e all'autorealizzazione. In Europa si riscontrano disarmanti disegualianze per la diffusione del benessere psicologico su territori con differenti caratteristiche socio-demografiche. Ricerche hanno sottolineato l'importanza di approfondire lo studio degli aspetti psicosociali che influenzano il benessere psicologico e di condurre approfondimenti riguardo le disegualianze esistenti tra popolazioni che abitano territori differenti. È stata condotta un'indagine preliminare trasversale su un campione di 240 soggetti utilizzando una batteria di questionari *self-report* su benessere psicologico, stress percepito, ansia, depressione e supporto sociale percepito, e considerando caratteristiche socio-demografiche quali età, genere e residenza (Capo di Leuca, altro comune in Puglia, altro comune in Italia). Dai risultati è emerso che età, depressione, stress e supporto sociale percepito spiegano un'ampia percentuale della variabilità del benessere psicologico; le donne manifestano significativamente maggiore sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, e minore benessere

psicologico; risiedere nel Capo di Leuca o in un altro comune pugliese è associato ad avere maggiori livelli di ansia e depressione rispetto a risiedere in un'altra regione italiana. Questi dati preliminari suggeriscono l'importanza di condurre ricerche sul benessere psicologico della popolazione che vive su un determinato territorio al fine di promuovere lo sviluppo di interventi mirati a migliorarne le condizioni di vita, a partire dai fattori di rischio e di protezione emersi nelle ricerche.

PAROLE CHIAVE

benessere psicologico, ansia, depressione, stress, supporto sociale, residenza

INTRODUZIONE

La salute è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come «*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o infermità*» (WHO, 1948, p. 1 ed. orig.). Il benessere mentale o psicologico è stato studiato storicamente attraverso due prospettive di ricerca: quella edonica e quella eudaimonica. La prospettiva "edonica" (Kahneman, Krueger, Schwarz e Stone, 2004) ha focalizzato l'attenzione sul concetto

di “benessere soggettivo”, che indaga la dimensione affettiva (ricerca di emozioni positive ed esperienze felici) e la soddisfazione per la propria vita. La prospettiva “eudaimonica” (Ryff, Singer e Diener, 2004), invece, si serve del termine “benessere psicologico” legandolo all’autorealizzazione, alla costruzione di significati e alla condivisione di obiettivi. In questo studio si fa riferimento al costrutto di benessere psicologico teorizzato da un gruppo di ricerca scozzese che ha progettato il questionario “*Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*” (WEMWBS) (Tennant et al., 2007), ormai largamente utilizzato e validato in tutto il mondo, così come in Italia (Gremigni e Stewart-Brown, 2011). Tale approccio considera il benessere psicologico sia nella prospettiva edonica che eudaimonica, leggendolo in chiave positiva. Lo strumento, infatti, pone quesiti relativi alla sfera affettiva e di soddisfazione della propria vita, come “mi sono sentito rilassato”, “mi sono sentito di buon umore”, “mi sono sentito sicuro di me” e “mi sono sentito vicino ad altre persone”; allo stesso tempo, però, interroga il rispondente su questioni relative al funzionamento psicologico e alla realizzazione di sé: “ho affrontato bene i problemi”, “mi sono sentito utile”, “sono stato in grado di prendere decisioni” e “mi sono interessato a cose nuove”. Il WEMWBS, quindi, separa molto chiaramente la salute mentale dalla malattia mentale, definendosi in un’ottica positiva e non legata al deficit, rimanendo fedele alla definizione dell’OMS che intende il benessere mentale non come la semplice assenza di malattia mentale.

Gli studiosi hanno indagato la non sovrapposizione del concetto di benessere psicologico ad altri costrutti concettualmente vicini, ed è stata dichiarata la necessità della ricerca di focalizzarsi sullo studio dei fattori, psicologici o sociodemografici, che possano spiegare o predire il benessere psicologico dell’individuo e di gruppi di persone (Winefield, Gill, Taylor e Pilkington, 2012). È un assunto comune tra gli studiosi nell’ambito della salute mentale che l’impatto di eventi oggettivamente stressanti sia determinato, in una certa misura, dalla percezione che l’individuo ha del proprio stress (Cohen, 1994). Sebbene alcune variabili, per lo più sociodemografiche, correlino negativamente con il benessere psicologico

e positivamente con lo *stress* percepito e viceversa, il benessere psicologico non può essere definito l’esatto opposto del *distress* in quanto non emerge una forte correlazione tra i due costrutti (Winefield, Gill, Taylor e Pilkington, 2012). Un’esposizione prolungata allo stress, inoltre, riduce la percezione di benessere psicologico (Milfont et al., 2008).

Anche ansia e depressione sono associate con un basso punteggio al WEMWBS (Vaingankar et al., 2017). Lavorare in un posto di lavoro stressante e percepire una sintomatologia ansiosa generalizzata può impattare negativamente sulla salute mentale e sul benessere (Smallbrugge et al., 2006), e diminuire il benessere psicologico (Nagaraj, 2017). Le abilità di *coping*, che consistono nel saper fronteggiare e gestire i problemi della vita con un alto livello di energia e controllo sulla situazione e che sono una componente fondamentale del benessere psicologico, risentono significativamente della presenza di sintomatologia depressiva (Engel, Chen, Richardson e Mihalopoulos, 2018). La depressione interferisce, inoltre, con il benessere emotivo, gli affetti positivi, come percepire emozioni piacevoli, ed aumenta le preoccupazioni per il sé (Connell et al., 2012). Gli effetti cumulativi dei fattori di *stress* quotidiani sono, inoltre, importanti predittori dell’emergere di sintomi di depressione e ansia (Schönfeld et al., 2016). In particolare, i giovani e le donne che lavorano a contatto con il pubblico percepiscono una più elevata incidenza di ansia, mentre le persone più grandi d’età e uomini corrono maggiori rischi di sviluppare sindromi depressive (Rutledge, et al., 2008).

Il supporto sociale percepito, invece, si presenta in diversi studi come un fattore protettivo per la salute mentale. Percepire, infatti, di avere buone relazioni interpersonali e una comunicazione sociale positiva ed efficiente con familiari e amici riduce ansia, depressione e altri disagi mentali, sviluppando una sensazione di sicurezza (Harandi, Taghinasab, & Nayeri, 2017). Tuttavia, sebbene ci sia una buona evidenza sul collegamento tra isolamento sociale, solitudine e peggior condizione cardiovascolare e di salute (McAneney et al., 2015), non sempre il supporto sociale percepito è risultato in correlazione con il benessere psicologico, mentre



l'unica variabile di salute mentale significativamente associata ad esso risulta essere la depressione (Tough, Siegrist e Fekete, 2017).

Tra le caratteristiche sociodemografiche prese in esame in diversi studi quali possibili variabili esplicative delle differenze nel benessere psicologico ci sono il genere e l'età. Per quanto riguarda il genere, è emerso che gli uomini riportano maggiore benessere psicologico rispetto alle donne, mentre non sono emerse differenze significative per depressione, ansia e *stress* percepito (Soysa e Wilcomb, 2015). Un sondaggio da parte dell'OMS che ha coinvolto 19.366 donne e 14.338 uomini di 26 Paesi europei ha mostrato differenze di genere per il benessere psicologico, a svantaggio delle donne. Ciò avviene indipendentemente dal sistema di *welfare* dei vari Paesi (Dreger, Gerlinger e Bolte, 2016). È stato visto che l'età risulta positivamente associata al benessere psicologico (Vaingankar et al., 2017). Il sondaggio mondiale noto col nome di *Gallup World Poll* ha preso in considerazione più di 160 Paesi nel mondo esplorando l'associazione tra benessere psicologico ed età, con particolare riferimento all'età avanzata (Stephoe, Deaton e Stone, 2015). I risultati hanno evidenziato un'importante influenza del territorio di riferimento e, dunque, della residenza. Esiste una relazione a forma di "U" tra benessere psicologico ed età nei Paesi ad alto reddito di lingua inglese, con i più bassi livelli di benessere tra 45 e 54 anni. Ma lo stesso risultato non è replicato in altre parti del mondo. Nei Paesi dell'ex Unione Sovietica e dell'Europa orientale, per esempio, emerge una grande riduzione progressiva del benessere con l'età, così come in America Latina, mentre nell'Africa sub-sahariana avvengono pochi cambiamenti con l'età (Stephoe, Deaton e Stone, 2015).

L'ufficio regionale europeo dell'OMS ha dichiarato in tempi recenti che «*la salute mentale e il benessere psicologico sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, in quanto permettono alle persone di vivere la vita come significativa e di essere cittadini creativi e attivi*» (Friedli e WHO, 2009, p. 5 ed. orig.). Ciononostante, il continente europeo è caratterizzato da disarmanti disuguaglianze tra le varie

nazioni e regioni geografiche in termini di sviluppo, diffusione dei servizi e distribuzione delle risorse. Una crescente letteratura scientifica, come spiegato dal report dell'OMS europea, sostiene che la distribuzione di risorse economiche e sociali possa spiegare buona parte delle differenze che esistono riguardo il benessere psicologico degli individui che risiedono in aree ad alto o basso reddito (Friedli, 2009). Il benessere psicologico è fortemente associato a fattori legati, più o meno direttamente, allo sviluppo economico, sociale e culturale del posto in cui si risiede come, per esempio, le qualità estetiche della propria abitazione e del vicinato (Kearns, Whitley, Bond e Tannahill, 2012), la rete sociale e il supporto sociale percepito (Leigh-Hunt et al., 2017) e la soddisfazione generale nei confronti del luogo in cui si vive (McAneney et al., 2015) oltre, ovviamente, alla disponibilità di lavoro e al tasso di disoccupazione (Mohseni-Cheraghlo, 2013). La residenza, di conseguenza, potrebbe essere una variabile caratterizzante alcune differenze in termini di diffusione del benessere psicologico delle persone che risiedono in luoghi con diverse caratteristiche sociodemografiche.

Il Capo di Leuca: caratteristiche sociodemografiche

Il Capo di Leuca, in provincia di Lecce, è la punta del tacco d'Italia e comprende 14 comuni afferenti all'Ambito Sociale Territoriale di Gagliano del Capo: Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Gagliano del Capo, Miggiano, Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Presicce-Acquarica, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase e Ugento. Esteso su una superficie complessiva di oltre 366 kmq, presenta una densità abitativa di 234 ab/kmq, per una popolazione complessiva di 86.267 abitanti (Ambito Sociale Territoriale di Gagliano del Capo, 2017). La popolazione è tendenzialmente equilibrata per la proporzione di genere (48,04% maschi e 51,96% femmine), mentre rispecchia le proporzioni del contesto italiano, accentuando le differenze, per la variabile "età": circa una persona su 4 (23,59%) ha più di 65 anni (media italiana: 22,32%; media della Regione Puglia: 21,33%; media della Provincia di Lecce: 22,35%); solo il 12,38% ha meno di 14 anni (media italiana: 13,50%; media

della Regione Puglia: 13,56%; media della Provincia di Lecce: 12,72%). Nel 2001 i 14 comuni dell'ambito presentavano una popolazione pari a 86.098 unità, un dato che ha visto un progressivo rialzo tra il 2007 e il 2009, raggiungendo fino a 88.037 unità. Da allora, però, la popolazione generale è in continua diminuzione, e nel 2017 si è tornati addirittura sotto al dato negativo del 2001, con la presenza di 85.960 unità, dati che testimoniano lo spopolamento del territorio, seppur non in maniera uniforme su tutti i comuni, principalmente a causa dei flussi migratori verso altri comuni italiani o esteri. L'indice di vecchiaia della popolazione, che rappresenta il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione con meno di 14, è passato da 112 anziani ogni 100 bambini nel 2001 a 190 anziani ogni 100 bambini nel 2017, mostrando una tendenza di crescita costante. L'Indice di Ricambio della Popolazione Attiva, ossia il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), mostra un trend di crescita simile: si è passati da 89,07 "futuri pensionati" ogni 100 "futuri lavoratori" del 2001 a 123,85 "futuri pensionati" ogni 100 "futuri lavoratori" del 2015. Si tratta di un dato

che superficialmente potrebbe presentarsi positivo nell'ottica del ricambio generazionale, ma che in realtà non fa altro che mettere in evidenza il continuo aumento del divario tra la fascia di popolazione lavorativamente attiva e la percentuale in costante crescita del numero di pensionati, aumentando drasticamente il peso del sistema previdenziale. L'aspetto economico dei comuni dell'ambito presenta 18.898 individui occupati nel 2014, di cui la maggior parte impiegati in attività manifatturiere (27,67%), commercio (21,07%), alloggio e ristorazione (13,57%), costruzioni (11,59%), agricoltura e pesca (6,10%). Gli addetti alla sanità e all'assistenza sociale sono il 4,03%, mentre gli addetti ad attività artistiche, sportive e di intrattenimento appena l'1,37%. Il reddito dichiarato dai cittadini del Capo di Leuca nella dichiarazione dei redditi del 2014 è prodotto per il 51,7% da lavoro dipendente e per ben il 41,6% da pensioni. Fabbricati (3,2%) e lavoro autonomo (3,5%), invece, contribuiscono in minima parte alle entrate dei cittadini. Il PIL pro-capite medio dei comuni dell'Ambito è stato stimato essere di 12.183,98 € (quello provinciale è di 13.395,39 € e quello italiano è di 28.750,42€) (Ambito Sociale Territoriale di Gagliano del Capo, 2017). Il Capo di Leuca, quindi, si presenta come un





territorio geograficamente periferico, caratterizzato da una marcata sproporzione tra le classi di età, un crescente tasso di spopolamento e invecchiamento della popolazione, un reddito economico molto basso e un sistema produttivo basato principalmente sul turismo stagionale e per niente equilibrato nel rapporto tra fasce di popolazione con maggiore esigenze e diffusione di servizi sociosanitari e culturali finalizzati alla cura e alla prevenzione delle problematiche di salute e benessere.

Ipotesi di ricerca

Questo studio è un'indagine preliminare con l'obiettivo di approfondire il benessere psicologico nella popolazione generale, indagandone i fattori che possano spiegare negativamente e positivamente le variazioni di benessere psicologico percepito. In particolare, con riferimento alla letteratura scientifica, si ipotizza che ansia, depressione e stress percepito spieghino negativamente le differenze nel benessere psicologico percepito dagli individui, mentre si ipotizza che il supporto sociale percepito spieghi positivamente tali variazioni.

Inoltre, si pone attenzione su alcune variabili socio-demografiche, ossia genere e residenza, per valutare le differenze che tali potrebbero avere sulle variabili prese in considerazione: benessere psicologico, ansia, depressione, stress percepito e supporto sociale percepito. In particolare, stando ai risultati noti alla comunità scientifica, ci si aspetta di rilevare una significativa differenza tra uomini e donne, con una generale maggiore diffusione di ansia, depressione e stress percepito tra le donne e un benessere psicologico maggiore per gli uomini e per le persone di età più avanzata. Relativamente alla residenza, si ipotizza che risiedere nel Capo di Leuca, un territorio con delle caratteristiche socio-demografiche svantaggiate, possa comportare minori livelli di benessere psicologico e maggiori livelli di ansia e depressione rispetto ad un campione di soggetti residenti in un'altra regione italiana o in altre zone della Puglia. Non si formulano ipotesi relativamente al supporto sociale percepito e allo stress dei gruppi di differente residenza in quanto in letteratura sono presenti ad oggi risultati contrastanti.

RICERCA

Disegno e procedure

È stato utilizzato un disegno di ricerca di tipo trasversale (o *cross-sectional*), su un campione di persone di età pari o superiore a 18 anni. Per raccogliere i dati è stata utilizzata una batteria di questionari *self-report* composta da strumenti con caratteristiche psicometriche valide e largamente utilizzati in letteratura, descritti nel paragrafo "strumenti". Inoltre, sono state rilevate le caratteristiche demografiche dei rispondenti: comune e regione di residenza, genere ed età. La raccolta dati è avvenuta in una duplice modalità, rilevazione cartacea e rilevazione sul web, al fine di poter raggiungere target diversi della popolazione, dai più giovani ai più anziani, dai più ai meno competenti con l'utilizzo di dispositivi informatici. L'indagine online (78% delle risposte) è avvenuta attraverso la condivisione del link creato attraverso la piattaforma "Moduli Google" su vari social network, mentre l'indagine cartacea (22% delle risposte) ha coinvolto soggetti impegnati in corsi di formazione professionale e attività culturali varie. Il campionamento è di tipo casuale stratificato ed è avvenuto attraverso il metodo dei blocchi considerando come discriminante la variabile "residenza". In tal modo si è deciso di costruire un campione di rispondenti che fosse per il 50% circa formato da residenti nel Capo di Leuca, e per il restante 50% distribuito tra i residenti in un comune diverso della Puglia, e i residenti in un altro comune italiano. Dopo una prima raccolta di risposte, si è deciso di bilanciare i rispondenti indirizzando il questionario verso un target di uomini residenti fuori regione con una metodologia a cascata, ossia richiedendo a soggetti noti di inoltrare il link dell'indagine a persone che ricadevano nel target richiesto. È stato possibile, in questa maniera, rispettare la proporzione di rispondenti preventivata per la variabile residenza. La rilevazione dei dati in forma cartacea è avvenuta in momenti diversi da febbraio a ottobre 2019, la rilevazione dei dati via web è avvenuta tra il 15 settembre 2019 e il 12 ottobre 2019. Le risposte sono state raccolte assicurando il totale anonimato del rispondente, conformemente alla legge vigente in materia di *privacy* ed etica della ricerca in psicologia secondo la Dichiarazione di Helsinki.

Campione

Hanno risposto all'indagine 240 soggetti (donne: 64,6%) di età compresa tra i 18 e i 79 anni (media: 37,76; d.s.: 14,02 anni). 121 soggetti (50,4%) risiedono in uno dei 14 comuni del Capo di Leuca, 74 (30,8%) risiedono in un altro comune pugliese e i restanti 45 (18,8%) risiedono in un altro comune italiano. Sono emerse delle differenze significative tra i gruppi con diversa residenza per la variabile età ($F_{2,239} = 15,579$; $p < 0,001$). Dai post-hoc con test di Bonferroni è emerso che il gruppo dei residenti nel Capo di Leuca ($M = 42,42$, d.s. = 15,21) ha un'età significativamente maggiore rispetto al gruppo dei residenti in un altro comune pugliese ($M = 33,68$; d.s. = 11,95, $p < 0,001$) e rispetto ai residenti in un altro comune italiano ($M = 37,76$; d.s. = 14,01, $p < 0,001$). Tutte le differenze risultate significative hanno avuto un valore $p < 0,001$. Non è emersa, invece, una differenza significativa per l'età tra uomini e donne. I tre gruppi formati sulla base della variabile residenza sono risultati disomogenei per la distribuzione del genere (Chi-quadrato = 22,55; $p < 0,001$). I valori nel dettaglio sono riportati in **Tab. 1**.

Strumenti di misura

La *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) (Tennant et al., 2007; Gremigni e Stewart-Brown, 2011) è uno strumento *self-report* che misura diversi aspetti della salute mentale positiva. Mentre la versione originale è composta da 14 *item* e un unico fattore, la versione italiana conserva la struttura monofattoriale ma si compone di 12 *item*. I quesiti presentano dei "modi di sentire" rispetto a

ciascuno dei quali è richiesto di indicare quanto se ne sia fatta esperienza nelle ultime due settimane secondo una scala di risposta a 5 punti (1=mai, 5=sempre). Essi si riferiscono a diversi aspetti della salute mentale positiva descritti in letteratura (pensieri e sentimenti positivi), incluse dimensioni sia edoniche che eudaimoniche. La versione italiana gode di una buona attendibilità sia come coerenza interna (alpha di Chronbach = 0.87) sia come stabilità nel tempo (test-retest = 0.80). L'alpha di Chronbach nel presente studio è risultata pari a 0,87.

La *Perceived Stress Scale 10 item* (PSS-10) (Cohen e Williamson, 1988) è un noto questionario *self-report* che misura la quantità di stress percepita dall'indi-

Variabili	Intero gruppo n = 240		Residenti nel Capo di Leuca n = 121		Residenti in Puglia n = 74		Residenti in Italia n = 45	
	M	f	m	f	M	f	m	f
Genere	85	155	30	91	26	48	29	16
	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.
Età	39,92	27,48	42,42	15,21	33,79	11,80	31,75	8,56
Benessere psicologico	32,67	6,97	33,03	7,19	31,82	7,27	33,09	5,79
Stress percepito	26,59	7,10	26,07	7,28	28,86	6,73	24,27	6,28
Supporto sociale	34,57	9,90	33,82	10,37	35,79	9,56	34,60	9,12
Ansia	8,17	4,27	8,28	4,47	8,95	4,26	6,58	3,30
Depressione	6,26	4,00	6,62	4,24	6,74	3,93	4,51	2,93

Tab. 1 - Genere (m=maschio; f=femmina), media (M) e deviazione standard (D.S.) delle variabili in esame per l'intero gruppo e i sottogruppi formati attraverso la variabile "residenza"

viduo. Si tratta di uno strumento largamente validato e utilizzato nel mondo. Gli *item* hanno una scala di risposta a 5 punti e, sommati, forniscono un punteggio totale. Maggiore è il punteggio finale, maggiore è lo stress percepito. In questo studio è utilizzata la versione a 10 *item* dello strumento che è risultata avere proprietà psicometriche superiori rispetto alla versione a 14 *item* (Lee, 2012). I punteggi di affidabilità nello studio originale riportano



un'alpha di Chronbach pari a 0,78 (Cohen e William-son, 1988) ma ha raggiunto anche un punteggio pari a 0,91 in una validazione più recente (Mitchell, Crane e Kim, 2008). L'alpha di Chronbach nel presente studio è risultata pari a 0,87.

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (versione italiana: Costantini et al, 1999), è un questionario *self-report* di 14 *item* con modalità di risposta scala Likert a 4 passi per la misurazione dei costrutti di Ansia e Depressione. Sette dei quattordici *item* sono riferiti all'Ansia e gli altri sette riguardano la Depressione. Il range totale del punteggio varia da 0 a 42 e il test prevede un *cut-off* clinico di *screening* fissato a 7 per ognuna delle due scale. Largamente utilizzato per *screening* clinici e a scopi di ricerca, presenta un'ottima consistenza interna con un'alpha di Chronbach di 0,88 nello studio di validazione italiana. L'alpha di Chronbach nel presente studio è risultata pari a 0,80.

La *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) è utilizzato per valutare il sostegno sociale percepito dal soggetto da parte di una persona particolare, dalla famiglia e dagli amici. Si tratta di un questionario *self-report* di 12 *item* e modalità di risposta scala Likert a 7 punti. Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi relativi ai 12 *item*, e può essere calcolato anche quello specifico per gli amici, la famiglia, e un'altra persona significativa. In questa ricerca è stato considerato solo il punteggio complessivo. La versione originale gode di un'ottima consistenza interna con un'alpha di Chronbach pari a 0,88. L'alpha di Chronbach nel presente studio è risultata pari a 0,91.

Analisi dei dati

Sono state condotte statistiche di tipo descrittivo per valutare la composizione del campione. È stato eseguito il test di affidabilità mediante il coefficiente *Alpha* di Cronbach sulle misure aggregate allo scopo di valutare la coerenza interna degli strumenti utilizzati. È stata condotta un'analisi della correlazione bivariata e un'analisi della regressione lineare per la variabile dipendente "benessere psicologico", con metodo *stepwise* considerando come variabili

indipendenti le variabili età, distress percepito, supporto sociale percepito, ansia e depressione. Le variabili indipendenti prese in considerazione posseggono varianza e deviazione standard maggiori di 0; inoltre, i valori di asimmetria e curtosi rientrano nei valori di *cut-off* stabiliti dalla comunità scientifica (± 2), indicatori che tali variabili presentano una distribuzione dei punteggi prossima alla distribuzione teorica normale. Sono state, infine, condotte delle analisi della varianza univariata (ANOVA) e della varianza covariata (ANCOVA) al fine di valutare le differenze tra gruppi classificati in base al genere e la residenza in termini di benessere psicologico, distress percepito, supporto sociale percepito, sintomatologia ansiosa e depressiva. Sono state infine condotte delle ANOVA con focus specifico sul gruppo di rispondenti residenti nel Capo di Leuca. L'elaborazione statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del software IBS SPSS Statistics 22.0.

RISULTATI

Correlazioni

Dall'analisi della correlazione bivariata, considerando come coefficiente l'*r* di Pearson e livello di significatività $p = 0,05$, è emerso che il benessere psicologico correla positivamente con l'età ($r = 0,199$; $p = 0,002$) e il supporto sociale percepito ($r = 0,377$; $p < 0,001$) e negativamente con ansia ($r = -0,486$; $p < 0,001$), depressione ($r = -0,550$; $p < 0,001$) e stress percepito ($r = -0,595$; $p < 0,001$). Il supporto sociale percepito correla negativamente con ansia

	1	2	3	4	5
1 Età					
2 Benessere psicologico	,199**				
3 Distress	-,090	-,595**			
4 Supporto sociale	-,104	,377**	-,372**		
5 Ansia	-,012	-,486**	,739**	-,310**	
6 Depressione	,027	-,550**	,659**	-,464**	,675**

Tab. 2 - Correlazioni tra variabili nell'intero campione ($n = 240$) con coefficiente di Pearson e stima di significatività (**: $p < 0,01$)

($r = -0,310$; $p < 0,001$), depressione ($r = -0,464$; $p < 0,001$) e stress ($r = -0,372$; $p < 0,001$). C'è una correlazione positiva tra ansia e depressione ($r = 0,675$; $p < 0,001$), ansia e stress ($r = 0,739$; $p < 0,001$), stress e depressione ($r = 0,659$; $p < 0,001$). I valori delle correlazioni sono riportati in **Tab. 2**.

Analisi della regressione

Il valore di R-quadrato adattato ($\Delta R^2 = 0,434$) indica che il 43,40% della variabilità del benessere psicologico potrebbe essere spiegato da un fattore sociodemografico, ossia l'età, e da altre variabili psicologiche quali depressione, stress percepito e supporto sociale percepito ($F_{4,235} = 46,794$; $p < 0,001$). In particolare, il fattore depressione spiega il 6,25% ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$) della variabilità della variabile dipendente, il fattore stress spiega il 12,74% ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$), il fattore supporto sociale percepito spiega l'2,16% ($\beta = 0,15$; $p = 0,009$) e l'età spiega il 3,53% ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$). Quindi, avere un umore depresso, provare un elevato livello di stress, percepire uno scarso supporto sociale da parte di amici, parenti e partner ed essere giovani sono associati ad un basso livello di benessere psicologico; d'altro canto, un umore non depresso, un basso livello di stress, un ricco supporto sociale percepito e un'età più avanzata sono associati ad un più alto livello di benessere psicologico. Non emergono significatività per le variabili residenza, genere e ansia.

Analisi della varianza – intero campione

È stata condotta un'ANOVA con il "genere" (2 livelli: maschio e femmina) come variabile indipendente e benessere psicologico, ansia, depressione, supporto sociale percepito e stress percepito come variabili dipendenti. Dai risultati emerge che le donne, rispetto agli uomini, manifestano in maniera significativamente maggiore sintomatologia ansiosa (donne: $M = 8,91$, $ds = 4,40$; uomini: $M = 6,80$, $ds = 3,68$; $p < 0,001$), depressiva (donne: $M = 6,76$, $ds = 4,26$; uomini: $M = 5,36$, $ds = 3,32$; $p = 0,009$) e stress (donne: $M = 27,67$, $ds = 7,25$; uomini: $M = 24,61$, $ds = 6,41$; $p = 0,001$). Al contrario, il livello di benessere psicologico risulta essere significativamente maggiore per gli uomini rispetto alle donne (donne: $M = 31,82$, $ds =$

$7,30$; uomini: $M = 34,22$, $ds = 6,06$; $p = 0,010$). Non è emersa alcuna differenza significativa per il supporto sociale percepito (donne: $M = 34,37$, $ds = 10,71$; uomini: $M = 34,95$, $ds = 8,26$; $p = 0,662$).

Data la disomogeneità dei gruppi formati sulla base del livello di istruzione per la variabile "età", è stata condotta un'analisi della varianza covariata (ANCOVA) considerando quale variabile indipendente la "residenza" (3 livelli: comune del Capo di Leuca, altro comune in Puglia, comune di un'altra regione italiana), covariando la variabile "età", e come variabili dipendenti benessere psicologico, ansia, depressione, supporto sociale percepito e distress percepito. Si evidenzia una differenza significativa tra gruppi considerando l'interazione con la variabile "età" per ansia ($F_{2,239} = 3,093$; $p = 0,028$), depressione ($F_{2,239} = 3,819$; $p = 0,011$), stress ($F_{2,239} = 5,060$; $p = 0,002$) e benessere psicologico ($F_{2,239} = 3,901$; $p = 0,010$), mentre non è emersa alcuna differenza per il supporto sociale percepito ($F_{2,239} = 1,127$; $p = 0,339$). Dalla comparazione a coppie con aggiustamento di Bonferroni è emerso che i punteggi relativi alla diffusione di sintomatologia ansiosa sono significativamente più bassi per i rispondenti che risiedono in un comune di un'altra regione italiana (M stimata = $6,19$; $d.s. = 0,729$) rispetto ai residenti del Capo di Leuca (M stimata = $8,39$; $d.s. = 0,37$; $p = 0,027$) e ai rispondenti residenti in un altro comune della Puglia (M stimata = $8,84$; $ds = 0,52$; $p = 0,010$). Non è emersa differenza significativa ($p = 1,000$) tra i rispondenti del Capo di Leuca e quelli di un altro comune della Regione Puglia. I punteggi relativi alla diffusione di sintomatologia depressiva presentano le stesse differenze: sono significativamente più bassi per i rispondenti che risiedono in un comune di un'altra regione italiana (M stimata = $4,18$; $d.s. = 0,68$) rispetto ai residenti del Capo di Leuca (M stimata = $6,56$; $d.s. = 0,34$; $p = 0,027$) e ai rispondenti residenti in un altro comune della Puglia (M stimata = $6,86$; $ds = 0,48$; $p = 0,010$). Non è emersa differenza significativa ($p = 1,000$) tra i rispondenti del Capo di Leuca e quelli di un altro comune della Regione Puglia. Identica relazione anche per la diffusione dello stress percepito: lo stress è percepito significativamente di meno per i rispondenti che



risiedono in un comune di un'altra regione italiana (M stimata = 23,28; d.s. = 1,18) rispetto ai residenti del Capo di Leuca (M stimata = 26,55; d.s. = 0,60; $p = 0,027$) e ai rispondenti residenti in un altro comune della Puglia (M stimata = 28,57; ds = 0,85; $p = 0,010$). Non è emersa differenza significativa ($p = 0,161$) tra i rispondenti del Capo di Leuca e quelli di un altro comune della Regione Puglia. Relativamente al benessere psicologico, le comparazioni a coppie con aggiustamento di Bonferroni non hanno evidenziato differenze significative.

Analisi della varianza – Capo di Leuca

Considerando il solo gruppo di rispondenti che abitano in uno dei 14 comuni del Capo di Leuca, è stata condotta un'ANOVA ponendo come variabile indipendente il "genere" e come variabili dipendenti benessere psicologico, ansia, depressione, supporto sociale percepito e distress percepito. Dai risultati emerge che le donne, rispetto agli uomini, manifestano in maniera significativamente maggiore sintomatologia ansiosa (donne: $M = 8,73$, ds = 4,56; uomini: $M = 6,91$, ds = 3,94; $p = 0,050$) e, in maniera tendenzialmente significativa, minore benessere psicologico rispetto agli uomini (donne: $M = 32,33$, ds = 7,41; uomini: $M = 35,17$, ds = 6,09; $p = 0,061$). Non è emersa alcuna differenza significativa per il supporto sociale percepito (donne: $M = 33,21$, ds = 11,31; uomini: $M = 35,65$, ds = 6,57; $p = 0,268$), la depressione (donne: $M = 6,92$, ds = 4,49; uomini: $M = 5,71$, ds = 3,25; $p = 0,174$) e lo stress percepito (donne: $M = 26,66$, ds = 7,44; uomini: $M = 24,26$, ds = 6,57; $p = 0,117$).

DISCUSSIONE

In questo studio sono stati presentati i risultati di un'indagine preliminare che si è posta l'obiettivo di affrontare il tema del benessere psicologico nella popolazione generale, indagando alcuni fattori che potrebbero spiegarne negativamente e positivamente le variazioni. Dai risultati è emerso che il benessere psicologico correla positivamente con l'età e negativamente con ansia, stress e depressione, in linea con le conclusioni di studi precedenti (Vaingankar et al., 2017; Winefield, Gill, Taylor e

Pilkington, 2012). Inoltre, nonostante la letteratura al riguardo sia contrastante, è emersa una correlazione positiva tra il supporto sociale percepito da parte di amici, familiari e partner e il benessere psicologico. L'analisi della regressione ha permesso di capire quali variabili spiegano una buona percentuale (43,40%) delle variazioni di benessere psicologico degli individui. È emerso che essere giovani e possedere un umore depresso, percepire un elevato livello di stress con un basso supporto sociale percepito da parte di familiari, amici e partner è una condizione che spiega significativamente un basso livello di benessere psicologico. D'altro canto, un alto livello di benessere psicologico è associato alla condizione di possedere un'età più elevata, non percepire un umore depresso, ma invece un ridotto livello di stress con un alto supporto sociale percepito da parte di familiari, amici e partner. Da questo risultato emerge come il benessere psicologico positivo sia spiegato da alcune caratteristiche negative, come stress e depressione, ma non da altre, come l'ansia, e allo stesso tempo anche da caratteristiche sociodemografiche positive, come il supporto sociale percepito, e apparentemente neutre, come l'età. Studiare il benessere psicologico ha delle rilevanti implicazioni sulla psicologia clinica per due ragioni principali. Innanzitutto, la promozione del benessere dell'individuo e della società è un obiettivo fondamentale per lo psicologo clinico, ma il rischio che si potrebbe correre inavvertitamente è quello di intenderlo solo come una mera assenza di deficit e psicopatologia. Pertanto, la valutazione del benessere psicologico positivo della persona nella pratica clinica serve ad espandere il campo di applicazione della psicologia clinica, in linea con gli obiettivi originali della disciplina (Joseph e Wood, 2010). Inoltre, ponendolo come obiettivo di crescita per l'individuo e per la società, il miglioramento del benessere psicologico positivo ha delle conseguenti ricadute anche sulla previsione e sul trattamento del *distress* e della psicopatologia, dato che esso svolge una funzione preventiva contro la psicopatologia e le ricadute future e che può essere compromesso anche in assenza di caratteristiche negative l'ansia (Joseph e Wood, 2010).

In seconda analisi, questo studio si è posto l'obiettivo di focalizzare l'attenzione su alcune variabili socio-demografiche, quali genere e residenza, e la loro possibile influenza su: benessere psicologico positivo, ansia, depressione, stress percepito e supporto sociale percepito. Relativamente alle differenze di genere, risultano soddisfatte le ipotesi di partenza, essendo che, in accordo con studi precedenti, le donne percepiscono maggiori livelli di depressione (Salk, Hyde e Abramson, 2017), ansia (Asher, Asnaani e Aderka, 2017) e stress (Taylor, 2015) rispetto agli uomini, mentre quest'ultimi riportano un maggiore livello di benessere psicologico rispetto alle prime (Soysa e Wilcomb, 2015). Non emergono differenze significative tra uomini e donne rispetto al supporto sociale percepito da parte di familiari, amici e partner, coerentemente con gli studi che hanno associato le differenze nel supporto sociale percepito a fattori di personalità, più che a esclusive differenze di genere (Jacobs e Holtzer, 2019).

Studiare il benessere psicologico di gruppi di persone che abitano un certo territorio favorisce la riflessione critica sui limiti della crescita economica e su ciò che potrebbe essere raggiunto attraverso una differente distribuzione della ricchezza, promuovendo un'auspicata riduzione delle disuguaglianze (Friedli e WHO, 2009). Il presente studio si è posto l'obiettivo di avviare una riflessione riguardo al benessere psicologico delle persone che abitano in un territorio caratterizzato da una geografia periferica, da un bassissimo reddito pro-capite (*low-income*) e da fenomeni demografici allarmanti, quali lo spopolamento, l'invecchiamento e l'assottigliamento della fascia giovanile. La finalità ultima dell'avviare un percorso di ricerca in quest'ambito, confrontando condizioni di vita e di salute psicologica tra campioni di popolazione estratti da residenti in territori socio-politicamente differenti, è l'individuazione dei fattori di rischio e protettivi del benessere, la progettazione di interventi mirati alla sua promozione, la validazione della loro efficacia e l'implementazione capillare sul territorio.

Dai risultati di questa indagine preliminare, controllando gli effetti della variabile età che è risultata essere significativamente diversa tra i tre gruppi, è

emerso che risiedere nel Capo di Leuca o in un altro comune pugliese è associato ad avere maggiori livelli di ansia e depressione rispetto a risiedere in un'altra regione italiana. Tra i rispondenti nel Capo di Leuca, inoltre, è emerso che le donne presentano una sintomatologia ansiosa superiore rispetto agli uomini, che invece vantano un maggiore benessere psicologico. Non emergono differenze significative per depressione, stress e supporto sociale percepito. Questi risultati vanno interpretati con molta cautela a causa dei limiti dello studio, come la disomogeneità dei campioni comparati per la numerosità e la distribuzione di genere, mentre non sono state considerate altre differenze che potrebbero risultare significative, come la professione e il livello di istruzione. Inoltre, la natura *cross-sectional* del disegno metodologico, sebbene permetta una più rapida ed economica raccolta dati può solo fornire informazioni di carattere associativo tra variabili, e non permette di compiere analisi causali più sofisticate utilizzando, ad esempio, modelli di equazioni strutturali che potrebbero meglio distinguere i mediatori dai moderatori, come potrebbe essere svolto con maggiore appropriatezza per dei dati longitudinali.

Tuttavia, si potrebbe affermare che questo sia il primo studio presente in letteratura che si pone di approfondire lo studio del benessere psicologico tra gli abitanti di un territorio della periferia pugliese, ossia il Capo di Leuca, attraverso una batteria di questionari largamente utilizzati in Europa e nel mondo. L'avvio di una serie di indagini *cross-sectional* con una campionatura più mirata e bilanciata permetterà di ottenere dei risultati paragonabili a studi condotti su campioni estratti da popolazioni differenti e ciò permetterà di comprendere se abitare in un territorio con le caratteristiche socio-demografiche del Capo di Leuca possa o meno avere delle implicazioni sul benessere psicologico e sulla salute mentale. Per concludere, ci si augura che la ricerca futura riesca ad approfondire questi aspetti che risultano essere fondamentali sia per la messa in pratica dei dettami dell'OMS, che intende ridurre le disuguaglianze esistenti in Europa in termini di benessere psicologico, sia per l'intervento professionale degli psicologi, che dovrebbero sempre



più mettere in pratica interventi di gruppo mirati alla promozione del benessere psicologico, al fine di prevenire la psicopatologia e diffondere qualità psicologiche positive in tutte le età.

RINGRAZIAMENTI

A Casa&Putea APS (Vincitore PIN – Iniziativa promossa dalle Politiche Giovanili della Regione Puglia e ARTI e finanziata con risorse del FSE – PO Puglia 2014/2020 Azione 8.4 e del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione), un'associazione che si occupa della promozione del benessere psicologico nella popolazione generale ed ha sede a Gagliano del Capo (LE).

BIBLIOGRAFIA

- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*, 56, 1-12.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 10.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 138-149.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., ... & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, 7(3), 121-127.
- Dreger, S., Gerlinger, T., & Bolte, G. (2016). Gender inequalities in mental wellbeing in 26 European countries: do welfare regimes matter?. *The European Journal of Public Health*, 26(5), 872-876.
- Engel, L., Chen, G., Richardson, J., & Mihalopoulos, C. (2018). The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments. *Quality of Life Research*, 27(11), 2873-2884.
- Friedli, L., & World Health Organization. (2009). *Mental health, resilience and inequalities (No. EU/08/5087203)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gremigni, P., & Stewart-Brown, S. (2011). Una misura del benessere mentale: validazione italiana della Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). *Giornale italiano di psicologia*, 38(2), 485-508.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.
- Jacobs, S., & Holtzer, R. (2019). Predicting change in perceived social support in late life: The role of personality and gender. *Aging & Mental Health*, 1-11.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical psychology review*, 30(7), 830-838.
- Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D.A., Schwarz, N., & Stone, A.A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience: the day reconstruction method. *Science*, 306, 1776-1780.
- Kearns, A., Whitley, E., Bond, L., & Tannahill, C. (2012). The residential psychosocial environment and mental wellbeing in deprived areas. *International Journal of Housing Policy*, 12(4), 413-438.
- Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, 6(4), 121-127.
- Leigh-Hunt, N., Baggeley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- McAneney, H., Tully, M. A., Hunter, R. F., Kouvonen, A., Veal, P., Stevenson, M., & Kee, F. (2015). Individual factors and perceived community characteristics in relation to mental health and mental well-being. *BMC public health*, 15(1), 1237-1250.

- Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and well-being: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Social indicators research, 89*(1), 169-177.
- Mitchell, A. M., Crane, P., & Kim, Y. (2008). Perceived stress in survivors of suicide: Psychometric properties of the perceived stress scale. *Research in Nursing and Health, 31*, 576-585.
- Mohseni-Cheraghlo, A. (2013). Labor markets and mental wellbeing: labor market conditions and suicides in the United States (1979-2004). *The Journal of Socio-Economics, 45*, 175-186.
- Nagaraj, M. (2017). Anxiety and psychological well-being among adult and old age. *IJIP, 4*, 190-95.
- Ry, C.D., Singer, B.H., & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359*, 1383-1394.
- Ambito Sociale Territoriale di Gagliano del Capo (2017). *Relazione dell'Ambito Sociale Territoriale di Gagliano del Capo*.
- Rutledge, T., Linke, S. E., Olson, M. B., Francis, J., Johnson, B. D., Bittner, V., ... & Cornell, C. E. (2008). Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosomatic medicine, 70*(3), 282-287.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin, 143*(8), 783-795.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 1-10.
- Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Gundy, C. M., Beekman, A. T., & Eefsting, J. A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(4), 325-332.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness, 6*(2), 217-226.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet, 385*(9968), 640-648.
- Taylor, J. M. (2015). Psychometric analysis of the Ten-Item Perceived Stress Scale. *Psychological assessment, 27*(1), 90.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes, 5*(1), 63-76.
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC public health, 17*(1), 414.
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Sambasivam, R., Seow, E., Jeyagurunathan, A., ... & Subramaniam, M. (2017). Psychometric properties of the short Warwick Edinburgh mental well-being scale (SWEMWBS) in service users with schizophrenia, depression and anxiety spectrum disorders. *Health and quality of life outcomes, 15*(1), 153-164.
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice, 2*(1), 3.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41.



SOGGETTI AFFETTI DA DISFORIA DI GENERE, VITTIME ED AUTORI DI VIOLENZE: UNO STUDIO CASISTICO

**Valentina Stallone,
Ignazio Grattagliano**

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

**Valeria Pace,
Elisabetta Lavorato,
Giulia Righetti**

Day Hospital per i Disturbi dell'identità
di genere" l'U.O.C. di Psichiatria
Universitaria - Az. Ospedaliero
Universitaria Consorziale
Policlinico di Bari

RIASSUNTO

Scopo

È noto come sui soggetti che affrontano percorsi per la rettifica del sesso esistano molti pregiudizi che si allargano anche all'aspetto dei reati commessi e subiti da soggetti con tali caratteristiche personologiche. Finalità della presente ricerca casistica, è offrire un contributo di conoscenza a tale particolare aspetto clinico e criminologico relativo a questa particolare popolazione di soggetti.

Metodi

Dopo acquisizione di regolare e formale consenso, è stato somministrato un questionario ad un campione costituito da 34 pazienti affetti da disforia di genere (27 soggetti MtF (male to female) e 7 soggetti FtM (female to male), afferenti al servizio ambulatoriale per i soggetti con disforia di genere di un importante polo universitario ed ospedaliero del sud Italia. Il questionario consisteva in una parte socio-anagrafica ed un'altra di profilo criminologico, relativa ai reati commessi o subiti da tali soggetti.

Risultati

I risultati della nostra indagine, con tutti i limiti di una ricerca casistica, segnalano una significativa predisposizione vittimogena che caratterizza i soggetti affetti da disforia di genere e che affrontano il percorso di transizione per la rettifica del sesso. Poco

consistenti appaiono i dati relativi ai reati commessi da tali soggetti che risultano, per l'appunto, maggiormente vittime di situazioni di aggressività, violenza e discriminazione.

Conclusioni

emerge che la transfobia sia un fenomeno oggettivabile, allarmante e probabilmente sottovalutato, rilevando la necessità di condurre studi scientifici più approfonditi e più precisi.

PAROLE CHIAVE

Disforia di genere, reati, pregiudizio, vittima, autore, transfobia

INTRODUZIONE

La finalità del seguente lavoro è quello di individuare ed evidenziare la frequenza e le caratteristiche principali di atti aggressivi e violenti, subiti o esercitati dai soggetti con disforia di genere, inseriti in un percorso di profilo terapeutico e medico legale, finalizzato al mutamento della propria identità sessuale. Ci siamo posti il quesito di quale tipologia di reati commettano o subiscano soggetti con tali caratteristiche, inseriti in un percorso di transizione della loro identità sessuale. La disforia di genere è la condizione per cui una persona esperisce la propria identità di genere in maniera non conforme al sesso biologico o a quello assegnato alla nascita. Tale discordanza è fonte di grandissima

sofferenza psicologica e la persona che ne è portatrice sovente persegue l'obiettivo di un cambiamento del proprio corpo attraverso interventi medici e chirurgici per adeguare le caratteristiche anatomiche alla propria identità di genere.

Secondo il DSM-V (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), i criteri essenziali per l'individuazione di soggetti con disforia di genere comprendono: una marcata incongruenza tra il genere espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie ed un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali, per aderire al genere opposto, per appartenervi ed essere trattato come appartenente a quest'ultimo, nonché una forte convinzione di provare i sentimenti ed avere le reazioni tipiche del genere opposto. Inoltre, la condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

Tale conflitto genera una situazione di disagio, *"in cui la persona ritiene di essere vittima di un incidente biologico, trovandosi imprigionato senza scampo in un corpo incompatibile con la propria identità di genere soggettiva"*, ossia la difficoltà di riconoscersi nella propria identità di genere e di conseguenza percepire le caratteristiche fenotipiche coerenti con tale identità, di avere una unità e persistenza della propria individualità "maschile o femminile" nel tempo, basata su aspetti genetici, endocrinologici e sociali. Questa condizione si instaura spesso nell'infanzia e richiede un trattamento prolungato, a livello medico, psichiatrico e psicologico.

La trans fobia è l'atteggiamento di avversione, paura o discriminazione nei confronti di persone con disforia di genere; è l'espressione di sentimenti di odio e pregiudizio nei confronti di una realtà sociale diffusa ed ormai nota, ma per molti non considerata accettabile (pur non costituendo effettivamente una minaccia o una fonte giustificata di paura e diffidenza), o come l'espressione del fenomeno del genderismo, ovvero della convinzione assoluta che possano e debbano esistere solo due generi sessuali, inevitabilmente legati all'assetto biologico e genetico degli individui, portando ad una sistematica discriminazione del soggetto con disforia di genere.

Il fenomeno della transfobia rappresenta, al giorno

d'oggi, una problematica vasta ed irrisolta. Le ricerche che sono state eseguite per documentare la reale estensione della violenza subita dai soggetti con disforia di genere sono insufficienti, ma ne indicano in ogni caso una incidenza molto alta, diversamente dagli atti di violenza o dagli omicidi commessi dai soggetti con disforia di genere che rappresentano un fenomeno praticamente inesistente, in quanto risultano essere in numero esiguo.

Le attuali casistiche mostrano che nel 2017, negli Stati Uniti, sono stati 52 gli omicidi totalmente o parzialmente legati all'odio nei confronti di persone lesbiche, gay, transessuali e bisessuali contro i 28 del 2016: un aumento dell'85,7% nell'arco di un solo anno e il picco da quando questo tipo di dati viene raccolto, registrando quindi un omicidio a settimana. Di questi omicidi, le vittime maggiori sono state le donne transessuali (40%).

A livello internazionale, nel periodo compreso tra il 1 ottobre del 2017 e il 30 settembre del 2018, sono stati registrati 369 casi di omicidio, con un incremento di 44 casi rispetto all'anno precedente. A fare da capofila fra i Paesi con il più alto tasso di delitti a sfondo transfobico è il Brasile, che conta 167 episodi. Seguono il Messico (71), gli Usa (28) e la Colombia (21). Fra gli Stati dell'Unione europea è l'Italia a detenere il primato, con 5 casi accertati. Dal 1 gennaio del 2008 al 30 settembre del 2018, sono stati registrati 2982 omicidi di persone con disforia di genere a livello internazionale: 2350 nel Centro e Sud America; 219 nel Nord America; 139 in Europa; 17 in Africa; 249 in Asia; 8 in Oceania. Di questi, il 62% sono sex workers; 1145 sono stati uccisi con arma da fuoco; 577 con arma da taglio; 306 picchiati a morte.

Generalmente, i dati raccolti si basano solo sulle denunce sporte, sulle rassegne stampa internazionali e su quanto le singole associazioni riescono a raccogliere direttamente sul territorio.

È importante segnalare altri importanti dati riscontrati in letteratura riguardo alla frequenza dei reati transfobici: possiamo affermare, stando ai dati raccolti in due studi, rispettivamente del 2010 e 2011, che gli individui con disforia di genere sono più predisposti a subire discriminazione, stigmatizzazione e vittimizzazione rispetto a soggetti omosessuali e bisessuali;



inoltre, i soggetti con disforia di genere appartenenti a minoranze etniche sono più soggetti a queste dinamiche in quanto, in questo caso, nel movente vi è un'associazione fra discriminazione razziale e discriminazione sessuale. Come dimostrato da uno studio americano, più del 40% dei soggetti con disforia di genere è vittima di discriminazioni correlate sia al proprio orientamento sessuale che al contesto razziale e socioeconomico, discriminazioni messe in atto sia in ambito lavorativo che domestico, e spesso anche in ambito sanitario, ossia nei confronti di soggetti che necessitano di terapie ormonali o di assistenza psicologica, ai quali spesso vengo frapposti ostacoli nella possibilità di ottenerle.

La stigmatizzazione sociale è talmente forte da rendere estremamente difficile anche l'inserimento lavorativo di un soggetto con disforia di genere, creando un circolo vizioso che spinge spesso le donne verso la prostituzione, alimentando e confermando erroneamente l'immaginario collettivo che lega il concetto di persone con disforia di genere a quello di prostituzione e, dunque, accrescendo lo stigma stesso.

Il lavoro è uno dei principali elementi che determinano l'integrazione sociale di un individuo: avere un lavoro sicuro e socialmente accettato favorisce l'accettazione sociale e la costruzione della propria identità. In questo senso, vi è una significativa difficoltà per le persone con disforia di genere nel trovare un lavoro e nel reperire le risorse economiche per mantenere un'adeguata qualità della vita. È proprio nel contesto lavorativo che si incontrano le maggiori difficoltà e resistenze all'integrazione, tanto da condurre spesso le persone con disforia di genere a nascondere la loro reale identità di genere. Le ragioni della discriminazione vanno cercate soprattutto nel rifiuto da parte della società nel riconoscere come socialmente accettabili stili di vita non conformi a modelli "standard" rassicuranti.

Le conseguenze della transfobia si ripercuotono su tutti gli aspetti della vita di una persona con disforia di genere. L'abuso, l'ansia ed il disgusto di sé instillato dall'esterno permeano l'esistenza di una persona: alcune relazioni cliniche riportate dal sito ufficiale dell'Associazione Culturale Crisalide AzioneTrans (CAT)



suggeriscono che oltre il 70% dei soggetti con disforia di genere hanno contemplato il suicidio ad un certo punto della loro vita e tra il 17% e il 20% hanno tentato il suicidio almeno una volta. La gioventù con disforia di genere riferisce intensa solitudine durante l'adolescenza e grande difficoltà nel trovare l'accettazione o l'identificazione con i coetanei cisgender, ovvero con le persone che vivono l'incongruenza tra sesso biologico e genere.

È inoltre frequente, sebbene con un decremento negativo negli ultimi anni, che nascano conflitti, in primis, nella famiglia d'origine che spesso ostacolano il percorso di transizione, vivendolo o interpretandolo come un capriccio momentaneo o un vizio che potrebbe intaccare l'immagine o l'equilibrio della famiglia stessa.

Secondo quanto affermano AllisonCope e Julie Darke nell'articolo "Transfobia e discriminazione", possiamo riconoscere due tipi di atteggiamento discriminatorio nei confronti delle persone con disforia di genere: discriminazione sistematica e discriminazione personale. La prima si concretizza in norme o prassi amministrative che discriminano la popolazione con disforia di genere e viene acuita, per esempio, dalla mancanza di protezione specifica nelle dichiarazioni dei diritti umani e nelle politiche discriminatorie, o nei contesti sociali che prevedono sedi e trattamenti differenti in base al sesso (ospedali, carceri, ecc.). La seconda, invece, si riferisce ad atteggiamenti o comportamenti discriminatori nei rapporti individuali "uno ad uno": a partire da semplici dimostrazioni di disagio o diffidenza in presenza di una persona con disforia di genere, fino ad aggressioni e veri e propri atti di violenza.

Un fattore che merita ulteriore attenzione è quello della "transfobia interiorizzata", termine riferito al senso di disvalore di sé del quale le stesse persone con disforia di genere sono portatrici. L'interiorizzazione della transfobia deriverebbe dalla stigmatizzazione promossa dalla cultura dominante con ripercussioni sull'autostima e sull'elaborazione della propria identità sessuale, portando molti soggetti a ritenere legittima la penalizzazione derivante dagli atteggiamenti discriminatori nei loro confronti, causando inoltre un fortissimo stress psicologico. Ogni individuo con disforia di genere è consapevole di essere un potenziale

bersaglio di violenza, finendo a volte per convivere con questa consapevolezza, accettandola.

È assolutamente necessario approfondire la tematica della discriminazione transfobica e dei suoi effetti sulla popolazione con disforia di genere. Studi scientifici più approfonditi e più precisi sono tra l'altro necessari anche sulla base della necessità di riformulare le norme legislative che tutelano i soggetti con disforia di genere, considerate carenti sotto moltissimi punti di vista.

MATERIALI E METODI

La ricerca è basata su uno studio di tipo casistico ed è stata effettuata su un campione di pazienti afferenti al Day Hospital dei soggetti con disforia di genere di un'importante struttura ospedaliera-universitaria del sud del nostro paese, a seguito di delibera del Comitato Etico 983/CE. I soggetti sono stati reclutati nel periodo compreso tra Aprile e Luglio del 2013. A tutti è stato chiesto il consenso informato alla partecipazione per il rilevamento di dati personali socio-demografici, sanitari e criminologici, relativi a violenza agita o subita. Non sono stati utilizzati specifici criteri di selezione dei pazienti in base a dati anagrafici, medici o sociologici.

Il campione reclutato è costituito da 34 soggetti con disforia di genere: 27 soggetti MtF (male to female), ossia soggetti biologicamente maschi che adeguano il proprio corpo e la propria identità sociale ad un'immagine femminile, e 7 soggetti FtM (female to male), ossia soggetti biologicamente femmine che adeguano il proprio corpo e la propria identità sociale ad un'immagine maschile, di età compresa tra i 19 e i 64 anni, tutti di nazionalità italiana. Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono costituiti da due interviste, elaborate *ad hoc* per questo studio, somministrate da un operatore del servizio. La prima intervista indaga i reati subiti, con particolare attenzione nei confronti dei reati di tipo violento/discriminatorio; la seconda intervista, invece, verte su eventuali reati commessi dal soggetto intervistato. Entrambe le interviste sono scomponibili in tre diverse parti: la prima raccoglie i dati anagrafici costituendo una breve anamnesi personale e familiare; la seconda indaga i dati relativi alla salute, fornendo informazioni relative allo stato di



salute attuale, all'anamnesi patologica remota del paziente e alle eventuali terapie in corso; la terza è invece quella più specifica e differisce nelle due interviste: nella prima intervista vengono raccolte informazioni relative ai reati subiti (luoghi della violenza, frequenza del fenomeno, dinamica del fenomeno, storia della relazione con l'autore della violenza, eventuali denunce effettuate ed esito delle stesse); nella seconda intervista vengono raccolte informazioni su eventuali episodi di violenza agita da parte dell'intervistato, indagando anche in questo caso la frequenza del fenomeno e le sue dinamiche. Nell'ultima parte dell'intervista si raccolgono, infine, i dati relativi all'operatore e al livello di difficoltà relazionale durante il colloquio. Le domande prevedono possibilità di risposta binaria (Sì/No), multipla o aperta.

RISULTATI

Da un'analisi più approfondita del campione emerge che l'età media è di 41,5 anni. È possibile distinguere quattro diverse fasce d'età: la fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 25 e i 35 anni (41%), seguita da quella compresa tra i 18 e i 25 anni (35%), da quella compresa tra i 35 e i 45 anni (18%) ed infine quella caratterizzata da un'età maggiore di 45 anni (6%).

Per quanto riguarda la religione, la grande maggioranza dei pazienti ha riferito di professare la religione cattolica (76%), mentre la restante percentuale è costituita da buddhisti (6%) e atei/agnostici (18%).

Il titolo di studio raggiunto è nel 53% dei casi rappresentato dal diploma di scuola secondaria di II° grado, mentre in minore percentuale (26%) il diploma di scuola secondaria di I° grado, e nel 3% dei casi non è superiore a quello della scuola primaria. Il 18% dei pazienti invece ha completato la carriera universitaria. Gli anni di scolarizzazione risultano essere in media 12,9.

Il 94% dei pazienti ha riferito di avere un'occupazione e più della metà dei pazienti (56%) ha cambiato lavoro nella propria vita due o più volte. Il settore lavorativo più frequentemente rappresentato, secondo i dati riferibili al campione, è quello terziario, in cui risulta occupato il 59% dei pazienti. Sono meno rappresentati i settori agricolo (6%) e artigianale (6%), quello

industriale (3%) ed infine il 18% dei pazienti ha riferito di aver lavorato in diversi settori nel corso della propria vita (principalmente nel settore agricolo e terziario). Un dato che riveste particolare importanza al fine del nostro studio è quello riguardante i precedenti penali: il 9% dei pazienti ha riferito di averne, mentre il 91% ha risposto negativamente.

Inoltre, la grande maggioranza dei pazienti ha riferito di convivere ancora con la propria famiglia; solo il 9% dei pazienti ha riferito di vivere solo e il 12% di vivere con il/la proprio/a compagno/a o altri. Nel 18% dei casi è stata rilevata la presenza di genitori separati o divorziati, mentre la rete amicale e sociale è risultata scarsa e caratterizzata da pochi amici nel 56% dei casi, mentre nel 44% dei casi i pazienti hanno riferito di avere molti amici.

I dati più rilevanti riguardanti la salute dei pazienti sono sicuramente la bassa frequenza di terapie psichiatriche in corso (solo nel 6% dei casi, a fronte del 94% dei casi in cui non si è rilevata alcuna terapia) e l'alta frequenza di terapie continuative in corso (71%), essendo pazienti per lo più già da tempo sottoposti a terapia ormonale. Solo il 6% del campione ha riferito di fare uso sporadico di sostanze stupefacenti (specificando di aver fatto uso esclusivamente di marijuana o cocaina). Il primo dato emerso che appare estremamente rilevante per la nostra analisi è che il 65% dei soggetti intervistati ha riferito di aver subito un reato, mentre solo il 9% ha riferito di aver commesso un reato. Dei 34 soggetti intervistati solo tre hanno risposto al questionario relativo ai reati effettuati (pertanto, la maggior parte dei questionari sugli "Autori di violenza" è dunque risultata nulla), riferendo di essere stati oggetto rispettivamente: il primo di una denuncia per rissa, il secondo per falsificazione ed il terzo per spaccio di sostanze stupefacenti.

Per quanto concerne, invece, il questionario relativo ai reati subiti, i risultati si mostrano sicuramente più vari ed eterogenei. Si è teso ad approfondire le dinamiche del reato subito, individuando la frequenza e la tipologia.

Analizzando i dati, si evince che: la violenza (fisica e/o verbale) perpetrata esclusivamente da sconosciuti appare leggermente più frequente (27%) rispetto a quella perpetrata da familiari/parenti o

contemporaneamente da familiari/parenti/conoscenti/amici (23%) o ancora da familiari/parenti/conoscenti/amici/sconosciuti (23%). È risultata quindi complessivamente più frequente l'associazione fra diversi autori della violenza.

Similmente, abbiamo rilevato una percentuale complessivamente elevata di pazienti che hanno riferito di aver subito o di subire tale fenomeno in più luoghi, sia pubblici che privati, piuttosto che in un luogo singolo (ad esempio, a scuola o a lavoro). Solo il 9% ha riferito di aver subito violenza (fisica o verbale)



esclusivamente a scuola, il 4% esclusivamente in un luogo privato, nessun paziente esclusivamente a lavoro. Percentuali maggiori del campione hanno riferito di aver subito violenza in un luogo pubblico (28%) o nella propria abitazione (23%). Il 36% dei pazienti ha, invece, complessivamente riferito di aver subito violenza in un'associazione variabile fra un luogo pubblico e abitazione/lavoro/scuola, oppure in tutti i luoghi citati.

È altrettanto interessante notare come il tipo di violenza più frequente risulti essere quella psicologica (59%), mentre nel restante 41% dei casi è stata descritta un'associazione fra violenza fisica e psicologica. Nessun paziente ha riferito di aver subito

unicamente violenza fisica: nella totalità dei casi era associata a violenza di tipo psicologico.

La frequenza del fenomeno appare come uno dei dati più rilevanti emersi: solo il 9% dei pazienti ha riferito di essere stato vittima di violenza una sola volta, mentre nel 91% dei casi il fenomeno si è ripetuto più volte nel tempo.

Nel nostro questionario abbiamo inoltre indagato alcuni aspetti soggettivi riferibili alle dinamiche dei reati subiti, attraverso alcune domande a risposta aperta, al fine di raccogliere il maggior quantitativo possibi-

le di dettagli a riguardo.

Abbiamo, ad esempio, chiesto ai soggetti che hanno riferito di aver subito un reato/una violenza, se ne abbiano subite anche in passato e di che tipo di violenza si tratta. Solo tre soggetti hanno risposto affermativamente, riferendo di averla subita per lo più in infanzia (13%): due soggetti hanno riferito di aver subito maltrattamenti e offese, mentre il terzo soggetto ha riferito di aver subito violenza fisica da parte del padre.

Un altro importante

aspetto indagato riguarda i problemi causati dalla violenza subita e i comportamenti reattivi alla stessa, ovvero l'atteggiamento messo in atto dal soggetto in risposta all'esperienza vissuta. Per quanto riguarda i problemi causati, questi sono stati riferiti dal 50% dei pazienti intervistati che hanno riportato di aver subito gli abusi. Nel nostro campione, uno dei soggetti ha riferito di aver sofferto in passato di disturbi depressivi (4,5%), un soggetto ha riferito di soffrire di disturbi d'ansia (4,5%), tre soggetti hanno invece riferito di soffrire di gravi difficoltà nell'approccio sociale o di avere atteggiamenti diffidenti nei confronti degli sconosciuti (13%), mentre un soggetto ha riferito di soffrire da qualche anno di fobia sociale (4,5%); la restante parte



ha definito le conseguenze dei fenomeni discriminatori come una "continua sofferenza psicologica" per il senso di inadeguatezza che ne deriva e per l'isolamento sociale. Non sono stati riferiti invece problemi di tipo penale.

I comportamenti messi in atto in risposta alla violenza sono risultati molto vari, dipendendo strettamente sia dal tipo di relazione con l'abusante sia dal tipo di violenza subita: due dei soggetti intervistati si sono definiti "propensi al dialogo per risolvere le tensioni in famiglia", essendo entrambi casi di violenza verbale o fisica in ambito domestico. La disponibilità a mantenere, in generale, una relazione con l'abusante, è stata descritta solo nel 23% dei casi: il restante 77% dei pazienti ha riferito di non essere assolutamente interessato/disposto a mantenerla. Tale dato è riferito, ovviamente, alle situazioni in cui l'abusante era/è rappresentato da un familiare, da un/a compagno/a o da un amico/a con cui vi era/è appunto una relazione. Otto soggetti (36%) hanno riportato di aver assunto un comportamento di evitamento dei luoghi o delle situazioni in cui era più frequente subire attacchi verbali o fisici. Tali pazienti hanno riferito di associare spesso alla condotta di evitamento un atteggiamento di diffidenza o di isolamento sociale. Nove soggetti (41%) hanno riferito di aver sviluppato nel tempo un atteggiamento totalmente indifferente nei confronti degli autori degli attacchi verbali di tipo transfobico, mentre quattro soggetti (18%) hanno riferito di aver reagito o di reagire rispondendo verbalmente o fisicamente alle aggressioni. È sicuramente interessante notare la netta prevalenza dei casi di violenza psicologica raccolti come dato nel questionario. Se da un lato il dato sembra far emergere una maggiore frequenza dei fenomeni di violenza psicologica e verbale nei confronti dei soggetti affetti da disforia di genere, non bisogna escludere la possibilità di una maggiore sensibilità dei soggetti al giudizio altrui attraverso quello che viene definito "fenomeno di autostigmatizzazione". È importante, in ogni caso, considerare che gli insulti e le offese, soprattutto se continue, alimentano sicuramente lo stigma percepito e lo rinforzano; nel nostro campione tutti i soggetti intervistati hanno ricondotto le offese verbali subite alla propria condizione di soggetto con disforia di genere.

Un altro importante dato emerso è quello riguardante la frequenza con cui i soggetti intervistati che sono risultati vittime di reato hanno denunciato l'accaduto: solo cinque soggetti hanno esposto denuncia (22%) e delle cinque denunce effettuate solo una è esitata in arresto, mentre una di esse è stata successivamente ritirata.

È ipotizzabile che la scarsa tendenza dei soggetti con disforia di genere ad esporre denuncia in caso di reato, sia dovuto ad un atteggiamento diffidente nei confronti delle Forze dell'ordine e delle Istituzioni, probabilmente causato ad una generale percezione di scarsa tutela da parte delle stesse, elemento emerso più volte anche durante i colloqui effettuati. Spesso, inoltre, accade che l'atteggiamento diffidente si estenda anche agli stessi Servizi Sociosanitari o di supporto.

Dal punto di vista vittimologico è di importanza centrale valutare se esiste una relazione tra vittima e abusante. Nel nostro campione, tale relazione è risultata presente nel 59% dei casi. Quando presente, è stata indagata in modo approfondito: dieci soggetti (45%) hanno riferito di non conoscere assolutamente o di conoscere molto superficialmente gli autori della violenza subita; due soggetti (9%) hanno riferito di avere un buon rapporto in genere con l'abusante (trattandosi per lo più di casi sporadici di attacchi verbali da parte di genitori o parenti, in caso di litigi o discussioni in seguito chiarite); quattro soggetti (18%) hanno riferito di aver subito o di subire ancora abitualmente violenze da parte del padre; un soggetto (4,5%) ha riferito di aver subito violenze da parte del fratello; due soggetti (9%) hanno riferito, invece, di aver subito fenomeni discriminatori di tipo transfobico in ambito lavorativo da parte dei propri colleghi; un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato vittima di stalking da parte del proprio ex compagno; un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato vittima di una violenza sessuale in ambito lavorativo e, infine, un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato, per anni, oggetto di bullismo da parte dei propri compagni di scuola. Due dei soggetti intervistati hanno, inoltre, specificato che gli episodi discriminatori o le discussioni in ambito familiare sono terminate nel momento in cui è stato effettuato l'intervento di riassegnazione del sesso.

L'ultima parte dell'intervista è dedicata ad una valutazione qualitativa del colloquio da parte dell'operatore, in termini di facilità nella comunicazione o di eventuali problemi riscontrati durante lo stesso: il 100% dei pazienti si è mostrato collaborativo e non sono state riscontrate difficoltà di alcun genere, in nessun colloquio.

DISCUSSIONE

Attraverso gli strumenti costruiti *ad hoc* ed adoperati abbiamo indagato sia le dinamiche dei reati e dei fenomeni di violenza agiti, sia quelle dei fenomeni di violenza e/o di discriminazione subiti. È importante sottolineare che la somministrazione del questionario relativo alla violenza agita è stata effettuata anche per valutare la possibilità che il continuo essere oggetto di vessazioni possa in qualche modo favorire la tendenza a diventare autori di reato. Quanto emerso concorda complessivamente con i dati generali riscontrati in letteratura nell'evidenziare che i soggetti con disforia di genere sono largamente predisposti a subire reati, mentre sono infrequenti i casi in cui commettono reati^{29,3}. Tuttavia va anche considerato che la somministrazione dell'intervista è stata condotta su persone che prese in carico presso un servizio che li supporta in tutte le fasi del cambiamento, tra cui anche il rilascio di una certificazione medico-legale necessaria all'avvio dell'iter giuridico che li condurrà alla riassegnazione chirurgica del sesso e/o esclusivamente a quella anagrafica. Trattandosi di uno studio casistico ed avendo a disposizione un campione relativamente piccolo, abbiamo la possibilità solo di ipotizzare una maggiore predisposizione dei soggetti intervistati a subire reati di violenza, piuttosto che a commetterli. Ciò alla luce del fatto che, sebbene da quanto rilevato in letteratura si possa facilmente dedurre la gravità e la larghissima diffusione del fenomeno transfobico, ci sono molteplici fattori che possono influenzare la reticenza dei pazienti intervistati nell'ammettere di aver commesso, in prima persona, un reato (ad esempio: sentimenti di vergogna, riservatezza, paura di un giudizio negativo, timore che quanto rivelato possa in qualche modo influenzare l'iter di transizione o rallentarlo, ecc.). In questo senso, possiamo affermare che uno dei limiti di questo studio, oltre alla sua natura

casistica, dipende dal fatto che i questionari non sono somministrabili in forma anonima, dal momento che per compilarli è previsto il colloquio con un operatore. Per indagare, con più precisione, la reale frequenza dei reati commessi, sarebbe opportuno somministrare il relativo questionario in forma anonima, o estendere la somministrazione ad un campione più vasto non necessariamente afferente ad un centro specializzato alla presa in carico della disforia di genere.

I dati di questo lavoro appaiono interessanti nella misura in cui apportano nuovi elementi di conoscenza sulla vittimizzazione dei pazienti con disforia di genere, di per sé scarsamente presenti in letteratura, e permettono di confermare come il fenomeno della vittimizzazione di questi soggetti sia considerevole e vada adeguatamente studiato. Possiamo affermare, inoltre, che i risultati dello studio si discostano dalle aspettative del nostro sistema culturale e dell'immaginario comune, considerando che, molto spesso, i pazienti affetti da disturbi psichiatrici vengono considerati soggetti "socialmente pericolosi", anche a causa dello stigma che li contraddistingue.

Se consideriamo nello specifico la condizione dei soggetti con disforia di genere, di per sé molto complessa e oggetto di marcata discriminazione, il reato che più frequentemente viene attribuito a questi individui è sicuramente la prostituzione, che nel nostro studio non è emerso come dato in nessuna intervista, nonostante l'associazione culturale transessualità-prostituzione sia presente e radicata in tutte le società moderne occidentali, e le difficoltà e le forti resistenze che il movimento transessuale incontra nell'affermare il diritto al lavoro evidenziano, di fatto, la forte pressione culturale a identificare la prostituzione come unica occupazione possibile. A tal proposito, è interessante notare come nessuno dei soggetti intervistati ha riferito di lavorare nel settore pubblico (a causa della difficoltà a vincere il pregiudizio e le resistenze incontrate nella società), mentre lavori molto rappresentati all'interno del campione sono quelli del settore terziario/agricolo che non richiedono uno stretto contatto visivo con il pubblico (call center, bracciante agricolo, manovalanza edile, consulenza informatica, pulizie domestiche, ecc.). Secondo quanto riportato in letteratura, proprio il lavoro,



che funziona da motore di integrazione sociale (avere un lavoro sicuro e socialmente accettato, equamente remunerato e soddisfacente, favorisce l'integrazione sociale e la costruzione della propria identità) è attualmente uno degli aspetti più complessi e più ostacolati per la realtà transessuale: l'esperienza transessuale risulta essere un fattore estremamente limitante rispetto al diritto di accesso al lavoro, ed è proprio nei contesti lavorativi che si riconosce la maggiore vulnerabilità alle discriminazioni.

Nell'immaginario collettivo, inoltre, alla condizione transessuale viene spesso associata una condotta sociale particolarmente spregiudicata e a volte aggressiva, emersa anch'essa molto raramente come dato nelle nostre interviste. Appare, invece, più consistente l'analisi dei dati riferiti alla vittimizzazione, complessivamente più numerosi e significativi. È necessario segnalare, inoltre, una possibile reticenza sull'argomento da parte dei soggetti intervistati dovuta principalmente alla tendenza culturale dei soggetti a tacere nel momento in cui sono stati vittime di un reato, soprattutto di tipo sessuale. Per quanto riguarda la generale scarsa tendenza dei pazienti intervistati a denunciare gli abusi subiti, anche questo è un dato che concorda ampiamente con quelli presenti in letteratura. Dalle interviste è emersa, di fatto, una generale diffidenza nei confronti delle istituzioni o la paura che denunciare il reato subito o avviare un qualsiasi procedimento potesse ostacolare o rallentare l'iter di transizione. È emersa più volte, inoltre, una percezione di scarsa tutela da parte delle stesse o di vero e proprio timore dell'atteggiamento che gli stessi poliziotti potrebbero assumere nei loro confronti. Inoltre, la maggior parte dei fenomeni di violenza subita avviene durante le fasi di cambiamento fenotipico e, pertanto, la difficoltà di mostrare un documento di identità coerente con la propria percezione di sé induce le persone trans ad evitare di presentarsi alle forze di polizia, onde subire ulteriori discriminazioni.

Secondo Amnesty International, di fatto, le forze di polizia sembrano essere la categoria che si macchia maggiormente di crimini nei confronti delle minoranze sessuali, soprattutto con violenze fisiche e stupri. Un altro dato emerso, di particolare rilevanza, è riferibile ai perpetratori delle violenze o dei reati in

generale: quelli di tipo verbale sono perpetrati principalmente da conoscenti o sconosciuti, mentre nel caso delle violenze fisiche, possono essere spesso identificati come soggetti "vicini" alla vittima dal punto di vista affettivo. L'unico caso riportato di violenza sessuale è invece stata effettuata in ambito lavorativo. Inoltre, dalle risposte raccolte attraverso i questionari, si può evincere, in numerosi punti, una generale tendenza all'isolamento sociale, raramente dovuto ad una mera scelta personale: la maggior parte dei pazienti ha riferito di evitare luoghi affollati o locali particolarmente frequentati per via dei fenomeni transfobici e degli insulti che sono spesso costretti a subire. È stata rilevata, in effetti, sia una rete amicale scarsa nella gran parte dei soggetti, sia una generale tendenza, all'interno del campione, a vivere ancora con i propri genitori, nonostante una (assoluta o relativa) indipendenza economica. Spesso la tendenza all'isolamento è stata riferita come l'unica reazione possibile alle continue offese, agli insulti o ai maltrattamenti fisici subiti, diventando pian piano un atteggiamento talmente ricorrente da divenire un'abitudine. Mentre la violenza fisica è stata riferita per lo più all'interno dell'ambiente domestico (quattro dei soggetti intervistati hanno riferito di aver subito violenza fisica da parte del padre, uno dal proprio fratello, uno dal proprio compagno/ex compagno), quella verbale e psicologica si è mostrata molto eterogenea per quanto riguarda sia le forme sia i suoi perpetratori. Quest'ultima si è, inoltre, rivelata come la forma di violenza in assoluto più frequente. Una percentuale significativa ha, inoltre, riferito che tali atteggiamenti discriminanti sono, o erano legati, al proprio ambiente familiare, per lo più riconducibili ad una scarsa o assente accettazione del percorso di transizione o della condizione transessuale da parte dei familiari stessi, configurando episodi di quella che viene attualmente definita violenza domestica o intrafamiliare.

Maltrattamenti precoci in ambito familiare possono, inoltre, essere una causa importante di ulteriori esposizioni a fenomeni di violenza o dello sviluppo più rapido di predisposizione alla vittimizzazione, poiché influenzano profondamente le modalità adattative e reattive del soggetto al trauma, lo sviluppo neurobiologico, la regolazione degli stati affettivi interni



o ancora le funzioni cognitive o l'immagine del sé. Il maltrattamento, come patologia delle relazioni di cura, è infatti fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resistenza individuali, familiari e sociali, che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza: deficit nel controllo degli impulsi, atteggiamenti conflittuali, distorsione della capacità empatica, isolamento sociale ecc., che ne derivano, sono a propria volta fattori di rischio.

CONCLUSIONI

È sicuramente importante notare come i risultati del nostro studio si sovrappongano ai risultati di diversi studi condotti negli ultimi venti anni, riguardanti la discriminazione di genere e le violenze sui soggetti con disforia di genere, sia americani che italiani, dei quali molti hanno studiato anche le conseguenze della violenza sulla salute mentale delle vittime (un aspetto che potrebbe essere preso in considerazione per studi futuri): è stato rilevato, infatti, da diversi autori che i

fenomeni di vittimizzazione portano spesso a disturbi mentali come la depressione, o l'abuso di sostanze stupefacenti, o anche a tentativi ripetuti di suicidio. In particolare, le conseguenze psicofisiche dei fenomeni transfobici sono rappresentate dalla depressione maggiore. Nel nostro studio, sono emersi diversi problemi causati dalla violenza subita: disturbi depressivi, disturbi di panico, fobia sociale, tendenza all'isolamento.

Analizzando i dati riportati nei suddetti studi e confrontandoli con quelli della nostra ricerca, si può evincere un filo conduttore fra i diversi risultati: un'alta percentuale di soggetti riferisce di aver subito violenze (più del 50% in tutti i casi); la maggior parte delle violenze in questione è in tutti i casi di tipo verbale (maltrattamenti/abusi verbali/offese), ma sono rilevanti anche altre forme di violenza psicologica (stalking o isolamento sociale); è riscontrabile un'alta diffidenza nei confronti delle istituzioni e percezione di scarsa tutela; i maltrattamenti sono perpetrati quasi sempre da più persone e più di una volta; sono frequenti disagi



psicologici dopo le violenze o veri e propri disturbi psichiatrici, ecc.

Dai risultati è emerso, inoltre, che la maggior parte degli atti di violenza potevano in qualche modo essere ricondotti alla tendenza, sempre più frequente da parte della società, a “punire” coloro che si discostano dalle aspettative di genere più diffuse, a causa della loro “trasgressione delle regole”, fenomeno noto come minority stress, ovvero le discriminazione a cui sono sottoposte le minoranze. Inoltre, gli episodi rilevati non sono mai stati diffusi dai notiziari, nonostante la loro frequente gravità. Da ciò si può dedurre come si possa considerare la transfobia un fenomeno oggettivabile, allarmante e probabilmente sottovalutato. Una revisione della letteratura mostra chiaramente che le problematiche riguardanti l'impatto che il minority stress ha sulla psiche delle persone con disforia di genere derivanti da fenomeni transfobici sono spesso ignorati dai ricercatori o tenuti in scarsa considerazione. Alla luce di ciò, possiamo concludere che sono necessari studi scientifici più approfonditi e più precisi, anche sulla base dell'urgente necessità di riformulare le norme legislative che tutelano i soggetti con disforia di genere, da essi considerate carenti sotto moltissimi punti di vista.

BIBLIOGRAFIA

- Manuale Merck (ed. it.). Disturbi psichiatrici. Milano: Raffaello cortina editore; 2007.
- Simonelli C. Identità di Genere. 2005 Jan 1 www.psicolinea.it/identita-di-genere/
- Lauerma H, Voutilainen J, Tuominen T. Matricide and two sexual femicides by a male strangler with a transgender sadomasochistic identity. *Journal of Forensic Sciences* 2010; 55: 549-550. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01280.x
- Che cosa è il transessualismo. Definizione, cause, storia. Di Reitz JD. www.crisalide-azionetrans.it/cosatransessualismo.html.
- Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders* 1999; 13: 268-280. doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.268
- Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 357-367. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0145-2134\(00\)00251-9](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0145-2134(00)00251-9)
- McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 369-371. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.369
- Jumper SA. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19: 715-728. x. doi.org/10.1016/0145-2134(95)00029-8
- Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology* 2001; 135: 17-36. doi.org/10.1080/00223980109603677.
- Herek GM. Beyond “homophobia”: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy* 2004; 1:6-21. Dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2015.10.066
- Herek GM. Beyond “homophobia”: a social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality* 1984 Fall; 10(1-2): 1-21. doi.org/10.1300/J082v10n01_01
- Lingiardi V, Falanga S, D'Augelli AR. The evaluation of homophobia in an Italian sample. *Archives of Sexual Behavior* 2005 Feb; 34(1): 81-93. doi: 10.1007/s10508-005-1002-z
- Weinstein N, Ryan WS, Dehaan CR, Przybylski AK, Legate N, Ryan RM. Parental autonomy support and discrepancies between implicit and explicit sexual identities: dynamics of self-acceptance and defense. *Journal of Personality and Social Psychology* 2012 Apr; 102(4): 815-32. doi: 10.1037/a0026854. Epub 2012 Jan 30.
- Poulin C, Gouliquer L, Moore J. Discharged for homosexuality from the Canadian military: health implications for lesbians. *Feminism & Psychology* 2009; 19(4). doi.org/10.1177/0959353509342772
- Pini A. Omocidi. Gli omosessuali uccisi in Italia. Roma: Nuovi Equilibri Editore; 2002.
- Hebl MR, Foster JB, Mannix LM, Dovidio JF. Formal and interpersonal discrimination: a field study

- of bias toward homosexual applicants. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2002;28(6).<http://dx.doi.org/10.1177/0146167202289010>
- A crisis of hate a report on lesbian, gay, bisexual, transgender and Queer Hate Violence Homicides IN 2017. A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs. [Internet]. 2018. <http://avp.org/wp-content/uploads/2018/01/a-crisis-of-hate-january-release-12218.pdf>
 - Trans Day of Remembrance (TDoR) 2018 Press Release. 369 reported murders of trans and gender-diverse people in the last year. [Internet]. 2018 Nov 12. <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-of-remembrance-2018/>
 - Tvt Trans Murder Monitoring. [Internet]. 2018. https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/11/Tvt_TMM_TDoR2018_Infographics_EN.png
 - Barrientos J, Silva J, Catalan S, Gomez F, Longueira J. Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality* 2010;57(6):760-775. doi:10.1080/00918369.2010.485880.
 - Balsam KF, Molina Y, Beadnell B, Simoni J, Waters K. Measuring multiple minority stress: the LGBT people of color microaggression scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 2011; 17(2): 163-174. doi.org/10.5334/snr.83
 - Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia transgender health initiative study. *American Journal of Public Health* 2012; Nov 15. doi: 10.2105/AJPH.2012.300796
 - Affatati V, Grattagliano I, Todarello O, Catanesi R. Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo di identità di genere e nella valutazione dell'idoneità alla surgical sex-reassignment. *Rivista di Psichiatria* 2012; 47(4): 337-344. doi: 10.1708/1139.12562
 - Grattagliano I, Marrone RL, Guaragnella V, Marro-ne M, Corsaro C, Ostuni A, Catanesi R. Genitorialità non tradizionali. Essere Padri e madri affrontando la rettifica del sesso. *Rassegna Italiana di Criminologia* 2018; 2: 161-169.
 - Cope A, Darke J. Transfobia e discriminazione. Trad.: Mirella Izzo, rev. trad.: Tolu D, Manetti M. Crisalide AzioneTrans Genova. www.crisalide-azionetrans.it/transfobia.html
 - Romano M. Diurna. La transessualità come oggetto di discriminazione. Milano: Costa & Nolan; 2008.
 - Sánchez FJ, Vilain E. Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals. *Journal of Counseling Psychology* 2009; Jan 1; 56(1): 202-209.
 - Otis MD, Skinner WF. The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality* 1996; 30: 93-121. doi.org/10.1300/J082v30n03_05
 - Bazargan M, Galvan F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health* 2012; Aug 15; 12: 663. doi.org/10.1186/1471-2458-12-663
 - Casiccia A, Saraceno C. Omosessuali e transessuali a Torino. Esperienze, modi di vita, percezione sociale. Torino: Città di Torino; 2002.
 - Di Folco M, Marcasciano P. Transessualismo: dall'esclusione totale ad una inclusione parziale. Bologna: Ageform; 2001.
 - Dworkin SH. LGBT identity, violence, and social justice: the psychological is political. *International Journal for the Advancement of Counselling* 2003; 25(4): 269-279. doi.org/10.1023/B:ADCO.0000005526.87218.9f
 - Ricciutello C, Cheli M, Montenegro M, Campieri M, Fini A, Pincanelli F. Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria* 2012; 47: 413-423. doi: 10.1708/1175.13032
 - Benjamin H. Il fenomeno transessuale. Roma: Astrolabio; 1968.
 - Lombardi EL, Wilchins RA, PriesingD, Malouf D. Gender violence. *Journal of Homosexuality* 2002;42(1):89-101. doi.org/10.1300/J082v42n01_05
 - Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, Schmidt NB. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders* 2005;87:35-42. doi:10.1016/j.jad.2005.02.020



VALUTAZIONE DELLA GENITORIALITÀ E PSICOPATOLOGIA STUDIO CASISTICO SU STRUTTURE CONSULTORIALI DELLA REGIONE PUGLIA

**Valentina Stallone,
Anna Convertini,
Francesco Gesualdo,
Ignazio Grattagliano**

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

**Francesco Paolo Bianchi,
Silvio Tafuri**

Dipartimento di Scienze Biomediche ed
Oncologia Umana

INTRODUZIONE

La salute mentale, nell'età adulta, si connota come uno stato caratterizzato da buone capacità produttive, relazioni interpersonali soddisfacenti, abilità di affrontare i cambiamenti e i momenti di crisi. Una buona salute mentale permette l'esercizio delle abilità intellettive e comunicative, il controllo delle emozioni, il mantenimento o il recupero dell'autostima, aspetti fondamentali per l'assunzione di ruoli socialmente riconosciuti e soddisfacenti. Come evidenzia Carrozza (2010) la definizione di salute mentale è soggetta a molte interpretazioni, poiché il concetto di benessere si fonda su specifici valori che differiscono nelle diverse culture. La malattia mentale si riferisce a tutti i disordini mentali diagnosticabili: è caratterizzata da alterazioni del pensiero, della cognizione, dell'umore o del comportamento associati ad angoscia o a deficit di funzionamento. I disturbi del pensiero, dell'umore o del comportamento causano nel soggetto che ne soffre angoscia, condotte disfunzionali, aumentano il rischio suicidario oltre al normale stato di dolore. Rientrano, invece, tra i problemi di salute mentale sintomi di intensità o durata ridotte che, se non curati,

possono comunque esporre al rischio di depressione, suicidio, patologie fisiche (Carrozza, 2010). La genitorialità, compito complesso ed impegnativo, può rappresentare una sfida in più quando i genitori hanno una grave malattia mentale (van derEnde, Venderink & van Busschbach, 2010). La gravità della diagnosi non è l'unico fattore di rischio capace di compromettere la genitorialità ma su quest'ultima può incidere maggiormente il comportamento del genitore nel quotidiano: personalità non psicotiche, ma gravemente nevrotiche, possono innestare rapporti interpersonali ed affettivi gravemente disturbanti e generare nei minori effetti più gravi rispetto a quelli legati a psicosi conclamate dei genitori. I pazienti, a parità di diagnosi, si differenziano tra di loro per le caratteristiche dei sintomi, per i livelli di funzionamento e per l'esito ed il decorso della malattia. Si sottolinea, inoltre, come le funzioni genitoriali non sono influenzate solo dalle caratteristiche del singolo genitore, ma dipendono - tra le molteplici e complesse variabili che entrano in gioco - anche dalla relazione fra i coniugi, dalla possibilità di ricevere supporto sociale, dall'età del bambino, dal modo in cui vive la malattia dei

genitori e quali strategie utilizza per farvi fronte, l'adattamento ed il funzionamento familiare (Procaccia, 2005).

L'affetto familiare è influenzato dalla natura e dalle conseguenze della specifica malattia mentale dei genitori. L'iposensibilità alla concentrazione, la mancanza di motivazione, gli effetti collaterali dei farmaci e l'impulsività possono influenzare la capacità di un genitore di partecipare attivamente alla vita del bambino; possono infatti presentarsi problemi con la gestione finanziaria, il mantenimento della sistemazione, l'isolamento sociale, il mantenimento dell'occupazione.

La psicopatologia genitoriale può essere un fattore di rischio nella gestione di eventi di vita stressanti (Perren, von Wyl, Bürgin, Simoni & von Klitzing, 2005). La psicopatologia, di uno o di entrambi i partner, può infatti essere considerata un fattore di vulnerabilità che incide sulla capacità della coppia di gestire le esperienze stressanti e può interferire con le funzioni di caregiving (Terrone, Musetti, Di Folco & Pergola, 2017; McKinney & Milone, 2012). La presenza di una psicopatologia del genitore, però, non mina necessariamente la funzione genitoriale, non trattandosi di una correlazione di tipo deterministico-causale ma può accadere, in taluni casi, che la presenza di una psicopatologia sia correlata ad un'inadeguatezza della funzione genitoriale (Taurino, 2016). La gestione di una malattia mentale può rendere difficile per il genitore soddisfare le esigenze dei figli e può interrompere i comportamenti genitoriali e la relazione genitore-figlio in una varietà di modi. Ad esempio, alcuni genitori potrebbero diventare disattenti, ostili e aggressivi o controllanti. In risposta alla ridotta capacità di alcuni genitori, i bambini possono assumere responsabilità, come la cura dei fratelli minori o dei genitori stessi. Queste dinamiche, così come i fattori genetici e altri fattori ambientali, possono portare i bambini a sviluppare problemi di abuso di sostanze, disturbi comportamentali o malattie mentali (Leverson, 2003). La psicopatologia materna, in particolare, e i possibili

contrastì coniugale sono state spesso associate a problemi di sviluppo socio-emozionale o di disturbi psichiatrici nei bambini (Fincham, 1998; Kelly, 2000; Laucht, Esser, & Schmidt, 1994; Oysersmann, Mowbray, Meares, & Firminger, 2000; Rutter & Quinton, 1984; Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997; cit. in Perren et al., 2003). L'impatto della psicopatologia paterna, invece, ha ricevuto meno attenzione se associata alle possibili conseguenze sulla crescita dei figli (Perren et al., 2003).

Camerini e Volterra (2007) effettuano una classificazione delle patologie mentali a seconda dell'impatto che queste hanno sull'esercizio delle funzioni genitoriali. In primo luogo, esistono condizioni croniche e stabili di natura psicopatologica, come il ritardo mentale che a seconda del grado di gravità può compromettere la capacità di comprendere i bisogni evolutivi dei figli e di organizzare le attività scolastiche e sociali; il disturbo psicotico nell'ambito dello "spettro" schizofrenico (Schizofrenia, Disturbi di Personalità Schizoide, Schizotipico, Paranoide) che espone ad un alto rischio di scompensi acuti che possono costituire un diretto pregiudizio per i figli. Nonostante ciò, nei periodi di compenso le funzioni genitoriali possono restare conservate. Nel caso, invece, di disturbi di personalità, i soggetti seguono un modello di rappresentazione mentale, di comportamento e di esperienza interiore che devia decisamente rispetto alle norme della cultura di appartenenza. Si tratta di disturbi rigidi, diffusi su cui è radicata la personalità dell'individuo e di conseguenza la sua organizzazione mentale e il suo equilibrio. In particolare, il disturbo borderline di personalità (DBP) rappresenta un importante e rilevante problema.

Una diversa categoria è rappresentata da quei disturbi che, pur non presentando necessariamente caratteristiche di cronicità, vanno incontro a frequenti recidive oppure tendono a prolungarsi per un periodo consistente come i disturbi dell'umore (ed in particolare la Depressione) che compromettono funzioni importanti come la volontà, l'investimento emotivo delle attività quotidiane e le motivazioni ad agire. I caratteristici sentimenti



di colpa, l'isolamento, la rabbia, la disperazione, la sensazione di perdita di controllo sui sentimenti e sui pensieri, la convinzione che la condizione sia senza fine, rappresentano il contesto più favorevole per la manifestazione e il rafforzamento di tematiche suicidarie e per veri e propri tentativi anticonservativi. Notevoli inconvenienti si propongono anche nel corso di Episodi Maniacali, in grado di indebolire l'esame di realtà e di indurre una perdita di controllo legata ai sentimenti di onnipotenza, all'agitazione psicomotoria, all'eccessivo coinvolgimento in attività pericolose per sé e per gli altri. Un caso a parte è costituito dalla Depressione Post-Partum, durante la quale una madre, distaccandosi emotivamente dal figlio, può giungere a non garantire al neonato quelle cure e quell'attenzione di cui egli necessita; la depressione esperita durante la gravidanza e l'eventuale depressione del partner sono fattori che aumentano la probabilità sia nella madre sia nel padre di dar luogo a modalità relazionali imprevedibili e incoerenti nella comunicazione

emotiva con il proprio bambino. Alla luce dei dati che mettono in relazione il comportamento materno disattento e distaccato e il comportamento intrusivo e rifiutante con la depressione materna, ci sono buone ragioni per ipotizzare che i figli di madri depresse abbiano una maggiore probabilità di sviluppare un attaccamento insicuro e di manifestare disturbi del comportamento e sintomi depressivi (Terrone, Musetti, Di Folco & Pergola, 2017).

Anche i disturbi d'ansia hanno un ruolo importante nel compromettere, in alcuni casi, la genitorialità, in particolare l'ansia dell'adulto affetto da disturbi dell'area psicotica può essere dannosa per i figli se limita la loro possibilità di sviluppare senso di identità e di stringere relazioni con il mondo esterno (Reder&Lucey, 1995). In generale, i disturbi d'ansia correlano con uno stile educativo caratterizzato da minor calore emotivo, maggior criticismo e più alti livelli di controllo (Moore, Whaley&Sigman, 2004).

Caratteristiche di cronicità ha anche l'abuso di

sostanze: l'assunzione ripetuta ed abituale di sostanze psicoattive (alcool, oppiacei, cocaina) si associa di frequente a condotte antisociali ed a Disturbi di Personalità del Gruppo B (Narcisistico, Borderline, Antisociale), con compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, e può facilitare la messa in atto di comportamenti instabili, impulsivi ed aggressivi, con possibili ricadute sui figli nei confronti dei quali si riscontra un aumentato rischio di atti di abuso fisico o sessuale (Camerini & Volterra, 2007).

Alla patologia mentale in sé si aggiunge il peso dei pregiudizi e dello stigma associato alla patologia stessa. Lo stigma colpisce i genitori mentalmente malati in diversi modi. In primo luogo, ha un effetto marcato sulla loro volontà di cercare aiuto e impegnarsi in un trattamento. Un secondo aspetto della stigmatizzazione si può incentrare sulla preoccupazione di perdere la custodia dei figli. In questa situazione, un genitore sofferente può essere riluttante a cercare un trattamento per la paura di perdere la custodia (Ackerson, 2003).

Le madri con malattia mentale spesso riferiscono di essere percepite come cattivi genitori ed è comune la preoccupazione per la perdita dei figli (Savvidou, Bozikas, Hatzigeleki&Karavatos, 2003 cit. in Jeffrey, 2013). È importante capire la natura della discriminazione vissuta perché il ruolo di genitore è caratterizzante della vita di una persona e le persone con problemi di salute mentale non dovrebbero essere discriminate nell'assunzione e svolgimento di tale ruolo (Jeffrey, 2013; Montgomery, Tompkins, Forchuk & French, 2006 cit. in Jeffrey et al., 2013).

In questo ambito è di notevole rilevanza anche il processo di auto-stigma che conduce a reazioni emotive negative di bassa autostima e auto-efficacia e a risposte comportamentali non efficaci, come evitare la ricerca di un impiego, compromettendo così la qualità della loro vita (Link, 1982, cit. in Larson & Corrigan, 2008), subendo disprezzo, discriminazione sociale e rifiuto.

Per quanto riguarda il comportamento sintomatico, ci si aspetta chiaramente che la gravità

e il numero dei sintomi aumentino la paura dello stigma dei familiari e le reali risposte stigmatizzanti degli altri. Un esempio può essere rappresentato dalla psicosi, che corrisponde più strettamente alla concezione pubblica della malattia mentale (Star, 1952 cit. in Phelan, Bromet & Link, 1998). I sintomi positivi della psicosi, infatti, risultano essere particolarmente stigmatizzanti. Anche l'ospedalizzazione rappresenta un'etichetta molto pesante sia direttamente nei confronti dei pazienti che, indirettamente, delle famiglie. Sebbene possa sembrare che attualmente la malattia mentale sia accettata come "una malattia come le altre", in molte famiglie si sente ancora l'esigenza di nascerla (Phelan, Bromet & Link, 1998). La malattia mentale del genitore, infatti, risulta spesso motivo di vergogna e eccessiva riservatezza in molte famiglie (Chen, 2014).

Avere un genitore con una malattia mentale può portare ad un ambiente particolarmente caotico per il bambino. Il genitore può essere emotivamente non disponibile e ritirato nei confronti del bambino e, quindi, essere meno sensibile ai suoi bisogni. L'effetto sui bambini è la possibilità di sviluppare ritiro sociale, difficoltà nelle abilità sociali o impegnarsi in comportamenti inappropriati nel tentativo di ottenere la risposta genitoriale desiderata (Bassett, Lampe & Lloyd, 2001). Strettamente connesso ai comportamenti del genitore è presente per il minore un rischio psicosociale comprendente quella gamma di fattori negativi che si associano con altissima frequenza ai disturbi psichiatrici degli adulti, quali: l'isolamento sociale, il rifiuto della famiglia di chiedere aiuto, le precarie condizioni socio-economiche e di vita, le liti continue fra i coniugi, la separazione dei genitori (Caffo, 1998).

I bambini a rischio di problemi psicosociali mostrano spesso diversi livelli di successo in diversi domini di adattamento (Luthar, 1993). Oltre alle tipiche sfide dello sviluppo, i figli di genitori con malattie mentali croniche possono anche far fronte alla minaccia di perdere un genitore, alle maggiori responsabilità familiari oltre che ad un impoverimento delle risorse sociali e finanziarie



(Armistead et al., 1995; Bogosian, Moss-Morris, Bishop & Hadwin, 2011; Chen & Fish, 2013; Korneluk & Lee, 1998; Pakenham & Bursnall, 2006 cit. in Chen, 2014).

Date queste premesse, diventa chiaro, dunque, come la valutazione della genitorialità in coppie in cui uno o entrambi i coniugi soffrono di una patologia mentale si configura come particolarmente complessa, partendo da due presupposti: innanzitutto, qualora uno o entrambi i genitori presentano aspetti psicopatologici, è necessario valutare la stabilità sindromica di disagi e disturbi mentali, poiché non esiste una causalità diretta tra esistenza di una condizione morbosa ed interferenza di tale quadro patologico con le capacità educative, genitoriali, morali, affettive, relazionali, intellettive e valutative di una persona. Va pertanto accertato quale incidenza hanno i problemi psicopatologici e/o comportamenti di trascuratezza, violenza e aggressività riscontrati in un dato soggetto sulle sue capacità genitoriali, in base ad elementi documentali, testimoniali o clinici. In altri termini, *"non è consentito desumere meccanicamente dall'esistenza di una infermità, patologia, problema o tratto di personalità, una qualsiasi voglia incapacità genitoriale"*. (Grattagliano et al., 2016). Il secondo presupposto è che non esiste un modo universalmente valido per essere un "buon genitore", ma ogni genitore costruisce con il proprio figlio un tipo di relazione specifica sulla base non solo del significato personale che attribuisce all'essere genitore ma anche in base alla modulazione del legame di attaccamento che si sviluppa sin dai primi momenti della sua vita.

L'esperienza della genitorialità si concretizza attraverso lo stile genitoriale, che può essere definito come una costellazione di atteggiamenti nei confronti del bambino che, presi insieme, creano un clima emotivo in cui i comportamenti dei genitori come i gesti, i cambiamenti di tono di voce o la manifestazione spontanea di emozioni vengono espressi (Picardi et al., 2013). Secondo Haller (2000) la "capacità genitoriale" è un costrutto non riconducibile solo alle qualità personali del singolo genitore ma anche ad una competenza

relazionale e sociale adeguata.

In un'ottica valutativa, pertanto, dopo aver raccolto le informazioni relative al genitore, al figlio e alla loro storia familiare occorre infatti valutare se quel genitore, in quel determinato contesto, e con quel figlio è capace di: prendersene cura; capire i suoi bisogni affettivi ed educativi, mostrando dunque di sintonizzarsi affettivamente con lui e di porre altresì regole flessibili; agire pensando ai bisogni contingenti del bambino, comunicando con lui attraverso lo scambio di messaggi chiari e congrui; concedere autonomia al figlio (Haller, 2000 cit. in Melidone & Termine, 2012). È necessario indagare quali sono i bisogni e le necessità reali dei figli e quali risorse attiva il genitore per soddisfarli, come le attiva e con quali conseguenze (Liantonio et al., 2012). Si tratta di valutare la persona nella sua interezza evitando di ricadere in riduzionismi e bias pregiudizievole, differenziando ciò che funziona sempre, da ciò che non può mai funzionare (Bastianoni, 2009). Si può, infatti, definire la valutazione delle competenze genitoriali come *"il processo pianificato di identificazione delle questioni rilevanti per il benessere del minore, di elicitazione di informazioni sul modo di funzionare dei genitori e del minore, e di formulazione di un parere sulla misura in cui i bisogni di quest'ultimo sono soddisfatti"* (Reder, Duncan & Lucey, 2003 cit. in Grattagliano et al., 2016).

In tale scenario, il consulente tecnico, chiamato a valutare le funzioni genitoriali nel paziente psichiatrico, deve estendere l'indagine alla verifica della recuperabilità della relazione parentale attraverso un'analisi dinamica che va dalla considerazione dell'andamento del disturbo mentale e della sua specifica incidenza sul compito parentale, alle effettive risorse e strumenti che possono essere attivati in quel contesto familiare. Questo sollecita il consulente stesso ad oltrepassare il mero momento nosografico a favore di una comprensiva valutazione delle competenze genitoriali. È pertanto necessario che il consulente sia tecnicamente in grado di valutare le relazioni tra il genitore portatore di una patologia mentale e il bambino, al fine di comprendere

se tali relazioni possano creare gravi deviazioni nell'itinerario di costruzione di personalità e di identità del minore. Questo perché *«non appare opportuno né privare, senza necessità, il genitore sofferente psichico dell'affetto e delle intense relazioni con il figlio – perché la privazione di questo rapporto potrebbe essere per lui esiziale segnando il suo definitivo fallimento umano – né ridurre il bambino, senza tenere conto della sua esigenza di ottenere quei validi rapporti costruttivi che soli possono svilupparlo in umanità, a mera “risorsa terapeutica” per l'adulto, sacrificandolo sull'altare del recupero, talvolta illusorio, del genitore»*. Nella prospettiva psichiatrico-forense, è sempre necessario valutare, volta per volta, gli effetti quotidiani che il disturbo psichico ha, in concreto, sulle capacità di accudire e di occuparsi dei figli, e soprattutto sulla disponibilità a “pensare” al bambino, a mantenere uno spazio mentale adeguato per il figlio. A tal proposito, la Suprema Corte già con la sentenza del 9 gennaio 1998 n. 120 ha affermato che le insufficienze mentali, anche permanenti, del genitore non devono denotare automaticamente un'inadeguatezza del ruolo che, all'opposto, occorre dimostrare e accertare nel caso specifico sulla base di criteri certi e realistici (Ciliberti, Alfano, Rocca & Bandini, 2012).

MATERIALI E METODI

La ricerca da noi condotta è basata sull'analisi di 98 cartelle cliniche di soggetti presi in carico, negli ultimi 10 anni, da alcune strutture consultoriali presenti sul territorio della Regione Puglia. Non sono stati utilizzati specifici criteri di selezione dei pazienti in base a dati anagrafici, medici o sociologici.

Il modello di studio applicato in questa ricerca è osservazionale trasversale. Per ogni cartella clinica è stata analizzata la relazione tra genitorialità e malattia mentale, al fine di indagare probabili interferenze che intercorrono tra patologie psichiatriche ed idoneità genitorialità, annotando su un form costruito *ad hoc* diverse variabili, quali: caratteristiche socio-demografiche, anamnesi psichiatrica, *modello process-oriented*.

Successivamente, si è proceduto analizzando l'associazione tra scarse conoscenze e disinterebbe per lo sviluppo del figlio e debole/assente capacità di assunzione di responsabilità genitoriale.

Le analisi statistiche per età, genere, stato civile, nazionalità, anni di studio, condizione lavorativa, numero di componenti del nucleo familiare, patologia psichiatrica, terapia in atto, tentato suicidio, ideazione anticonservativa, sentimenti di disperazione, recenti eventi vitali stressanti, insoddisfazione della vita in generale, infuturazione pessimistica, storia di impulsività-aggressività-comportamenti a rischio è stata effettuata utilizzando la regressione logistica univariata; è stato calcolato l'Odds Ratio (OR), con l'indicazione dell'intervallo di confidenza al 95% (95%CI) ed è stato eseguito il test z score.

Per ognuno dei risultati è stato impostato un modello di regressione logistica multivariata, utilizzando come determinanti quelle variabili associate al singolo risultato nell'analisi univariata; sono stati calcolati gli aduste Odds Ratio (aOR), con l'indicazione del 95% CI ed è stato eseguito il test z score. Per tutti i test è stato considerato significativo un valore di $p < 0,05$.

I fattori presi in esame sono stati analizzati tenendo conto delle loro frequenze e percentuali.

Le schede di rilevazione dei dati sono state inserite su un modulo Google Drive e analizzate mediante software Stata MP15. Le variabili continue sono state espresse come $\text{media} \pm \text{deviazione standard}$ e range; diversamente, le variabili categoriche come proporzioni.

RISULTATI

Da un'analisi approfondita delle 98 cartelle cliniche, sono state individuate 53 relative a madri affette da psicopatologia e 45 relative a padri affetti da psicopatologia.

Le donne rappresentano una percentuale maggiore rispetto agli uomini, tenendo conto che il tasso di prevalenza di psicopatologia a livello nazionale (Ministero della Salute, 2017) rileva nella popolazione generale un valore del 13,9% nel



sesso femminile e del 4,1% in quello maschile.

Sono state individuati 42 casi in cui il genitore affetto da patologia di mente risulta essere sposato (42,9%). Il 33,7% del campione risulta divorziato e il 12,2% separato. Infatti, uno dei fattori negativi, che si associa con altissima frequenza ai disordini psichiatrici è la separazione dei coniugi (Caffo, 1998).

Dai dati rilevati è emerso che la maggior parte (46,9%) dei genitori con patologia di mente possiede una licenza media e il 33,7% possiede un titolo di studio superiore alla licenza media: il 27,6% possiede un diploma superiore e il 6,1% possiede una laurea. Dal report dell'ISTAT pubblicato a luglio 2018, si evince che tra i fattori associati alla patologia di mente, ed in particolar modo al disturbo depressivo, emerge che per le persone con basso livello di istruzione la possibilità di sviluppare una patologia di mente raddoppia rispetto a persone con maggiori credenziali formative. Da alcune ricerche emerge che tra i fattori protettivi per lo sviluppo di una patologia mentale vi sono l'alta intelligenza, la capacità di risoluzione dei problemi e il livello di scolarizzazione (Patrick, Rupert & McLean, 2019).

Per quanto riguarda la condizione lavorativa, quasi la metà del campione analizzato risulta essere disoccupato (46,9%); il restante campione si divide in lavoratore dipendente (27,6%), lavoratore saltuario (17,3%) e lavoratore autonomo (8,2%). Secondo Sheenan (2012), i genitori con problemi psichiatrici significativi possono presentare difficoltà nella gestione finanziaria, nel mantenimento dell'abitazione e dell'occupazione, nonché isolamento sociale. Infatti, dalla ricerca effettuata, quasi una persona su due risulta disoccupata e due su cinque in situazione di precarietà.

Il nostro campione presenta un'ampia fascia dei disturbi d'ansia e dell'umore (41%). Tale dato, a livello nazionale, si posiziona, secondo le ricerche del Ministero della Salute (2017), su un valore del 7% sul totale della popolazione italiana.

Per quanto riguarda i disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction analizzati sono rappresentati dal 15% del campione. Secondo "la relazione

sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia" relativa all'anno 2017, presentata dal Ministro per i rapporti con il Parlamento e la democrazia diretta, circa 4 milioni di italiani hanno utilizzato almeno una sostanza stupefacente illegale e, di questi, mezzo milione (circa l'1% della popolazione) ne fa un uso frequente.

Il dato su scala nazionale dei disturbi di personalità è del 10%, sul totale della popolazione (Istat, 2018); quello rilevato nel campione della presente ricerca è del 22,4%.

Per i disturbi correlati ad eventi stressanti e traumatici, il dato nazionale è dell'1,7% (Istat, 2018) sul totale della popolazione; per quanto riguarda il campione analizzato, invece, è del 13%.

In Italia si stima che le persone affette da schizofrenia siano circa 245mila (circa lo 0,4%). Nel campione di questo studio, la percentuale di tale patologia è del 13% associato ad altri disturbi psicotici.

Il campione della ricerca presenta una maggiore quantità di genitori che sono sottoposti ad una terapia farmacologica (31,6%). Il 28,6% del campione non è seguito o non segue alcun tipo di terapia esolo il 19,4% dei genitori segue sia una terapia farmacologica che un percorso psicoterapeutico. Il restante campione (20,4%) ha intrapreso un percorso psicoterapico. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che tra il 35% e il 50% delle persone con gravi problemi di salute mentale nei paesi sviluppati e il 76%-85% nei paesi in via di sviluppo non ricevono alcun trattamento (Demyttenaere et al., 2004; cit. in Patrick, Rupert & McLean, 2019). Inoltre, molti di questi individui con problemi di salute mentale sono loro stessi genitori (Patrick, Rupert & McLean, 2019).

La nazionalità prevalente del campione di questo studio è italiana (91,8%); il restante 8,2% si suddivide tra Georgia, Romania, Tunisia e Venezuela. Secondo l'ISTAT (2018) la percentuale di stranieri residenti in Italia è dell'8,5%. La più alta percentuale di stranieri residenti in Italia è rappresentata dai romeni (1,9%).

Il fattore recenti eventi vitali stressanti rappresenta il 76,5% del campione. Infatti, nel caso di



famiglie con un genitore affetto da malattia mentale spesso si associano fattori di stress psicosociali che non solo si sommano, ma anche si rafforzano (Lenz, 2016): in particolare lutti recenti, perdita dell'occupazione, divorzi o separazioni, aborti, violenze, incidenti, problemi finanziari.

La percentuale del fattore impulsività-aggressività-comportamenti a rischio rilevata sul campione della ricerca è del 52%. La gestione di una malattia mentale può rendere difficile per il genitore soddisfare le esigenze dei figli e può interferire con i comportamenti genitoriali e con una positiva relazione genitore-figlio in una varietà di modi, ad esempio, alcuni genitori potrebbero diventare disattenti, ostili e aggressivi o controllanti (Leverson, 2003).

Circa i fattori di rischio distali, rilevante risulta la carenza di relazioni interpersonali (69,4%) e di reti di integrazione sociale (73,5%). Come confermato dai dati di letteratura, la malattia mentale rimane un potente attributo negativo in tutte le relazioni sociali (Byrne, 2000) e il comportamento

di un genitore conduce a immediate difficoltà interpersonali a breve e lungo termine (Maybery & Reupert, 2006).

La povertà di natura economica del campione di tale studio risulta essere presente al 32,7%. Secondo una recente stima dell'OMS (2018), i disturbi mentali sono in media due volte più frequenti tra le persone con basso livello socio-economico.

Altresì, il 22,5% del campione analizzato ha subito violenza/abusi nel periodo dell'infanzia: secondo Gabbard (2015), il maltrattamento, la violenza, l'abuso infantile sono tra le cause dello sviluppo di una psicopatologia, poiché vengono inficiate l'evoluzione della personalità, lo sviluppo dell'autostima, la regolazione delle emozioni, il controllo degli impulsi e il padroneggiamento dei comportamenti nella sfera relazionale. Nel 24,4% del campione, per tale fattore, non è stato possibile individuarne la presenza o l'assenza.

Nel nostro campione, la famiglia monoparentale è presente nel 10,2% dei casi. Secondo l'ISTAT (2018),



il 15,3% delle famiglie in Italia è monoparentale. Inoltre, il 57,1% di genitori con psicopatologia sviluppa una sfiducia verso le norme sociali. Ciò potrebbe derivare dalla mancanza di un'efficace cooperazione con i servizi di protezione dei minori che rende le decisioni prese nei confronti di questi bambini limitate e che interferiscono con lo sviluppo ottimale dell'intera famiglia (Sheehan, 2012). Tuttavia, per le persone con una grave malattia mentale, vi sono molte difficoltà, per le quali, in taluni casi, ricevono il minimo sostegno (Bassett, Lampe & Lloyd, 2001).

Tra fattori di rischio distali analizzati vi sono anche violenza e punizioni come pratiche educative e accettazione della pornografia infantile (condotte pornografiche nei confronti di minori/figli): il primo è presente nel 25,5% dei casi, assente nel 72,5% dei casi e non rilevato nel 2% dei casi; il secondo è assente nel 79,6% dei casi, non rilevato nel 17,3% dei casi e presente nel 3,1% dei casi.

Il fattore scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del figlio è presente nel 33,7% dei casi analizzati e può rappresentare un fattore di rischio; nel 66,3% tale fattore risulta essere assente. Secondo Taurino (2016), in situazioni in cui il genitore è affetto da patologia di mente, il livello di cura e sensibilità non sempre è compromesso e spesso il soggetto rimane in grado di adempiere alle normali funzioni genitoriali in quanto non si è in presenza di una correlazione di tipo deterministico-causale.

La percentuale dei fattori di rischio prossimali individuali della presenza di devianza sociale dei genitori e abuso di sostanze sono rispettivamente del 27,6% e del 29,6%. Tra le condizioni che possono mettere a rischio le capacità dell'individuo di essere un buon genitore si trovano le situazioni di conflittualità, maltrattamento e abuso. Le condizioni concomitanti nelle aree della salute mentale, dell'uso di sostanze e della violenza domestica possono in alcuni casi compromettere il funzionamento di una persona. In tali casi, la presenza di una psicopatologia può portare a mettere in atto condotte criminose, violente o altri gravi comportamenti antisociali, che coinvolgono

comunemente i membri della famiglia. L'abuso di sostanze complica ulteriormente la relazione genitore-figlio (Chao e Kuti, 2009; cit. in Parrott, Macinnes & Parrot, 2015; Secondo Whitaker, Orzol & Kahn (2006)).

La capacità di assunzione di responsabilità genitoriale è presente nel campione nel 51% dei casi; la possibilità garantita al genitore di mantenere il contatto con il proprio bambino si associa ad una genitorialità più responsabile. Un genitore può veder venir meno la sua competenza e le sue capacità genitoriali se il contatto con il figlio non può essere mantenuto (Mignon & Ransford, 2012; cit. in Parrott, Macinnes & Parrott, 2015)

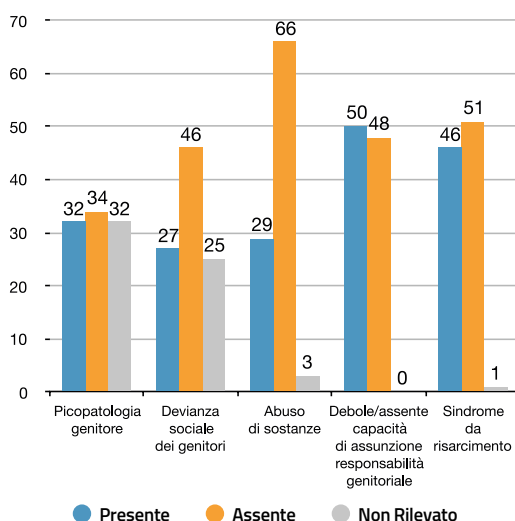


Grafico 1 - Fattori di rischio prossimali individuali

È stata rilevata l'alta presenza di alcuni fattori di rischio come distorsione emozioni e capacità empatiche (88,8%), scarsa tolleranza alle frustrazioni (81,6%) e ansia da separazione (85,7%). La malattia psichica altera, in molti casi, la disponibilità affettiva del genitore nei confronti del figlio e diminuisce notevolmente la sua competenza ad educarlo e proteggerlo (Ugolini, 2012). Infine, il fattore sentimento d'inadeguatezza per la dipendenza dai servizi è presente nel 48% dei casi; infatti, secondo Sands (1995) tali genitori

possono provare vergogna e senso di colpa per le loro difficoltà genitoriali anche relative alla dipendenza dai servizi, rappresentando questo un grande impedimento alla loro autonomia. Uno dei fattori rilevanti è quello delle relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o con quella del partner, presente nel 60,2%. Questo può capitare poiché la malattia mentale del genitore risulta spesso motivo di vergogna e/o di eccessiva riservatezza in molte famiglie. Dal punto di vista della teoria dei sistemi familiari, è probabile che una grave malattia o invalidità abbia un impatto sul sistema familiare quando un membro della famiglia non sta funzionando normalmente, influenzando tutti gli altri membri della famiglia e il funzionamento generale della famiglia (Chen, 2014). Inoltre, come evidenziano Reder e Duncan (2003), i sintomi di disagio psicopatologico dei genitori quali l'aggressività e l'irritabilità, spesso influenzano le capacità di pianificazione favorendo una generale incoerenza nei comportamenti, ingenerando conflitti nella coppia e portando ad un deterioramento dello stile di vita. Nella ricerca tale fattore risulta presente nel 41,8% dei casi.

Tra i fattori di rischio prossimali relativi alle caratteristiche del figlio vi sono malattie fisiche/disturbi alla nascita e il temperamento difficile del bambino. Il primo fattore è presente, nella ricerca, nel 6,1% dei casi; il secondo fattore, invece, è individuabile nel 30,6% della popolazione. A tal proposito, la letteratura riporta una maggiore incidenza di bambini con temperamento difficile tra i figli di genitori con una malattia psichiatrica (Di Blasio, 2005).

Il temperamento facile del bambino nel presente lavoro rappresenta il 70,4% della popolazione. Nella letteratura, invece, tra i figli di genitori con una malattia psichiatrica vi è una maggiore incidenza di bambini con temperamento difficile, rispetto alla popolazione normale e tali caratteristiche sono connotate da ritmi irregolari nel sonno e nell'alimentazione, da segnali di ritiro e rifiuto delle situazioni nuove, da scarse capacità d'adattamento, da umore negativo e reazioni molto intense che fanno correre al bambino

maggiore rischio di maltrattamento e abuso (Di Blasio, 2005).

Nel nostro campione è stata rilevata un'alta percentuale della variabile relativa alle capacità empatiche: 57,1% in controtendenza a quanto riportato dalla letteratura. Infatti la familiarità con la malattia di mente, la non disponibilità empatica dei genitori e la modellizzazione della disregolazione emotiva sono tra i fattori di rischio che si presentano con maggior frequenza (Oyserman & Mowbray, 2000, cit. in Patrick, Rupert & McLean, 2019). Inoltre, comportamenti di attaccamento come l'amore, empatia e sicurezza potrebbero essere interrotte a causa di un comportamento delirante o depresso di un genitore che conduce a immediate difficoltà interpersonali a breve e lungo termine (Maybery & Reupert, 2006). Secondo McKinney & Milone (2012) la malattia indebolisce le capacità genitoriali lasciando il soggetto sepolto nel suo mondo privato con relativa perdita delle proprie capacità di farsi carico di responsabilità. Tale fattore, nel campione dello studio, è compromesso nel 42,9% dei casi.

Tra i fattori di protezione individuali, il desiderio di migliorarsi è presente nel 67,4% dei casi. Capita sovente, infatti, che il disagio di un genitore con psicopatologia lo porti a richiedere un aiuto terapeutico (Sands, 1995). Altri fattori come autonomia personale e buon livello di autostima sono presenti rispettivamente nel 48% e nel 26,5% dei casi.

È emerso che nel 75,5% dei casi vi è la presenza di una relazione soddisfacente con almeno un membro del nucleo e nel 51% dei casi vi è anche la presenza di una rete di supporto amicale/familiare. Secondo Larson & Corrigan (2007), a volte i familiari possono provare vergogna per essere stati incolpati della malattia mentale e tale vergogna può portare i membri della famiglia a evitare il contatto con i vicini e gli amici. Secondo Mauritz & van Meijel (2009), la malattia mentale può allontanare quelle persone che possono soddisfare i bisogni di sicurezza come amici, partner o coniugi, famiglia, bambini e colleghi.

Diversamente, la capacità di gestire i conflitti, è presente solo nel 16,3% dei casi. Infatti, tra le



criticità del genitore malato di mente vi è la compromissione dell'abilità di gestione dei conflitti (Cassel & Coleman, 1998; cit. in Reder & Duncan, 2003).

Dalla ricerca effettuata si può evincere che i soggetti sottoposti a terapia farmacologica e/o terapia farmacologica combinata con psicoterapia hanno migliori conoscenze e interesse per lo sviluppo del figlio rispetto a chi non fa nessun tipo di terapia. I soggetti che presentano infuturazione pessimistica e storie di comportamenti a rischio mostrano scarse conoscenze e maggiore disinteresse per lo sviluppo del figlio. Inoltre, i genitori che sono sottoposti a terapia farmacologica e/o a terapia farmacologica combinata con psicoterapia mostrano una migliore assunzione della capacità genitoriale rispetto a chi non fa alcun tipo di terapia.

CONCLUSIONI

Lo scopo di tale studio è di indagare la relazione tra genitorialità e patologia di mente. Come ci si rapporta in una situazione di questo tipo? È lecito avere un pregiudizio di fronte ad un genitore con malattia psichiatrica? La malattia psichiatrica è davvero un fattore di rischio? Quali sono le patologie che influenzano maggiormente la genitorialità? Quando ci si trova in situazioni in cui un genitore è all'attenzione dei servizi sociali ed è portatore di patologia di mente è necessario affrontare la delicata questione della valutazione delle capacità genitoriali di quest'ultimi.

Dalla ricerca effettuata è stato possibile confermare alcuni dati della letteratura. È stata confermata la correlazione tra *separazione conflittuale e disagio psichiatrico*. Il 56% circa del campione è infatti separato o attualmente single o solo, pur se non è stato possibile verificare la biunivocità di tale correlazione, se cioè sia stata la malattia mentale (e lo stigma sociale spesso legato a tali patologie) la causa della separazione oppure la separazione l'input per la malattia mentale.

La variabile *scolarità* sembra assumere una rilevanza significativa. Il 46,9% del campione possiede la licenza media a fronte di un valore regionale pari al 30,5% (Istat, 2018). Il valore relativo ad un

titolo di studio di scuola superiore del campione è del 27,6% (in linea col dato regionale del 27,2% (Istat, 2018)); il dato relativo ai laureati è, per il campione, del 6,1%, mentre il dato regionale è del 9,1% (Istat, 2018).

Sembra validato anche il dato secondo cui la difficoltà a *livello occupazionale*, e quindi *economico*, sia una variabile significativa associabile al disagio mentale. Nel campione in esame la condizione di disoccupazione: 46,9% è la condizione di precarietà lavorativa: 17,3% rappresentano la fascia più ampia della popolazione riproponendo la riflessione tra la condizione lavorativa ed il disagio mentale con tutte le implicazioni che esso comporta: gestione finanziaria, il mantenimento della abitazione, l'isolamento sociale, il mantenimento dell'occupazione (Sheenan, 2012).

Altresì, a fronte di circa il 30% che non ha alcun supporto terapeutico, il rimanente 70% ha trattamenti farmacologici, psicoterapeutici o entrambi. I genitori che sono sottoposti a terapia farmacologica e/o a terapia farmacologica combinata con psicoterapia mostrano una migliore assunzione della capacità genitoriale rispetto a chi non fa alcun tipo di terapia.

La possibilità di accedere al trattamento, ove si caratterizzi come volontario e consapevole e non già strumentale ad ottenere benefici secondari (benevolenza dei servizi) o a neutralizzare azioni di delegittimazione genitoriale (sospensione della potestà genitoriale), rappresenta un fattore che facilita il rapporto con il figlio. Infatti, il supporto e l'intervento da parte di specialisti a sostegno della relazione genitore-figlio, possono compensare molte delle limitazioni che ruotano intorno alla malattia mentale di un genitore (Cirillo, Selvini & Sorrentino, 2002; cit. in Ciliberti, Alfano, Rocca & Bandini, 2012). Il tema delle prescrizioni da parte dei tribunali rappresenta criticità professionali e deontologiche oltre che giuridiche nella misura in cui, ad esempio, una psicoterapia non può essere "prescritta" dai giudici, alterando il principio del rapporto tra committente ed utente così come si evince dalla sentenza n. 13506/2015 della Suprema Corte che sottolinea

come "l'imposizione contrasta con l'art. 32, 2° comma della Costituzione poiché pur non imponendo un vero obbligo a carico delle parti, le condiziona ad effettuare un trattamento sanitario". Appare significativo, a questo proposito, che il 57,1% di genitori con psicopatologia sviluppi una sfiducia verso le norme sociali.

Eventi vitali stressanti costellano le storie dei soggetti del campione in circa l'80% dei casi amplificando e rafforzando il disagio mentale e comportamenti non compatibili con le funzioni genitoriali.

Tra i **fattori di rischio**, assumono, nella presente ricerca, particolare rilevanza la *carenza di relazioni interpersonali* (69,4%) e la *carenza di reti di integrazione sociale* (73,5%). Anche in questo caso va sottolineata la probabile biunivocità tra disagio mentale e processi di isolamento in uno con la difficoltà a reperire sui territori infrastrutture di servizi che rendano possibile una seppur minima integrazione nella comunità di appartenenza. Coerentemente con quanto appurato in letteratura da Maybery & Reupert (2006), le persone con una malattia mentale sono tra le più vulnerabili nella nostra comunità e le famiglie con genitori affetti da malattie mentali hanno maggiori probabilità di sperimentare diverse difficoltà, tra le quali l'isolamento sociale.

Anche *violenze, maltrattamenti ed abusi* subiti nell'infanzia segnalano la presenza di indicatori di rischio in circa un quarto del campione esaminato. Tali esperienze minano alla base il senso di fiducia nel mondo e negli affetti, la rappresentazione del sé, lo sviluppo di significative relazioni sotto il profilo emotivo ed affettivo, il controllo degli impulsi, esponendo i soggetti alla psicopatologia. Anche *pratiche educative violente* si segnalano in circa un quarto del campione. Spesso, infatti, la presenza di una psicopatologia si accompagna a condotte violente, che coinvolgono comunemente i membri della famiglia (Chao e Kuti, 2009; cit. in Parrott, Macinnes & Parrot, 2015).

Ulteriori dati significativi sono rappresentati dalla *devianza sociale dei genitori* e dall'*uso ed abuso*

di sostanze presenti, in entrambi i casi, in circa un terzo della popolazione oggetto della ricerca.

Valori significativi sono presenti inoltre nei fattori di rischio relativi alla *distorsione delle emozioni* (88,8%), alla *scarsa tolleranza alle frustrazioni* (81,6%) e all'*ansia da separazione* (85,7%) confermando i risultati degli studi relativi alla correlazione esistente tra psicopatologia e sviluppo emozionale e relazionale (Fincham, 1998; Kelly, 2000; Laucht, Esser & Schmidt, 1994; Oysermann, Mowbray, Meares & Firminger, 2000; Rutter & Quinton, 1984; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997; cit. in Perren et al., 2003).

Conflitti con la propria famiglia di origine, con il partner e/o con la sua famiglia sono presenti in circa il 60% della popolazione esaminata. Andrebbe approfondito il legame causale intercorrente tra disagio mentale e sviluppo dei conflitti al fine di comprendere il disagio di un membro del sistema familiare riverberi nel sistema familiare nucleare e/o allargato.

Non pare essere rilevate, nella ricerca, il dato relativo al temperamento difficile dei figli di genitori con malattia psichiatrica.

Tra i **fattori di protezione** si segnala il *desiderio di migliorarsi* presente nel 67,4% dei casi. Ovviamente, al di là delle disponibilità enunciate, è fondamentale analizzare la natura della motivazione che spinge i soggetti ad esprimere tale affermazione.

È presente inoltre un alto grado di *autonomia personale* che riguarda circa il 50% della popolazione della ricerca, così come significativo appare il dato relativo alla *presenza di una rete amicale/parentale* anche esso attestatosi a circa il 50%. Incrociando tale dato con quello relativo alla carenza di relazioni interpersonali (69,4%) già esaminato, pare emergere un quadro secondo il quale, pur in presenza di una rete di supporto amicale/parentale, circa il 20% non ne percepisce la validità reputandosi comunque isolato.

La *capacità di gestire i conflitti* viene in qualche modo accreditata dal 16,3 % dei casi, mentre un dato significativo positivamente è quello che



posiziona il temperamento facile del bambino a circa il 70% della popolazione. Anche da altri dati, infatti, emerge che i figli di genitori malati di mente presentano buone capacità di coping di adattamento (Polkki, Ervast & Huupponen, 2005).

Sotto il profilo degli esiti delle valutazioni effettuate dai consultori familiari è significativo il dato relativo alle valutazioni positive e negative. Su 98 cartelle cliniche esaminate, il 77% dei soggetti ottiene una valutazione positiva sotto il profilo delle capacità genitoriali, il 22% ottiene esito negativo e 1% non è evincibile.

Non emerge, dalla ricerca effettuata, una correlazione tra malattia mentale e capacità genitoriale con una annotazione per la schizofrenia; solo per tale disturbo, infatti, vi è una prevalenza di valutazioni negative in riferimento alle capacità genitoriali. Il tasso di positività decresce dagli eventi traumatici (100%) sino alla schizofrenia (46,1%). Sembra emergere una maggiore corrispondenza tra disturbo schizofrenico ed incapacità genitoriale in circa il 50% dei casi studiati.

Ovviamente la lettura dei dati non può prescindere dai contesti formali o meno all'interno dei quali prende corpo la storia della famiglia, dei genitori e dei figli. Ogni segmento contestuale, quale servizi sociali, servizi sanitari (CSM, NPIA, SERD, riabilitazione ed integrazione scolastica, Consultori Familiari), terzo settore, sistema giudiziario, sistemi familiari estesi, sistemi amicali, localizzazioni abitative, ecc. di fatto contribuisce alla co-costruzione ed allo sviluppo di dimensioni esistenziali e di futuri possibili.

Un'ultima considerazione non può non essere rivolta alla qualità dei servizi offerti ed al grado di integrazione che caratterizza il sistema socio-assistenziale, sanitario e giudiziario. La qualità di un prodotto infatti, a nostro avviso, non dipende esclusivamente dai contenuti, quanto dai processi che si mettono in atto per la realizzazione del prodotto medesimo.

È nostro parere che, su questo tema, dovremmo ancora lavorare molto per aumentare consapevolezza e strumenti di indagine e analisi

BIBLIOGRAFIA

- Ackerson, B.J. (2003). Coping With the Dual Demands of Severe Mental Illness and Parenting: The Parents' Perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 84(1), 109-118
- Bassett, H., Lampe, J. & Lloyd, C. (2001). Living with Under-Fives: a Programme for Parents with a Mental Illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 23-28
- Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 1, 37-53
- Caffo, E. (1998). *Il rischio familiare e la tutela del minore*. Milano: Angelo Guerini e Associati
- Camerini, G. B., & Volterra, V. (2007). Criteri di Valutazione delle capacità genitoriali. *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno I, numero 3, 136-152
- Carrozza, P. (2010). *La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale*. Milano: Franco Angeli
- Chen, Y. (2014). Exploration of the Short-Term and Long-Term Effects of Parental Illness on Children's Educational and Behavioral Functioning Using a Large Taiwanese Sample. *Western Journal of Nursing Research*, 36(5), 664 -684
- Ciliberti, R., Alfano, L., Rocca, G., & Bandini, T. (2012). La valutazione delle funzioni genitoriali nel paziente psichiatrico e il supporto dell'amministrazione di sostegno: tra conoscenza e affettività. *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno VI, numero 1, 29-35
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2006). The Paradox of Self Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-55
- Grattagliano, I., Pietralunga, S., Taurino, A., Cassibba, R., Lacalandra, G., Pasceri, M., Preti, E., & Catanesi, R. (2016). Essere padri in carcere. Riflessioni su genitorialità e stato detentivo ed una review di letteratura. *Rassegna Italiana di Criminologia*, anno X, numero 1, 6-17
- Grattagliano, I., Tauro, E., Ragusa, M., Ostuni, A., Cassano, A., & Vitale, R. (2016). Il contributo della psicodiagnostica clinica e forense alla valutazione

- ne medico legale delle competenze e dell'idoneità genitoriale. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del diritto in campo sanitario*, 4, 1493-1521
- Jeffery, D., Clement, S., Elizabeth Corker, E., Howard, L.M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis. *BMC Psychiatry*, 13, 120- 129
 - Larson, J.E., & Corrigan, P. (2008). The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*, 32, 87-91
 - Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: the implications for children. *Curr Opin Psychiatry*, 16, 395-402
 - Liantonio, N.D., Ingrosso, S., Legrottoglie, S., Conese, P., Delle Foglie, V., Fanigliulo, A., Gallone, G., Palmisano, M., Porfido, R., Grattagliano, I. (2012). Sindrome di Alienazione Genitoriale: Contributo Casistico. *MEDIARES*, 2, 93-136
 - Luthar, S. S. (1993). Methodological and Conceptual Issues in Research on Childhood Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453
 - Martino, F. et al. (2014). La famiglia del paziente con disturbo borderline di personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregiver. *Rivista di Psichiatria*, 49(5), 199-206
 - Masterson, J.F., & Rinsley, D.B. (1975). The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanal*, 56, 163-77
 - McKinney, C., & Milone, M. C. (2012). Parental and Late Adolescent Psychopathology: Mothers May Provide Support When Needed Most. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 747-760
 - Melidone, I., & Termine, A. (2012). La funzione genitoriale: il percorso della genitorialità. In I. Caruso, & M.C. Mantegna (Eds.), *Aiutare le famiglie durante la separazione. Dalle linee guida alla definizione dell'intervento per gestire il "diritto di visita"*. Milano: Franco Angeli
 - Moore, P.S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476
 - Perren, S., von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 173-183
 - Phelan, J.C., Bromet, E.J., & Link B.G. (1998). Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126
 - Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G.N., & Martinotti, G. (2013). Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 157-163
 - Polkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39, 151-163
 - Procaccia, R. (2005). Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 7(2), 73-99
 - Reder, P., & Lucey, C. (1995). *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Trento: Edizioni Erickson
 - Sheehan, R. (2012). Partnership in Mental Health and Child Welfare. *Social Work in Health Care*, 39, 309-324
 - Taurino, A. (2016). *Due papà due mamme. Sfatare i pregiudizi*. Molfetta: Edizioni la meridiana
 - Terrone, G., Musetti, A., Di Folco, S., & Pergola, R. F. (2017). Depressione materna e paterna: Fattori di rischio e di protezione nella genitorialità. *Maltrattamento e Abuso All'Infanzia: Rivista Interdisciplinare*, 19(1), 105-132
 - Ugolini, B. (2012). I minori figli di malati psichici. *Tigor: rivista di scienze della comunicazione*, 2, 126- 133
 - Van der Ende, P. C., Venderink, M. & van Busschbach, J.T. (2010). Parenting with Success and Satisfaction Among Parents with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 61(4), 416
 - Whitaker, R. C., Orzol, S. M., & Kahn, R. S. (2006). Maternal Mental Health, Substance Use, and Domestic Violence in the Year After Delivery and Subsequent Behavior Problems in Children at Age 3 Years. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 551-560



ANALISI BIOENERGETICA E GROUNDING

*«Noi esseri umani siamo come gli alberi:
radicati al suolo con un'estremità, protesi verso il cielo con l'altra,
e tanto più possiamo protenderci quanto più forti sono le nostre radici terrene.
Se sradichiamo un albero, le foglie muoiono;
se sradichiamo una persona, la sua spiritualità diventa un'astrazione senza vita»*

Lowen, 1991, La spiritualità del corpo

Ilaria Tortora

Psicologa, psicoterapeuta,
analista bioenergetica

RIASSUNTO

Questa breve rassegna si propone l'obiettivo di fornire una panoramica sull'Analisi Bioenergetica.

La nascita della psicoterapia a mediazione corporea con Reich che mette a fuoco il concetto di armatura caratteriale e, in maniera innovativa, inquadra i disturbi psichici e somatici all'interno di un più generale equilibrio energetico.

Si prosegue con la classificazione delle strutture caratteriali, messa a punto da Lowen, partendo dalle strutture meno cariche energeticamente fino ad arrivare alle più cariche. Si sottolinea un principio cardine dell'Analisi Bioenergetica che è il *grounding*, mai separato dalla postura respiratoria e l'importanza del movimento corporeo come strumento diagnostico e terapeutico.

L'elaborato intero è scandito dal contrappunto tra Analisi Bioenergetica e filosofia orientale, sottolineando la visione olistica dell'essere umano.

PAROLE CHIAVE

bioenergetica, grounding, respirazione, processo energetico, esercizio corporeo, corazza caratteriale.

INTRODUZIONE

L'Analisi Bioenergetica, fondata in America negli Anni Cinquanta da Alexander Lowen, brillante allievo di Wilhem Reich, viene definita **psicoterapia a mediazione corporea**. Rientra in quella che fu chiamata *terza forza* (umanistica), in opposizione alle due culture egemoniche, psicanalisi da una parte e comportamentismo e cognitivismo dall'altra. È una terapia psicocorporea centrata sulla riattivazione dei processi energetici (respirazione, movimento, sblocco delle emozioni trattenute) e sull'elaborazione analitica di tali processi. Partendo dal presupposto che ci sia un'identità funzionale tra corpo e mente, essa mira a realizzare una sana integrazione tra questi due aspetti, in modo da consentire all'individuo

di allentare quei processi difensivi che limitano le sue possibilità espressive ed emotive e di trovare l'energia per scoprire il piacere e la gioia di vivere. A questo proposito Lowen scriverà ne *La voce del corpo*: «Poiché mente e corpo sono una cosa sola, l'inconscio deve avere un significato fisico: e infatti è quella parte del corpo che non viene percepita» (Lowen, 2009, *La voce del corpo*, p. 104).

DA REICH A LOWEN: EVOLUZIONE DELLE TEORIE PSICOCORPOREE

Wilhelm Reich è stato allievo e paziente di Freud. Reich ha intuito per primo che i processi psichici osservati da Freud avevano una corrispondenza somatica. Ha focalizzato la sua attenzione sulle resistenze messe in atto dal paziente e sulla successiva incorporazione di tensioni nevrotiche nella struttura caratteriale e somatica dello stesso. Questo sguardo rappresenta una svolta epocale nella psicoterapia, poiché suscita il passaggio dall'analisi del carattere all'intuizione del significato psicologico degli atteggiamenti somatici. Reich si concentra sulle contrazioni croniche muscolari che definisce **armatura caratteriale** e rappresentano sul piano somatico-corporeo ciò che a livello psichico identifichiamo come resistenze o meccanismi di difesa. Le tensioni croniche sono alla base della formazione del carattere, che diventa, in questo modo, un sistema di sopravvivenza, un insieme di difese. Il carattere è visto come compromesso con l'ambiente, elaborato per la sopravvivenza, che limita il contatto profondo con sé stessi; una corazza del corpo che impedisce il raggiungimento della propria identità e di una vera creatività, proprio perché costringe ad una riduzione del nostro sentire, delle nostre possibilità espressive. Viene definita in questo modo la **corazza**, o "armatura caratteriale", alla cui base esiste un'identità funzionale tra i processi psichici e quelli somatici e che consiste in tutti quegli atteggiamenti sviluppati dall'individuo per bloccare le proprie emozioni e i propri desideri. Queste modalità difensive messe in atto per bloccare le emozioni e le sensazioni conflittuali – come l'angoscia, la rabbia,

l'eccitazione – sono costituite a livello fisico dalle rigidità corporee (la corazza muscolare) e a livello psicologico dagli atteggiamenti caratteriali e dalla mancanza di contatto emozionale. Secondo Reich l'armatura muscolare è disposta nel corpo a *segmenti* trasversali rispetto al tronco. L'armatura funziona in modo circolare, stringendo il corpo con anelli di tensione. Reich individuò nell'armatura sette segmenti: oculare, orale, cervicale, toracico, diaframmatico, addominale e pelvico.

Il **livello degli occhi** comprende la fronte, le tempie e il capo e coinvolge i sensi della vista, dell'udito e dell'odorato. Negli occhi si accumula la paura del mondo, il sospetto e le ossessioni. È il livello della consapevolezza e dell'attenzione (vederci chiaro). Ogni disturbo della vista (che non sia congenito) esprime un disturbo nella relazione. Il miope tiene il mondo lontano da sé, l'astigmatico è confuso, ha difficoltà a fare il punto della situazione, l'ipermetrope ha difficoltà a vedere se stesso e tende a vedere lontano, fuggendo dal qui e ora.

Il **livello della bocca** è il secondo segmento dell'armatura e comprende le labbra, la mascella, la mandibola e l'occipite. In genere il segmento orale trattiene il desiderio di mordere o di succhiare, sono inibite le emozioni legate al pianto e alla rabbia. È immediatamente collegato al livello degli occhi. Tutte le tematiche affettive sono collegate a questa fase, perché la bocca, con le labbra e la lingua, permette fin dall'inizio di prendere contatto con la realtà in termini di piacere, frustrazione, gratificazione, disgusto e rifiuto. Inoltre da qui hanno origine tutti i disturbi alimentari.

Il **livello del collo** comprende i muscoli profondi del collo, la gola, la nuca e l'attaccatura delle spalle. La corazza nel collo principalmente reprime il pianto e crea una separazione tra la testa ed il corpo, tra mente ed emozioni. Ad essa sono collegati l'orgoglio, la vanità e l'ambizione; si privilegia l'aspetto sociale rispetto a quello esistenziale. È il livello della comunicazione e del narcisismo primario e secondario (avere la gola secca o chiusa, andare a testa alta, piegare la testa, avere la testa sulle spalle). In esso troviamo



i temi del complesso d'inferiorità e di superiorità, la necessità del controllo, l'incapacità di lasciarsi andare, il senso di soffocamento, l'afonia e la difficoltà di gridare.

Il **livello del torace** comprende le spalle, le braccia, le mani e anche il cuore, i polmoni, le scapole e la colonna vertebrale inerente quella zona. Il blocco del torace, collegato al blocco del diaframma e quindi del respiro, è il modo più efficace per reprimere le emozioni. Corrisponde caratterialmente all'atteggiamento di quiete e di autocontrollo, al ritegno emotivo. L'energia vitale non giunge alle mani e l'abbraccio è freddo; il cuore è imprigionato. È il livello dell'affettività e dell'identità (avere il cuore come una pietra, avere un peso sul cuore, essere di ampio respiro). Tutte le malattie cardiache e polmonari e l'asma bronchiale (non congenite) sono collegate al blocco di questo livello. Quando si dice "io" la mano va spontaneamente verso il cuore. A questo livello si collega l'ambivalenza (*amore-odio*).

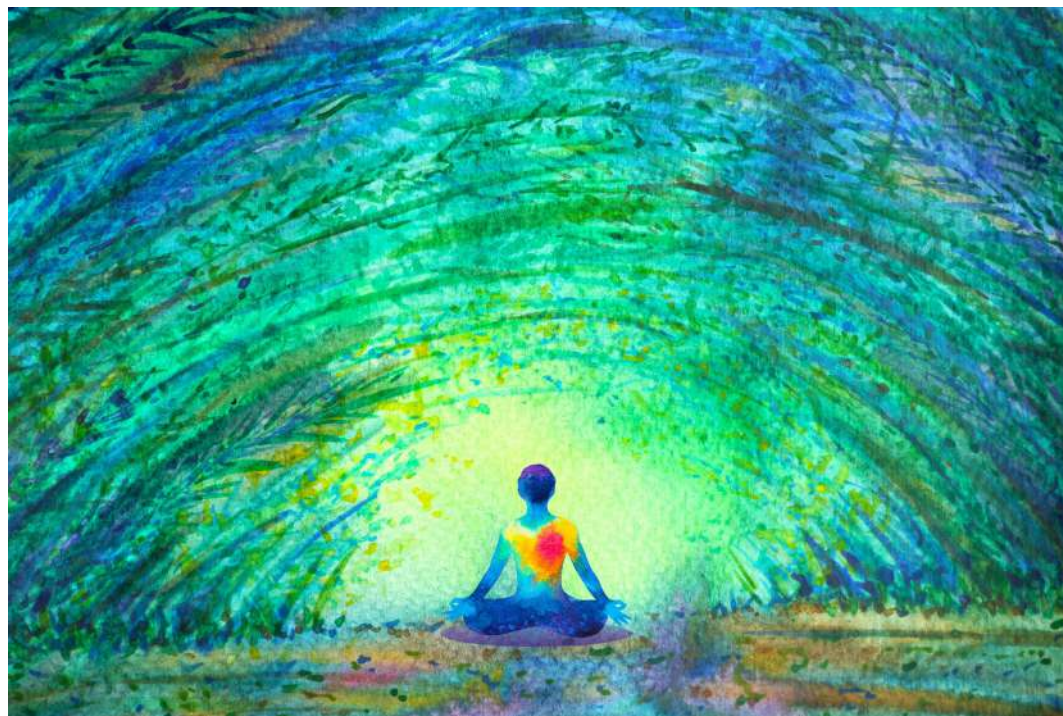
Il **livello del diaframma** è il motore della respirazione. Comprende le costole inferiori della decima, undicesima e dodicesima vertebra toracica, lo stomaco, il fegato, la cistifellea, il duodeno, il pancreas e il plesso solare. La lordosi è il segno di una forte corazzatura. Trattiene una violenta e crudele collera. È il livello delle emozioni viscerali, ma anche della forza di realizzazione (sentire con la pancia, mi sta sullo stomaco). Il diaframma separa il cuore (*emozioni nobili*) dal ventre (*emozioni ignobili*). L'emozione fondamentale collegata al diaframma è l'ansia (mi si mozza il fiato). Vi si trova anche l'ostilità legata ad un'educazione colpevolizzante.

Il **livello addominale** comprende i muscoli larghi dell'addome, il retto, i muscoli del dorso, dell'ano e i reni. In questo livello c'è il tema del trattenere o del dissipare, dell'avarizia o dell'eccessiva prodigalità.

Il **livello pelvico** comprende la pelvi, i genitali, l'utero, la vescica, i glutei, le gambe e i piedi. Il blocco pelvico riduce la potenza sessuale in ogni sua manifestazione. In questo livello sono bloccate principalmente emozioni di collera, di disprezzo e

di angoscia. È il livello degli impulsi sessuali e del rapporto con la terra e con le proprie radici (stare con i piedi per terra, non avere radici).

I contributi di Reich all'evoluzione della tecnica terapeutica sono principalmente l'attenzione alle resistenze, l'analisi caratteriale, l'osservazione della base somatica della resistenza caratteriale, il concetto d'identità funzionale tra psichico e somatico, tra corazza caratteriale e corazza muscolare, l'abbandono dell'atteggiamento impersonale del terapeuta e l'introduzione del contatto corporeo tra terapeuta e paziente. Il più innovativo rimane quello che riguarda la sua proposta di inquadrare i disturbi psichici e somatici come disturbi dei ritmi e degli **equilibri energetici** dell'organismo nella sua totalità. Reich si riferiva soprattutto all'energia orgasmica e riteneva che per superare dei blocchi e sciogliere le tensioni bisognava arrendersi ai processi vegetativi del corpo, l'orgasmo e la respirazione, che rappresentano una pulsazione spontanea e naturale. Il vero Sé si esprime attraverso il riflesso dell'orgasmo che procede in maniera verticale, con un movimento ondulatorio longitudinale, mentre la corazza, come abbiamo visto, è segmentata in modo orizzontale. Per fare in modo che le tensioni si sciolgano, la vibrazione deve accadere e lasciar fluire l'energia liberamente dalla pelvi alla testa. Molti approcci successivi hanno ereditato da Reich i concetti di biofunzionalità, di energia, di corporeità. Alexander Lowen ha sicuramente contribuito allo sviluppo e all'approfondimento del pensiero reichiano con la teoria e la pratica dell'Analisi Bioenergetica, teoria che avvicina l'Oriente all'Occidente nella sua visione olistica dell'essere umano. Parlando di processi energetici è importante sottolineare che per l'Analisi Bioenergetica la personalità può essere descritta attraverso un diagramma piramidale alla cui base stanno i processi energetici del corpo e, salendo verso il vertice della piramide, si incontrano le sensazioni, le emozioni e l'io. I processi energetici sono quindi alla base della personalità ed è grazie ad essi che si manifestano sensazioni



che possono diventare emozioni che, a loro volta, possono essere tradotte in azione tramite le funzioni dell'Io. L'energia a cui si riferisce Lowen, distaccandosi dalle teorie di Reich sull'esistenza di un'energia cosmica denominata "energia organica", è un'energia generale, la bioenergia appunto, che è alla base dei processi vitali dell'intero organismo. I cardini dell'Analisi Bioenergetica sono i processi energetici strettamente legati a respiro e *grounding*, quest'ultimo nella sua dimensione fisica di collegamento con la terra e nella dimensione relazionale di espansione verso il mondo sociale. Ogni interferenza con il radicarsi e con la possibilità di espansione si riflette nell'aspetto corporeo e nel modo in cui si stabiliscono rapporti con gli altri. Per Lowen si perde energia perché non ci è permesso di provare emozioni e si reprimono le emozioni trattenendo il respiro che abbassa il livello energetico. Lowen afferma che l'esperienza affettiva umana ha una dimensione corporea, una intrapsichica e una relazionale e che questi tre modi di sperimentare l'affettività

sono uniti a livello profondo. Alla base del modello bioenergetico troviamo l'analisi del carattere, che è un insieme strutturato di resistenze o difese, psichiche e corporee (armatura caratteriale), che rivelano la maniera di stare nel mondo del paziente. Il carattere risulta da un compromesso con l'ambiente, è un elaborato dispositivo di sopravvivenza che limita il contatto profondo con sé stessi. L'identità funzionale soma-psiche ci parla del fatto che non esiste evento psichico che non si ripercuota nel corpo e, viceversa, non c'è blocco-corazza che non condizioni le funzioni mentali. Nella personalità sana i due livelli cooperano, in quella disturbata si creano aree di conflitto che bloccano il libero fluire dell'energia, delle emozioni e delle sensazioni, rendendo difficile un processo d'integrazione tra il corpo che sperimenta e la psiche che significa. Obiettivo del lavoro corporeo, dunque, è sciogliere i blocchi muscolari che contengono il conflitto e liberare le emozioni in essi intrappolate, restituendo al corpo la pienezza della propria vitalità, la spontaneità



nei gesti e la vivacità della propria espressione. Criterio diagnostico fondamentale per l'Analisi Bioenergetica risulta essere, dunque, la lettura del corpo nei momenti di interazione con l'altro, nel modo che ha di protendersi o di ritirarsi, nell'andamento della respirazione, nella capacità di esprimersi e di essere padrone di sé, nel modo di essere *grounded*, radicato, nella propria realtà interna e in quella esterna. Il corpo entra nel lavoro terapeutico perché è importante la sensazione che si libera dopo lo scioglimento di un blocco che contiene un intero vissuto relazionale. Questa sensazione che si libera ha a che fare con aspetti impliciti che le parole non possono rivelare e racchiude l'esperienza emotiva, senso motorio e relazionale della persona. Un principio cardine della bioenergetica, derivato dalla concezione reichiana, è quello che sostiene che **antitesi** e **unità** sono i due aspetti che caratterizzano tutti i processi biologici. Esiste un'integrazione dialettica tra unità e dualità; se il livello mentale e quello fisico cooperano per promuovere benessere si avrà una personalità sana. Se esiste conflitto tra questi due livelli la personalità sarà disturbata, poiché un'area di conflitto crea un blocco all'espressione libera di impulsi e sentimenti. Per blocco si intende una restrizione inconscia del movimento e dell'espressione, blocco che limita la capacità dell'individuo di cercare la soddisfazione dei propri bisogni e riduce la sua capacità di provare piacere. È una difesa che il corpo attua per proteggere la psiche, l'interiorità dell'individuo. Il

concetto di difesa assume significato nella classificazione che Lowen fa delle strutture caratteriali, in cui ogni tipo ha, a livello psicologico e muscolare, un particolare schema di difesa (*posizione difensiva*) che lo distingue dagli altri. In ciascun individuo esiste una combinazione in gradi differenti di alcuni schemi difensivi o di tutti. Lowen distingue cinque tipi, partendo dal meno carico energeticamente e arrivando al più carico: schizoide, orale, psicopatico, masochista, rigido.

Il diritto di esistere e il carattere schizoide

Il terreno del bambino prenatale o neonato è rappresentato dal corpo della madre, che lo accoglie, lo sostiene, lo riconosce e lo ama. L'esperienza del senso di esistere del bambino dipende dalla capacità della madre di esserci e di dedicarsi a lui che sente il suo corpo perché è in continuità biologica con quello materno (battito cardiaco della madre, respiro, liquido amniotico...). Se la madre nutre un profondo rifiuto del bambino scaturirà un gelo emotivo che il piccolo vivrà già



nella pancia e dopo percepirà nell'assenza dello sguardo, oppure nella rabbia e nella violenza in risposta alle sue manifestazioni vitali. Questo gelo emotivo congelerà il bambino nelle viscere stesse e lo porterà a ritirarsi e irrigidirsi. Il rifiuto si traduce prima in messaggi chimici, poi sensoriali e infine emotivi e porta il bambino a sentire gli altri come una fonte di pericolo; terrore e rabbia distruttiva prendono il sopravvento sull'amore e la fiducia. Nei casi più gravi ci troveremo nell'area psicotica, mentre nell'area nevrotica parliamo di carattere "schizoide". Tale carattere si muove nel mondo con un senso di sé ridotto, presentando forti fratture o scissioni, sia corporee che di personalità ed esprime con la sua gestualità ridotta o scomposta l'idea di una necessità di **tenersi insieme** per non perdere i pezzi. Spesso la sua motilità è dissociata dal contenuto emozionale e il corpo risulta teso, con un movimento meccanico. Le articolazioni sono congelate, soprattutto quelle delle gambe, per evitare il contatto con il terreno. La respirazione è corta e superficiale. Si difende spostandosi dal corpo alla mente e realizza nel suo "sentirsi speciale" l'ideale della sua vita. Nel corpo dello schizoide risulteranno una contrazione e una torsione diffusa e asimmetrie di varia natura; svilupperà soprattutto il pensiero astratto, isolandosi dai sentimenti e risulteranno poco sviluppate le operazioni concrete riguardanti il mondo fisico.

Il diritto di avere bisogno e il carattere orale

È il diritto al nutrimento e alla simbiosi, quando madre e bambino si sintonizzano e si autoregolano attraverso un contatto vibrazionale creando quello che Eva Reich definì un biosistema. Questo secondo bisogno emerge nella fase dell'allattamento, nella capacità materna di nutrire con il seno ma anche con il suo amore, l'attenzione, il sostegno e la protezione. Stare in braccio ed essere toccati dà la sensazione di essere circondati da qualcosa di saldo che delimita e dà confine al corpo indifferenziato del bambino, ma può anche succedere di sentire la precarietà e l'instabilità se questo stare in braccio è tanto debole da far

avere la sensazione di cadere. Altra esperienza fondamentale per il bambino è l'incontro con gli occhi materni, che può essere appagante e avere un effetto benefico, oppure, al contrario, agire come veleno. La stabilità e la coerenza di questo sistema interattivo che la madre saprà modulare con il suo bambino sarà il motore per la costruzione del Sé. È in questo momento evolutivo che ci troviamo in un'area in cui si giocano gravi patologie del Sé legate a problematiche di attaccamento e di separazione-individuazione; momento in cui una simbiosi iniziata ma mai appagata rende difficile il processo di individuazione-separazione. In quest'area, in ambito nevrotico, troviamo il carattere orale che si basa sulla privazione, sulla dipendenza, sulla gratificazione degli altri a spese di sé.

L'elemento prevalente di questo carattere è il **tenersi aggrappato**; il soggetto sembra assorbire energia e forza dalle sue persone di riferimento. Risulta poco carico poiché supportato da un sistema muscolare poco sviluppato e scoordinato; infatti presenta gambe deboli e prive di tono e schiena contratta proprio per fornire supporto alle gambe. Sembra un bambino bisognoso, non del tutto consapevole del proprio bisogno, che cerca ogni modo per tenersi su, meno quello naturale, ossia le proprie gambe. Anche gli occhi forniscono un supporto, ancorandosi agli altri e pendendo dalle loro labbra. Spesso i suoi piedi sono appiattiti e collassati. Per reazione, talvolta, si illude di poter fare tutto da solo per evitare di incontrare il bisogno degli altri.

Il diritto di essere sostenuto e il carattere psicotico

Questo è il momento in cui avviene il passaggio dall'assoluta dipendenza orale alla maggiore autonomia dalla figura di riferimento poiché il bambino inizia a camminare, a reggersi sulle sue gambe e inizia a comunicare in maniera più attiva con i suoi genitori. In questa fase il genitore seduce il bambino e lo strumentalizza per soddisfare i propri bisogni narcisistici, costringendolo ad annullare i propri bisogni in funzione dei suoi.



Non c'è appoggio del genitore all'identità del bambino, ma invasione e manipolazione che inducono il piccolo a separarsi dai suoi sentimenti e dalle sue sensazioni profonde e ad entrare in un atteggiamento di controllo e durezza.

Quando l'Io si dissocia dal corpo e dal suo sentire (Vero Sé) la coscienza è divisa dalla sua base viva e aderisce ad una bugia (Falso Sé). Il Falso Sé è nutrito dall'isolamento del bambino che si adatta alla mancanza di sostegno nel suo processo evolutivo. In questo carattere l'Io diventa ostile al corpo e alle sue sensazioni ed emozioni e la negazione dei sentimenti diventa l'unica possibile strategia per aderire alle aspettative del genitore seduttivo.

La convinzione di "essere speciale" induce il bambino a condurre il gioco della seduzione, promettendo di essere un bambino ideale, ma deludendo poi il genitore; lo ha in pugno, sperimenta il potere sull'adulto poiché gestisce sia la promessa che la minaccia, trovandosi, in questo modo, in una posizione molto pericolosa perché rinforza il suo senso infantile di onnipotenza in un momento in cui dovrebbe iniziare a fare i conti con la realtà. Questo potere sperimentato dal bambino si osserva nel suo corpo in uno sviluppo sproporzionato della parte superiore, che corrisponde all'immagine gonfiata dell'Io, a scapito di quella inferiore. Questo carattere sarà tutto occupato a dimostrarsi al di sopra degli altri (**tenersi su**) e il sostegno sarà ottenuto manipolando gli altri.

La parte superiore esprime forza e arroganza, con occhi guardinghi, attenti, indagatori e non aperti alla relazione, con una tensione alla base del cranio, dove ci sono i centri visivi, utile ad influenzare la percezione della realtà.

La parte inferiore è trattenuta, il movimento energetico è tutto diretto verso gli altri e la grande paura è quella di sentirsi inermi, di cadere, con le gambe sottili e scariche e ginocchia iperestese o bloccate, elementi di oralità. In questo carattere l'Io nega la percezione di sensazioni e sentimenti del corpo e al posto della realtà mette le sue idee. L'immagine di Sé prende il posto del senso di Sé.

Il diritto di essere libero e dunque la piena affermazione di Sé: il carattere masochista

Io e No sono le due parole con cui il bambino si afferma, iniziando a ribellarsi ad alcune regole; ma questo bisogno di autonomia può rimanere inascoltato se la madre considera il bambino una parte di sé, opprimendolo e soffocandolo. L'energia risulterà compressa, la ribellione stroncata, gola e voce bloccate, volontà schiacciata e l'unica strategia di sopravvivenza per il bambino risulterà l'adesione e la sottomissione.

Lo stile educativo per questo carattere è stato invasivo e repressivo o eccessivamente precoce, forzato, inducendo nel bambino vissuti di angoscia, vergogna e umiliazione e rinuncia alla sua iniziativa. Nel carattere masochista prevarrà il **tenersi dentro**, con muscoli forti e contratti che spesso conferiscono al corpo una struttura tarchiata, con il collo incassato tra le spalle, le natiche appiattite e con la cosiddetta "coda tra le gambe", che è la caratteristica dominante di questa struttura, apparentemente sottomessa. Il corpo agisce come una morsa sull'Io; all'estremità superiore viene forzato all'acccondiscendenza, in quella inferiore è forzato ad una rigida educazione, all'igiene personale, producendo due blocchi che intrappolano il bambino in una gabbia, nel collo e nella pelvi. Gli arti inferiori risultano rigidi e spesso i piedi presentano un arco molto accentuato con dita serrate. L'aspetto muscolare eccessivamente sviluppato ha la funzione di trattenere gli impulsi negativi e quelli spontanei; quindi di trattenere la parte delle spalle (schiena, gola e braccia) da cui possono scaturire l'istinto e il movimento aggressivi. Spesso il *grounding* è influenzato dall'eccessivo sviluppo dei muscoli del polpaccio e dei muscoli frontali della coscia accompagnati dalla tensione nei tendini della parte posteriore. La situazione di ambivalenza è qui portata all'estremo, l'azione di sentimenti contrapposti è talmente forte che spesso conduce ad una vera e propria immobilità. Superficialmente sembrerà un bravo ragazzo sottomesso, con un forte super-io che lo farà resistere, ma in fondo sarà ostile e provocatorio, con la tendenza a colpevolizzare l'ambiente e a lagnarsi, in un vissuto continuo di persecuzione e umiliazione.

Il diritto all'amore sessuato: il rigido

Fase fallica. Edipo. Identità di genere. A questo punto avvicinarsi al genitore di sesso opposto si colora di sfumature e atmosfere diverse; non significa più toccarlo per avere calore e coccole, ma si aggiungerà una componente di curiosità ed eccitazione che potrà scontrarsi con l'educazione religiosa e sessuofobica dei genitori oppure, anche, con la loro mancanza di confini chiari tra la sfera adulta e quella del bambino. La tendenza naturale da parte del bambino sarà quella di attirare l'attenzione del genitore del sesso opposto e competere con quello dello stesso sesso. Il com-



plesso edipico è un passaggio fondamentale, non solo dal punto di vista sessuale, ma anche mentale, perché significa capire e sostenere l'esclusione e la complessità della relazione. Il carattere rigido è caratterizzato da un **tenersi indietro** per la paura di venir respinto o ferito; l'energia però può raggiungere la periferia e quindi mani e piedi, la tensione limita più l'espressione che la carica energetica. Per Lowen si può parlare di corazza o di armatura caratteriale vera e propria solo per questo carattere poiché gli altri, essendo pregenitali, non hanno avuto accesso ad una carica energetica sufficiente. La rigidità tende

ad aumentare sotto stress ed accentuare quindi l'elemento di testa alta e schiena dritta che lo caratterizza. Il blocco del rigido – con schiena rigida, collo stretto, capo eretto, spalle e bacino retratti – si evidenzia con l'irrigidimento alla spinta di "andare verso" il genitore di sesso opposto e scinderà l'affetto dalla sessualità, oppure negherà completamente quest'ultima. Competitività, ostinazione e controllo diverranno elementi caratteristici di questo carattere.

Il corpo per Lowen è quel luogo dove trovano spazio i conflitti interiori e quindi comprenderlo e

ascoltarlo diviene una condizione indispensabile per accedere a contenuti non consapevoli, come accade anche nella tradizione medica orientale. Infatti si riscontrano delle evidenti somiglianze tra le descrizioni che Lowen fa del suo metodo e quelle dei più classici testi della medicina cinese. Ad esempio Lowen, nello spiegare il movimento dell'energia all'interno del corpo, distingue due forme:

una di natura *aggressiva* e una di natura *tenera*, dove la prima scorre lungo la schiena, seguendo l'ancestrale via rettiliana, l'altra invece lungo il torace e l'addome; proprio come nella medicina cinese ritroviamo una distribuzione simile dell'energia yin e yang, dove i meridiani yang, conduttori dell'energia maschile, corrono nella parte posteriore del corpo, mentre i meridiani yin, che influenzano l'attività femminile, in quella anteriore. Continuando, Lowen descrive come vie di comunicazione del cuore, la bocca e la gola, in quanto strumenti di espressione dei sentimenti. Allo stesso modo per i cinesi il cuore è considerato la



sede del Sé, il centro di tutta la personalità e della vita emotiva dell'individuo; inoltre è collegato con la lingua, che è considerata simbolicamente il mezzo attraverso cui si comunica. È interessante sottolineare anche come Lowen spieghi i concetti di *carica* e *scarica* associandoli all'aria e alla terra; egli sostiene che la carica avviene principalmente attraverso l'inspirazione, quindi l'aria rappresenterebbe la fonte principale di energia; invece la scarica implicherebbe un necessario contatto con la terra, come negli esercizi di *grounding*, dove, grazie ad una postura rilassata di schiena e gambe, è possibile liberarsi dell'energia in eccesso facendola scorrere verso il basso (Lowen, *Il linguaggio del corpo*, 2013).

Un approccio simile si può ritrovare nel *qigong* cinese (ginnastica psicofisica, sviluppatasi all'interno della tradizione medica cinese) che, utilizzando contemporaneamente esercizi fisici e di visualizzazione, prevede di "assorbire l'energia del Cielo" e "restituirli alla Terra" attraverso il corpo.

Nel suo libro *Bioenergetica*, Lowen ad un certo punto, sottolineando la sua lunga esperienza di trentaquattro anni di conoscenza e di terapia con Reich, scrive:

«La vita di un individuo è la vita del suo corpo. Il corpo vivente comprende la mente, lo spirito e l'anima, vivere la vita del corpo significa avere una vita mentale, spirituale e sentimentale piena. Se questi aspetti della nostra natura sono carenti, è perché non viviamo interamente dentro o con il nostro corpo. [...] Non ci identifichiamo col nostro corpo, anzi, lo tradiamo. Tutte le nostre difficoltà personali derivano da questo tradimento. [...] La Bioenergetica si propone l'obiettivo di aiutare la gente a riconquistare la sua natura primaria, la condizione di libertà, lo stato di grazia e la qualità della bellezza. Libertà, grazia e bellezza sono gli attributi naturali di ogni organismo animale. La libertà è l'assenza di repressione interiore del flusso delle sensazioni, la grazia è l'espressione di questo flusso nel movimento e la bellezza è una manifestazione dell'armonia interiore generata dal flusso. Sono indice di un corpo sano e, perciò,

di una mente sana. La natura primaria degli esseri umani è di essere aperti alla vita e all'amore. Nella nostra cultura l'atteggiamento di difesa, la corazza, la diffidenza e la chiusura sono diventati una seconda natura. La Bioenergetica vuole aiutare gli individui ad aprire il cuore alla vita e all'amore. [...] La Bioenergetica è l'avventura della scoperta di se stessi» (Lowen, *Bioenergetica*, 2014, pp. 35-36).

Tutta la ricerca e l'osservazione di Lowen si basano su due essenziali principi ereditati da Reich: l'identità funzionale fra rigidità e funzione psicologica e rigidità e tensione muscolare; la correlazione fra inibizione emotiva e psichica ed inibizione ed insufficienza delle funzioni respiratorie. Con Lowen i sette anelli della corazza muscolare si estendono verso il basso comprendendo le gambe e i piedi, sottolineando l'incapacità di reggersi autonomamente, di essere in contatto con la propria realtà, sia interna che esterna, e di integrare diversi aspetti in maniera creativa ed efficace. In tale contesto Lowen introduce il concetto di **grounding**, principio cardine della Bioenergetica, come capacità di reggersi sulle proprie gambe, capacità di essere nel mondo in maniera più adulta e responsabile. Inoltre il *grounding*, per la sua caratteristica di avere i piedi ben radicati nella terra e nella realtà, riduce il ricorso a tutte quelle illusioni che falsificano il rapporto con la realtà. Dunque *grounding* significa consapevolezza profonda del nostro essere nel mondo, in maniera decisa e sicura, ma anche fluida e aggraziata; la corporeità ci regala la stabilità necessaria per gestire la dimensione mentale ed emotiva.

GROUNDING E RESPIRAZIONE

Il *grounding* si basa sulla convinzione che il trauma, fisico e psichico, riduca la capacità di contatto con la realtà e strutturi un ritiro, anche a livello corporeo. Questo ritiro, che corrisponde ad una perdita di radicamento a terra, produce una ridotta capacità di stare nella realtà e un aumento di identificazione con i propri.

«Nel linguaggio del corpo avere i piedi per terra significa essere in contatto con la realtà; significa

che la persona non opera sotto l'influsso di una illusione. In senso letterale tutti hanno i piedi per terra, in senso energetico però le cose non stanno sempre così. [...] In alcune situazioni l'energia viene ritirata dai piedi e dalle gambe e si dirige verso l'alto, verso la testa. Questo spostamento dell'energia produce uno stato dissociato tra la mente e il corpo» (Lowen, *Bioenergetica*, 2014, p. 162).

Questo spostamento dell'energia verso l'alto è tipico della cultura occidentale, in cui vince la tendenza ad identificarsi con le funzioni cognitive e ad allontanarsi dagli aspetti emotivi e viscerali dell'esperienza. In questo modo ci mettiamo in uno stato continuo di tensione, ponendoci obiettivi ideali e mettendoci in uno stato di continua pressione per poterli raggiungere. Molti dei sintomi che troviamo più frequenti – stress, ansia, confusione – possono essere ricondotti proprio a questa mancanza di integrazione tra le funzioni psichiche e corporee. Allontanandoci sempre di più dal corpo costruiamo situazioni e relazioni in cui sistematicamente ci sfidiamo e ci mettiamo sotto stress, senza permetterci di sentire di cosa realmente abbiamo bisogno. Essere *grounded* significa sapere chi siamo e dove siamo. Essere legati con le basilari realtà della vita, che sono il corpo, la sessualità, le persone che ci circondano; e ci si sente legati a queste realtà nella misura in cui lo si è alla terra. Infatti *grounding* implica lasciarsi scendere, abbassare il proprio centro di gravità, avvicinarsi alla terra per percepire il Sé nel basso ventre. Concetto, anche quest'ultimo, che ci riporta alla cultura orientale, sottolineando la funzione di collegamento, di ponte, della Bioenergetica, tra filosofia orientale e psicologia occidentale; i giapponesi, infatti, usano una parola, *hara*, che significa ventre, anche per qualificare una persona centrata, equilibrata, sia fisicamente che psicologicamente. La persona equilibrata è calma e disinvolta, i suoi movimenti sono fluidi, lenti, pieni di grazia, ma allo stesso tempo decisi, compiuti con destrezza. Non è un caso che Lowen rimanga colpito da un saggio di Mabel Elsworth Todd del 1937, *The thinking body*, che viene così citato:

«L'uomo si è fatto assorbire dalle parti superiori

del corpo nel perseguire mete intellettuali e nello sviluppo di abilità manuali o verbali. Questo, oltre a false teorie sull'aspetto o la salute, ha trasferito il suo senso di potenza dalla base alla sommità della sua struttura. Usando così la parte superiore del corpo per fini di potere, ha stravolto le funzioni naturali dell'animale e ha in gran parte perso sia le acute facoltà sensoriali dell'animale sia il controllo del potere accentrato nei muscoli lombari e pelvici» (Lowen, *Espansione ed integrazione del corpo in bioenergetica*, 1979, p. 23).

Dunque il *grounding* aiuta la persona ad identificarsi con la propria natura animale; la metà inferiore del corpo, infatti, nelle sue funzioni di locomozione, defecazione e sessualità è molto più simile a quella di un animale rispetto alla metà superiore in cui si esplicano le funzioni cognitive. È nella metà inferiore che le funzioni sono più istintive e meno soggette al controllo consapevole; ma proprio in questa natura animale risiedono le qualità di ritmo e grazia. Spingersi in alto significa irrigidirsi, perdere ritmo e grazia; abbassare il centro di gravità e sentirsi più vicini alla terra aumenta il nostro senso di sicurezza. Si tratta di un processo che ci ancora alla terra e ci apre al mondo, ci radica qui e ora e ci connette all'ambiente esterno in maniera profonda e globale. È un processo che si muove come un'onda, come un fluire di contrazione ed espansione, come una danza tra polarità. Lowen dice: «Ci si sente *grounded* quando l'onda di eccitazione, raggiunto il suolo, inverte la propria direzione e rifluisce verso l'alto, quasi che la terra ci spinga a sostenerci. Con questo sostegno possiamo mantenere coscientemente la nostra posizione» (Lowen, *La spiritualità del corpo*, 1991, p. 92).

L'Analisi Bioenergetica risveglia la consapevolezza di Sé attraverso il lavoro su respiro, movimento ed espressività. Nel lavoro terapeutico la respirazione assume un ruolo veramente centrale: per Lowen osservare il modo in cui una persona respira permette di osservare come si pone rispetto al diritto di prendere ciò che le serve nella vita. La respirazione è un atto auto espressivo che dipende dalla motilità dell'organismo in cui



l'inspirazione è un protendersi aggressivo verso l'ambiente per prendere dall'atmosfera; questo attivo risucchiare aria coinvolge bocca, faringe e laringe. Nell'espiazione piena l'onda di eccitazione scorre in basso verso i genitali e i piedi, attraverso i quali si radica nella terra. Questa pulsazione longitudinale associata al respiro (flusso verso l'alto dell'eccitazione nell'inspirazione e quello verso il basso nell'espiazione) è il movimento interno basilare dal quale sorge ogni atto auto-espressivo. Il flusso verso l'alto è collegato al prendere e al caricare ed effettivamente aumenta la carica dell'organismo. I movimenti verso il basso sono di scarica e liberazione: piangere, ridere, il sesso, scalciaie, sono atti espressivi di questo tipo. Normalmente i due processi sono coordinati; posso scaricare solo se ho preso e viceversa. In *La voce del corpo* Lowen scrive: «Il respiro in quanto pneuma è anche lo spirito o anima. Viviamo in un oceano d'aria come pesci in un corpo d'acqua e tramite il respiro siamo armonizzati con l'atmosfera. Se inibiamo la respirazione ci isoliamo dall'elemento in cui viviamo. In tutte le filosofie e la mistica orientale il respiro custodisce il segreto della massima beatitudine» (Lowen, *La voce del corpo*, 199, p. 7).

Sottolineando l'importanza del respiro David Boadella, psicoterapeuta a mediazione corporea, nel suo *Biosintesi* sostiene che riequilibrare l'energia emozionale è connesso al riequilibrare la respirazione; il centro emotivo di una persona è situato nel cuore e il centro energetico nello *hara*. Solo se il diaframma è rilassato possiamo avvertire la connessione tra questi due centri, la loro unità. Il collegamento si interrompe se il diaframma è teso, per cui ci si potrà sentire collegati al proprio cuore, senza però sentire di essere sostenuti da una adeguata energia che dovrebbe provenire dalla metà inferiore del corpo. Boadella definisce questi due centri il centro dell'amore e il centro del potere. Quando non c'è connessione abbiamo un amore privo di potere o un potere senza amore, mentre quando il collegamento del diaframma è aperto la persona risulta centrata nel potere dell'amore. Tornando a Lowen, l'esperienza che si

fa in posizione di *grounding* può essere percepita come un'onda di eccitazione che avanza con il respiro e si muove lungo l'asse verticale che collega la testa ai piedi, mobilitando la spina dorsale e seguendo una cadenza che coinvolge i tre distretti del corpo: testa, torace e bacino. Secondo l'approccio bioenergetico, attraverso questi tre distretti si esprimono le tre parti fondamentali della personalità. Attraverso la testa si esprime il pensiero autocosciente, capace di fornire visioni d'insieme e soluzioni. Attraverso il torace si esprime la dimensione affettivo-relazionale (il cuore di Boadella), capace di connettere e legare, collegata al piacere di amare e di essere amati. La dimensione istintuale si esprime attraverso il bacino (l'*hara* di Boadella), è collegata al piacere di essere vivi e di agire ed è deputata alla sopravvivenza e all'equilibrio fisiologico. Tale dimensione riguarda la nostra parte più bassa e in bioenergetica più ci lasciamo scendere più impariamo a respirare profondamente. Ma la discesa, scendere nelle proprie gambe respirando profondamente, può fare paura, può risvegliare il timore di cadere, che solitamente reprimiamo. Inconsciamente ci "teniamo su" di continuo: abbiamo imparato ad associare all'esperienza dello "scendere" le qualità connesse alla "caduta", cioè sensazioni di debolezza, vulnerabilità, mancanza di sostegno, solitudine, umiliazione. Le nostre tensioni muscolari ci mantengono rigidi e ci danno l'illusione di essere forti, mentre in realtà ci rendono insensibili e ci privano della possibilità di fare contatto con il terreno e con la nostra realtà. Impediscono anche l'unica esperienza che realmente ci può fornire il sostegno e la sicurezza di cui abbiamo bisogno per muoverci nel mondo come essere radicati e connessi, liberi di respirare, di sentire e di protenderci verso il piacere. In genere il primo sentimento che si prova quando ci si lascia andare giù è un sentimento di tristezza; se il paziente è in grado di accettare il sentimento e di abbandonarvisi, comincerà a piangere. Il ventre viene contratto e tenuto in dentro per reprimere sentimenti di tristezza, per controllare lacrime e singhiozzi; se lo lasciamo andare, possiamo

piangere di pancia, profondamente. La paura di cadere è una fase di passaggio fra l'*impasse* di essere sospesi a mezz'aria e la nuova condizione di essere saldamente ancorati per terra. In questa seconda condizione la paura di cadere non esiste, invece nel primo caso viene negata ricorrendo ad un'illusione. Risulta evidente che nel momento in cui si comincerà ad abbandonare l'illusione e si cercherà di scendere a terra il paziente proverà inevitabilmente una certa ansia di cadere. Per ogni paziente la caduta rappresenta la resa, la rinuncia ai propri schemi di controllo, cioè alla posizione difensiva. I movimenti respiratori si possono immaginare come delle onde. C'è un'onda inspiratoria che nasce nella parte profonda del bacino e scorre in su fino alla bocca. Al passaggio di quest'onda le grandi cavità del corpo – addome, torace, gola e bocca si espandono per risucchiare l'aria; se rimane contratta la gola vengono inibiti i sentimenti, il desiderio di piangere e di gridare. Spesso abbandonarsi ai singhiozzi libera la tensione della gola e apre il ventre. L'onda espiratoria parte nella bocca e scorre all'ingiù e induce un rilassamento del corpo intero: si lascia andare l'aria dei polmoni e si impara a lasciare andare ogni presa, ogni attaccamento. Solitamente chi ha paura a lasciarsi andare, ha difficoltà ad espirare in modo completo e lascia il suo torace gonfio d'aria. Il torace gonfio difende dal senso di panico, che è collegato con la paura di non riuscire ad assicurarsi abbastanza aria. Nel momento in cui una persona in queste condizioni fa uscire completamente l'aria, ha un momento di panico, al quale reagisce inspirando e gonfiando di nuovo il torace, che mantiene un'ampia riserva d'aria per misura di sicurezza. Il paziente ha paura di abbandonare questo illusorio senso di sicurezza. Risulta chiaro che in una sana respirazione la parte anteriore del corpo si muove come un tutto unitario in un movimento a onda, come si può osservare nel respiro dei bambini piccoli, le cui emozioni non sono bloccate. Nel momento in cui una persona comincia a respirare più profondamente può avvertire una sensazione di formicolio in diverse parti del corpo, come piedi, mani, volto

o sull'intera superficie. Se il formicolio diventa più intenso possono sopraggiungere sensazioni di torpore e paralisi, chiamate in medicina parestesie. I medici considerano queste parestesie dei sintomi della sindrome da iperventilazione, sintomi dovuti al rilascio di un eccesso di anidride carbonica nel sangue a causa di un'intensa respirazione. Secondo Lowen l'intorpidimento e la paralisi sono indizi di paura e contrazione di fronte all'aumento dell'eccitazione; spesso le sensazioni suscitate da questo lavoro sul respiro sono di tristezza, nostalgia e pianto, che può dare spazio anche alla rabbia. Queste reazioni scompariranno via via che il paziente imparerà ad accettare le proprie emozioni.

La respirazione assume una valenza importante nell'ambito della terapia bioenergetica anche in relazione alla voce. Se si riflette sulla meccanica del suono, per emettere voce bisogna spostare aria attraverso la laringe; siamo certi di essere vivi e respirare finché si emette un suono. Da bambini accade spesso di essere educati al silenzio, al non strillare, al non piangere. Il soffocamento di questi suoni produce nella gola una grave costrizione che inibisce a sua volta la respirazione. Allentare queste tensioni, legate alla respirazione e alla vocalizzazione, respirando più profondamente e vocalizzando in maniera limpida, fa percepire nel nostro corpo una vibrazione che ne sottolinea l'integrità e la consapevolezza del nostro territorio psicologico. L'importanza della connessione toccare-vocalizzare-udire nell'organizzazione del Sé dei primi mesi di vita è sottolineata da Edith Lecourt che evidenzia l'esperienza di grande fusione tra *caregiver* e neonato caratterizzata da un'alternanza di "radicamento visivo" e scambi pseudo verbali, sonori. Questa teoria è ripresa da Livia Geloso che parla di *grounding* sonoro. Lecourt si sofferma sull'associazione toccare-sentire nel momento in cui si differenzia tra suoni interni prodotti dal bambino e percezioni esterne, che segnano una conquista importante per definire i limiti del Sé e costituiscono, inoltre, le premesse della futura comunicazione umana, nel senso di scambio



significante. Lecourt fa riferimento al concetto di involucro sonoro di Anzieu per descrivere l'esperienza sonora in termini di contenimento. In tale contesto il riferimento al *grounding* viene inteso come autocontenimento e autosostegno attraverso il rapporto che si crea tra mondo interno e mondo esterno con la respirazione, la percezione di suoni interni, l'emissione di suoni. Se l'obiettivo del *grounding* è quello di radicarci, di metterci in rapporto col nostro corpo in maniera più lucida e consapevole per stare nel mondo in maniera più integrata, esiste un radicamento nella sonorità che tocca, avvolge, colpisce, invade, ma anche e soprattutto chiarisce e modula i nostri confini (www.liviageloso.blogspot.it).

L'ESERCIZIO COME STRUMENTO TERAPEUTICO

Ogni tensione muscolare, sia essa cronica (parte cioè della nostra armatura caratteriale), oppure generata da uno stress temporaneo di qualsiasi genere e gravità, è un "buco" nella nostra capacità di sentire il nostro corpo, quindi di percepire noi stessi. Nella contrazione, infatti, rimane trattenuta l'energia dell'emozione "pericolosa" che ci siamo negati: di conseguenza, non solo non siamo più in grado di agirla (piangendo, urlando, ridendo, pestando i piedi), ma non siamo neppure più capaci di sentirla: non sappiamo se siamo tristi o arrabbiati, bisognosi di affetto o umiliati. Il corpo di ogni persona può essere rappresentato come una "mappa dei buchi d'identità" che lo caratterizzano; una mappa, cioè, delle parti bloccate, insensibili, tagliate fuori dalla percezione. Poiché si tratta di buchi nella percezione della propria identità corporea ed emozionale, quindi nella consapevolezza della propria realtà, le persone tenderanno a privilegiare l'identificazione con un'immagine ideale di Sé, costruita sulla base di "ideali dell'io" e "illusioni dell'io". L'Analisi Bioenergetica ha proprio l'obiettivo di portare le persone a disidentificarsi con la propria immagine ideale o narcisistica e a ricongiungersi con la propria realtà fisica ed emotiva. Per farlo, abbina allo strumento verbale, tipico delle altre terapie, uno strumento che le è peculiare: l'esercizio

corporeo. Gli esercizi, infatti, sciogliendo le tensioni e i blocchi muscolari, consentono alle persone di evocare e rivivere le emozioni che in quelle tensioni e in quei blocchi erano custodite. Quando le emozioni rimosse riemergono alla consapevolezza vengono elaborate analiticamente con il terapeuta e via via reintegrate nel senso di identità delle persone. Nella sua esperienza Lowen ideò e sperimentò molte tecniche per favorire il processo di *grounding* nei suoi pazienti.

La **posizione principale** consiste nel far posizionare il paziente in piedi, scalzo, con le ginocchia leggermente flesse, i piedi con le punte convergenti e talloni divaricati alla stessa ampiezza delle spalle, il busto eretto e il peso del corpo distribuito su tutta la pianta del piede. In questa posizione il paziente deve lasciarsi respirare liberamente, cercando di far scendere il proprio baricentro fino alla pancia, in modo da sentire maggiormente il contatto dei piedi col suolo, fino a sentirsi radicato e più a contatto con la propria realtà. In questa posizione è facile che dopo un certo tempo comincino a svilupparsi delle leggere vibrazioni lungo le gambe, segno che le tensioni muscolari nelle gambe si stanno sciogliendo e l'energia comincia a circolare. Il **bend-over** (piegati in avanti, ginocchia flesse) approfondisce la respirazione e aiuta a rilassare le tensioni della schiena, tensioni che si presentano anche a causa dell'abitudine a tenere le ginocchia serrate: le ginocchia, che sono gli ammortizzatori del corpo, quando si è sottoposti a forti pressioni, si piegano facendo passare lo stress attraverso il corpo e nel terreno. Se però le ginocchia sono rigide, la pressione viene intrappolata nel fondo della schiena creando una condizione di stress permanente che darà origine ai dolori nella zona lombo-sacrale.

La posizione dell'**arco** (in posizione di *grounding* con la schiena inarcata e le braccia piegate con i pugni poggiati all'altezza delle vertebre lombari) permette di percepire le tensioni che sono presenti nella parte inferiore del corpo e nel ventre, approfondisce la respirazione e induce delle vibrazioni nella parte anteriore e nelle gambe che possono arrivare ad interessare tutto il corpo.

IL RITORNO A CASA

In *Onorare il corpo* Lowen scrive:

«La propria casa è il proprio corpo. Non essere connessi in modo sensibile con il proprio corpo vuol dire essere uno spirito disconnesso che fluttua attraverso la vita senza alcun senso di appartenenza. Tutti i pazienti con cui ho lavorato sentono, in misura maggiore o minore, questa separazione e solitudine, ed è un modo di essere tragico. L'obiettivo del mio lavoro terapeutico è aiutare le persone a ritrovare il loro senso di connessione con la vita e con gli altri, e radicarsi è l'unico modo per farlo» (Lowen, *Onorare il corpo*, 2011, p. 138).

Questa immagine del corpo inteso come la nostra casa più preziosa e l'attenzione dedicata alla parte più bassa del nostro corpo, il nostro *hara* e i nostri piedi, che ci riportano ad una dimensione più selvaggia, istintiva e autentica, rimanda a un libro molto interessante che si chiama *Donne che corrono coi lupi* di Clarissa Pinkola Estés. In questo saggio l'autrice, analista junghiana, sottolinea la necessità di recuperare l'istintualità della donna contemporanea iperaddomesticata, soffocata, incanalata in uno stereotipo di rigida sottomissione nonostante apparentemente sembri emancipata e libera. Parlando del corpo la scrittrice dice:

«Per coloro che sanno leggere, il corpo è una registrazione vivente della vita data, della vita presa, della vita sperata e cicatrizzata. È tenuto in considerazione per la sua capacità articolata di registrare reazioni immediate, sentire profondamente, intuire. Il corpo è un essere multilingue, parla con il suo colore e la sua temperatura, l'ebbrezza del riconoscimento, lo splendore dell'amore, il calore dell'eccitazione, la freddezza nella mancanza di convincimento. Il corpo ricorda, ovunque la carne sia premuta o sfiorata, un ricordo può sgorgare» (Pinkola Estés, *Donne che corrono coi lupi*, 1993, p. 200).

Rifacendosi al racconto di una favola in cui ad una

bambina vengono tolte le sue scarpette rosse, Pinkola Estés scrive:

«La perdita delle scarpette rosse fatte a mano rappresenta la perdita dell'esistenza prescelta e della vitalità appassionata, e l'accettazione di una vita troppo addomesticata. Ciò comporta una perdita della percezione precisa, e quindi la perdita dei piedi, la piattaforma su cui siamo erette, la nostra base, la parte profonda della natura istintuale che sostiene la nostra libertà» (Pinkola Estés, *Donne che corrono coi lupi*, 1993, p. 219).

In noi esiste un istinto a tornare, a raggiungere il posto che ricordiamo, ma dov'è *casa?*, si chiede Estés. È un posto interiore dove ci si sente integri, casa è l'antica vita istintuale che si muove agevolmente. Si tratta di valutare la lucentezza degli occhi, il vibrare dell'umore, la vitalità dei sensi. Essenziale è ciò che rinvigorisce l'equilibrio. Quella è casa.

BIBLIOGRAFIA

- Boadella, D. (1987). *Biosintesi*. Roma: Astrolabio.
- Bottalo, F. & Brotzu, R. (2006). *Fondamenti di Medicina Tradizionale Cinese* (ristampa). Como - Pavia: Xenia.
- Geloso, L. (2007). In *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- Lowen, A. (2009). *La voce del corpo*. Roma: Astrolabio.
- Lowen, A. (2014). *Bioenergetica* (ristampa). Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A. (1991). *La spiritualità del corpo*. Roma: Astrolabio.
- Lowen, A. & Lowen, L. (1979). *Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica*. Roma: Astrolabio.
- Lowen, A. (2013). *Il linguaggio del corpo* (ristampa). Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A. (2011). *Onorare il corpo* (ristampa). Como - Pavia: Xenia.
- Pinkola Estés, C. (1993). *Donne che corrono coi lupi*. Segrate (MI): Frassinelli.
- Reich, W. (1973). *Analisi del carattere*. Milano: Sugar.



IL CONTROLLO DELLE EMOZIONI NEL DINAMISMO DELLA BALBUZIE

Antonio Bitetti

Psicologo-psicoterapeuta,
fondatore dell'Istituto Europeo
per la Balbuzie e la Psicologia della
Comunicazione Srl

RIASSUNTO

Il controllo che il balbuziente adotta è un aspetto appreso e mai abbandonato, nel tentativo di arginare e contenere le sottostanti pulsioni aggressive (Bitetti A. pag.119-133, 2016). Nella letteratura scientifica riguardante le ricerche sulla balbuzie, non vi sono studi specifici che mettono in relazione il meccanismo di controllo dell'apparato fonatorio e la sintomatologia del balbettare.

Il primo a parlarne già molti anni fa è stato il dottor Antonio Bitetti (2001, 2006, 2010) e ha continuato con queste ricerche, anche attraverso il lavoro costante con il modello di terapia da lui ideato e divulgato: "La Balbuzie Approccio Integrato", (Bitetti A., 2010).

PAROLE CHIAVE

Bitetti, balbuzie, controllo

Il controllo della bocca che osservo sistematicamente nei miei pazienti affetti da balbuzie, nasconde una tendenza a trattenere emozioni intrinseche di rabbia e di aggressività. È possibile notare anche una forte tendenza a trattenere le emozioni positive, fatte di gioia e di abbandono

fiducioso alla vita. Come se il balbuziente vivesse il tutto in una dimensione di forte rigidità, con la propensione a chiudere il rubinetto energetico, nell'irrazionale paura di chissà quali effetti.

Nella letteratura scientifica riguardante le ricerche sulla balbuzie, non vi sono studi specifici che mettono in relazione il meccanismo di controllo dell'apparato fonatorio e la sintomatologia del balbettare. Io ho cominciato a parlarne già molti anni fa (Bitetti A., 2001) e ho continuato le mie ricerche, anche attraverso il lavoro costante con il modello di terapia da me ideato e denominato: "Approccio Integrato" (Bitetti A., 2010), (www.ist-balbuzie.com).

Se dovessi definire in maniera pratica cos'è il problema della balbuzie, direi con una certa sicurezza, dettata da una ventennale esperienza di lavoro in tale settore, che il balbuziente balbetta, perché adotta una strategia psicologica anti-tetica al normale funzionamento della fonazione. Affermare questo non è semplice, neanche per me che curo balbuzienti da molti anni, perché non è semplice pensare che un meccanismo di controllo possa essere così diretto ad influenzare negativamente il linguaggio; eppure, le prove a mia disposizione orientano tutte in questa direzione.

Difatti, qualsiasi strategia che distolga l'atten-

zione dal controllo sulla parola, permette rapidamente al balbuziente di esprimersi normalmente. Il controllo nella balbuzie è una cattiva abitudine appresa e mantenuta viva per parecchio tempo. Siamo in presenza di un apprendimento sbagliato, ma probabilmente adattativo in una esperienza ritenuta critica in un dato periodo dell'infanzia. Il problema nasce quando quel comportamento viene protratto nel tempo, credendo che l'emergenza debba durare necessariamente al di là di quel periodo.

Mentre il normoloquente, cioè colui che non balbetta, non controlla la bocca in nessuna circostanza della vita di relazione, il balbuziente, invece, controllando massicciamente il suo linguaggio nel momento in cui si relaziona, condiziona negativamente il suo linguaggio. Quando è da solo, nel chiuso della propria stanza, il balbuziente non attua questo meccanismo di controllo e quindi, parla liberamente. Questo, perché tale meccanismo è strettamente connesso al timore di essere giudicato negativamente dagli altri, poiché molto probabilmente è già forte il giudizio negativo verso se stesso.

Tante volte, soprattutto nella balbuzie di tipo tonico, dove il controllo è davvero eccessivo, il corpo fa scattare dei meccanismi di compensazione, comunemente chiamate sincinesie. Questi, sono dei meccanismi involontari della muscolatura facciale, che servono ad antagonizzare quella sensazione di vuoto che il balbuziente avverte nel momento in cui, da una parte vorrebbe parlare liberamente e dall'altra, frena questa possibilità.

Potremmo accostare questo concetto ad un esempio pratico, quale il meccanismo di pescaggio di un liquido attraverso una pompa. Se il motore della pompa funziona bene ed il liquido è presente nella vasca di estrazione, non ci dovrebbero essere problemi a trasferire il liquido dalla vasca all'esterno. Ma, se la cannula di pescaggio, per un problema qualsiasi avesse una ostruzione, allora la pompa agirebbe inutilmente, producendo un tipico rumore di un meccanismo non funzionante, che potremmo definire "mecca-

nismo a vuoto".

Il vuoto che si viene a creare durante il blocco della parola, fa avvertire una sensazione di impotenza, espressione tipica di una persona che si chiede cosa stia succedendo, ma che non riesce a dare una spiegazione adeguata. La spiegazione sta nel fatto che, una parte della personalità vorrebbe agire in maniera produttiva e propositiva, mentre dall'altra, opera una forza antagonista che frena questa possibilità. Lo stupore che prova il balbuziente è da attribuire a quella parte di sé che si chiede: "chi e perché ha frenato il mio linguaggio?".

Sta proprio in quest'ultimo passaggio il vero concetto di controllo sulla propria parola, autentico problema del balbuziente. Tale potente meccanismo di controllo limita la possibilità di quella libertà espressiva caratteristica invece di chi non ha mai sofferto di balbuzie e che può permettersi invece di vedere nel proprio linguaggio un potente strumento di comunicazione e di affermazione sociale.

Nella mia lunga pratica professionale, utilizzando tecniche di depolarizzazione del controllo della bocca, da me messe a punto, ho maturato prove evidenti che confermano chiaramente tutto questo. Più si controlla e più si balbetta, la sintomatologia del balbettare è direttamente proporzionale al grado di controllo, che diventa una zavorra. La bocca va lasciata libera, non ha necessità di essere controllata in continuazione, invece ostacolando questa libertà si ha un effetto contrario alla normale fisiologia umana. Di suo, il controllo è un meccanismo antitetico alla libertà di azione e preclude la possibilità di dare al balbuziente la possibilità di parlare liberamente.

Il balbuziente è molto più attento, anzi esageratamente attento, al modo in cui si esprimerà nel momento della interazione. Come quando si guarda un quadro importante: "si è più attenti al dipinto o alla cornice?". Certamente anche la cornice ha il suo valore, anche estetico, ma l'opera pittorica rappresenta indubbiamente l'elemento centrale di quello che si sta ammirando.

Ovviamente, non possiamo affermare che il bal-



buziente sottovaluti il contenuto che esprime, ma è estremamente attento alla cornice. Nella pretesa perfezionistica di trovare la migliore elaborazione concettuale ed espressiva, inciampa, ed è il caso di dirlo, proprio nel risultato opposto e quindi, balbetta.

Non è possibile mantenere lo stesso livello di attenzione per ogni azione, è una questione di economia psichica, come nel caso del bambino piccolo che sta iniziando ad imparare a camminare. Nelle prime fasi muove le gambe con difficoltà, alcune volte ha paura di cadere, ma una volta acquisita la capacità di camminare, essa va da sé, non si ha più nessun motivo di prestare la stessa attenzione di prima.

Questo vale anche per il linguaggio, che pur essendo una capacità innata nell'uomo ha bisogno di un certo periodo di tempo per poter esprimere appieno tutta la propria potenzialità. (**Chomsky N., 1971**). Una volta portato a termine il processo di acquisizione, il bambino si sente sufficientemente sicuro e comincia, con il procedere degli anni, a crearsi una meta più alta e cioè, l'arricchimento del repertorio lessicale e grammaticale.

È importante tener presente che il controllo, in un quadro generale di economia psichica ha dei costi, proprio in termini di dispendio energetico, perché non solo va ad invalidare la qualità dell'azione che si vorrebbe attuare, come nel caso del linguaggio, ma il meccanismo frenante, in se per se ha anch'esso un valore energetico e quindi, vi è una somma di effetti negativi su tutto il quadro energetico complessivo.

Del perché il balbuziente frena durante la relazione e non frena il proprio linguaggio nella classica situazione in cui è da solo, è un motivo che ho più volte analizzato nei miei precedenti lavori editoriali (**Bitetti A., 2001, 2006, 2010, 2016**). L'essere chiamato ad interagire scatena tutta una serie di meccanismi psichici e reazioni fisiologiche. La paura di balbettare porta ad una costante attenzione su come si vuole esprimere, sul controllo in termini di previsione del giudizio altrui ed infine, su quello più realistico e logico che riguar-

da ciò che si vuole dire. Con una tale sequenza di pensiero, a dir poco eccessiva, è facile incappare in uno stato d'ansia compromettendo l'eloquio stesso.

L'aggressività costruttiva ha un ruolo fondamentale nell'evoluzione personale e sociale di ogni individuo. Questo tipo di energia ha lo scopo prevalente di crearsi spazi operativi nella dinamica relazionale e sociale. Essa, permette all'individuo di penetrare nella rete di rapporti, aumentando considerevolmente le probabilità di affermazione e di successo personale e professionale. Se questa energia subisce delle distorsioni cognitive, invalida successivamente le emozioni e i comportamenti che ne conseguono, ponendo le basi per l'instaurarsi di una difficoltà.

Sono pienamente d'accordo sull'interpretazione data da (**Frielingsdorf K., 2002, pag.17**) il quale in un suo saggio, parla della valenza positiva della aggressività, come di una forza vitale per valorizzare la propria capacità di relazione. Egli facendo una distinzione tra diversi tipi di forze aggressive che lui definisce aggressioni, si sofferma soprattutto su quelle aggressioni che promuovono la vita. Le aggressioni che promuovono la vita e la relazione, operano come forze creative, costruttive e formative che fondano la vita e la relazione ed infine sono indirizzate all'amore, che a sua volta libera nuove energie.

Pensare in termini positivi di sé e delle proprie qualità di base, aumenta prima a livello cognitivo e poi a livello emotivo l'energia vitale, con una conseguente sensazione di benessere. Il linguaggio, come ogni altro elemento umano si avvale di questo flusso energetico, come linfa vitale, creando i presupposti per un tipo di comunicazione forte ed incisiva. Perché dunque avere paura di parlare, perché controllare la bocca e di conseguenza la parola, conoscendo già gli automatismi appresi del linguaggio?

Quando si ha paura di sbagliare, perché soggiogati da un sottostante senso di autosvalutazione, oppure ingabbiati da una pretesa perfezionistica, è facile esporsi al rischio di pensare di poter gestire l'intera situazione attraverso un mecca-

nismo di controllo. Purtroppo, accade l'esatto contrario poichè, anziché facilitarne la gestione, la penalizza, andando a sottrarre quelle importanti risorse energetiche adatte ad un comportamento più deciso ed efficace.

Sembra che il balbuziente viva a metà la sua carica aggressiva e il suo sintomo esplicita chiaramente il suo problema. In tante circostanze, quando il balbuziente è fortemente adirato riesce a parlare bene: l'importante è che non metta in atto il meccanismo di controllo. In pratica, quando è fortemente arrabbiato e pensa esclusivamente al dimostrare il suo disappunto, la sua protesta, riuscendo a sganciarsi dal meccanismo di controllo sulla parola, questa diventa fluida e potente. Altre volte, ove permane il controllo, anche se c'è rabbia, può balbettare **(Bitetti A., 2010)**. L'elemento che fa la differenza è senza dubbio l'attenzione costante, il controllo che rivolge alla sua bocca e simbolicamente alla sua parola, al significato relazionale che questa rappresenta nella dinamica sociale.

Ma il balbuziente, nella sua pratica di controllo abituale, ha una "ambizione" ancora maggiore. In tutti questi anni del mio lavoro ho indagato su un altro aspetto davvero interessante e cioè, egli tende a controllare non solo la dinamica precedentemente esposta ma tende a controllare anche il pensiero dell'interlocutore, molto probabilmente per tentare di prevenire atteggiamenti di derisione da parte di chi lo sta ascoltando e guardando.

Al telefono, per esempio, il balbuziente ha più dif-

ficoltà del solito. Molti adulti balbuzienti da me trattati hanno confermato di delegare ad altri, richieste di vario genere. Fare delle prenotazioni o chiedere informazioni al telefono, diventa un vero serio problema per chi balbetta.

Mancando il feed-back visivo, il balbuziente si fa venire tutta una serie di idee, prevalentemente negative, su quello che potrà fare, pensare o immaginare l'interlocutore. Siccome le sue idee sono prevalentemente di tipo negativo durante la relazione, prova forte difficoltà ad accettare tale



esperienza. Attraverso questo atteggiamento di controllo, crede di poter gestire meglio la sua già difficile situazione durante l'impatto relazionale. Crede che studiando il comportamento altrui, possa creare i presupposti per gestire a suo vantaggio, qualsiasi risposta da parte dell'interlocutore.

Nella mia esperienza di terapeuta della balbuzie ho sempre sostenuto e sostengo ancora, l'importanza del meccanismo di controllo di quelle dinamiche a forte valenza aggressiva nell'eziopatogenesi della balbuzie.



È un tentativo maldestro da parte del balbuziente di gestire una situazione a forte significato autosvalutativo. Non essendo in grado di dirigere le sue energie in maniera adeguatamente competitiva, il che gli darebbe una sensazione di forza e di sicurezza nell'affrontare gli altri, si difende. Il meccanismo del controllo in questo caso è un meccanismo chiaramente difensivo, che invece di aiutarlo, lo paralizza di più e gli rafforza l'idea che non abbia capacità di gestione. Almeno è questo che egli crede e di cui è convinto.

Ecco perché il balbuziente è in difficoltà nell'esprimere la sua energia, egli tende a bloccare la parte propulsiva di sé, come se ne avesse timore, non sapendo che quella energia interna è il motore energetico di tutte le attività umane, compreso il linguaggio. L'energia è vita e il fluire positivamente di essa, permette una buona tonicità psichica, con la relativa sensazione di benessere fisico, predisponendo ad una buona concezione di sé, di forza e favorendo così un rapporto paritario con gli altri. **(Bitetti A., pag.98, 2010).**

Nel balbuziente questa energia sembra bloccata o viene vissuta a tratti, frequentemente in

relazione ad esperienze positive che aumentano solo momentaneamente la buona percezione di sé. Manca la continuità, non c'è piena consapevolezza della propria forza e le azioni, i progetti, possono assumere carattere abortivo. Tipico il discorso di molti miei pazienti balbuzienti che mi chiedono come mai in alcune circostanze parlano bene ed in altre invece balbettano.

Non si rendono conto che avendo maturato nel tempo una convinzione circa il proprio disturbo e quindi, convinti di avere un problema di questo tipo, si abituano a viverlo passivamente, in balia di come esso potrà agire nell'arco della giornata. Non sono ancora pronti a recepire il concetto che se non si supera il controllo sulla bocca e non si creano a quel punto, migliori atteggiamenti propulsivi, che vanno nella direzione di valorizzazione di sé, risulta difficile contrastare positivamente il problema.

Invece, superando il controllo, si aprirebbero prospettive energeticamente più produttive. E come se si aprisse una valvola, permettendo di fare uscire una energia maggiore, questa diventa più disponibile per un utilizzo adatto, prima di tutto



verso una migliore percezione di sé e successivamente, verso una migliore utilizzazione a livello interpersonale.

Il liberare energie interne offrirebbe inevitabilmente una sensazione di forza, la stessa che ognuno di noi avverte nei momenti di gioia e di positività. Si avverterebbe una sensazione di espansione, che spingerebbe all'azione e a fare di più.

Sul piano affettivo, il balbuziente può temere il coinvolgimento profondo e tende a posticipare la scelta, soprattutto quando sente di doversi prendere appieno le proprie responsabilità. Affronta meglio le situazioni quando sente di potersi poggiare su di un'altra persona, sia sul campo affettivo e sia su quello professionale.

Ad una prima osservazione sembra avere delle propensioni a progettare alla grande e può realisticamente possedere delle buone, se non ottime basi di partenza, in termini di intelligenza e di creatività. Ma una indagine più accurata, fa emergere la presenza di paure di fondo, o la carenza di quel supporto in termini di grinta e determinazione che necessariamente rappresentano la giusta carburazione di ogni progetto. Quel dinamismo, che alcuni psicoanalisti di scuola francese hanno definito: "impotenza orale" (**Anzieu A.e D.,1980**).

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu A., Didier Anzieu, Bernard Gibello, Roland Gori, (1980). Psicoanalisi e linguaggio. Editore Borla.
- Bitetti A., (2001). Analisi e prospettive della balbuzie, Positive Press, Verona.
- Bitetti A., La balbuzie. Un problema relazionale, Armando Editore, Roma, 2006
- Bitetti A., La Balbuzie Approccio Integrato, IEB Editore, Milano, 2010
- Bitetti A., Emozioni, Comportamento e Controllo, IEB Editore, Milano, 2016
- Brown R., Social psychology, New York, Free Press of Glencoe,1965
- Chomsky C., The acquisition of syntax in children from 5 to10, Cambridge, MIT Press,1969
- Chomsky N., A review of verbal behavior by B.F. Skinner. Language
- Chomsky N., The formal nature of language. In E. Lenneberg, Biological foundations of language, New York, Wiley,1967, pag.(397-442)
- Clark A.J., Defense mechanisms in the counseling process, Sage Publications, 1998.
- Euvres M., psychanalytiques, la relation d'objet, 1967 Payot, Paris
- Fenichel O., Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi, Astrolabio, Roma,1953
- Frielingsdorf K., L'aggressività positiva, Edizioni San Paolo, 2002
- Hayes, Strosahl & Wilson Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change. New York: Guildford Press, (1999).
- Harris M., La nostra specie, natura e cultura nell'evoluzione umana, Rizzoli, Milano, 2002
- Horney K., Nevrosi e sviluppo della personalità, Astrolabio, Roma, 1981.
- Lacan J., Lo stadio delle specchio, in Scritti, Einaudi, Torino,1974
- Lacan J., Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi, Einaudi, Torino, 1974
- Miceli M., Castelfranchi C., Le difese della mente, NIS, Roma, 1995.
- Mussen P.,Conger J., Kagan J., Child Development and personality, Harper & Row Publisher,1974
- Naranjo C., Carattere e nevrosi, Astrolabio, Roma, 1996.
- Polster E., Polster M., Gestalt Therapy Integrated, Vintage Books, New York, 1973
- Restak R., Il cervello modulare, Longanesi, Milano, 1998. Robertson I., Il cervello plastico, Rizzoli, Milano, 1999.
- Sassaroli, Lorenzini & Ruggiero Psicoterapia Cognitiva dell'Ansia. Raffaello Cortina Editore (2007).
- Sassaroli & Ruggiero International Journal of Child and Adolescent Health, 2, 229-242 (2008).
- Winnicott D., Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974
- Winnicott D., Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974



L'ESPERIENZA DELLA MATERNITÀ: TRA DESIDERIO E RIFIUTO. UNA LETTURA PSICODINAMICA

RIASSUNTO

L'esperienza della gravidanza e della maternità, per autori di impostazione psicoanalitica, quali Sigmund Freud, Helene Deutsch, Melanie Klein, Dinora Pines, T. Berry Brazelton e Bertrand G. Cramer è da sempre considerata, in relazione allo sviluppo sessuale e psichico femminile, come un evento che si inserisce nel processo evolutivo personale di ogni donna.

"Alla futura madre è richiesto un grande passo evolutivo, che consiste nel passaggio dall'essere una persona psichicamente e fisicamente singola, circoscritta, autocontenuta e autonoma, all'essere "doppia", contenente un essere vivente che è, nello stesso tempo, parte di sé e persona distinta, e sulla quale proietta sé stessa e la relazione con il partner". (P. Brustia Rutto, 1996)

La complessità della dinamica psicologica della gravidanza e della maternità è quindi strettamente legata al grado di sviluppo e di strutturazione raggiunto dalla sessualità, dai meccanismi di difesa e di controllo della realtà esterna, dalle immagini di sé e soprattutto dalle modalità di rapporto con le proprie figure genitoriali.

La maternità è considerata un'esperienza problematica e complessa, così come lo è il suo rapporto con la femminilità. La gravidanza è vista, infatti, come momento di riedizione della storia infantile della donna e, di conseguenza, come periodo critico che può condurre, in situazioni

favorevoli, ad un nuovo livello di organizzazione e di equilibrio; un momento di "crisi" in quanto comporta il riaccutizzarsi di conflitti legati al processo di elaborazione di fasi cruciali dello sviluppo della donna, nelle quali si realizzano quei processi mentali profondi relativi all'acquisizione dell'identità femminile.

PAROLE CHIAVE

maternità, gravidanza, psicodinamica, figlio, desiderio, rifiuto

INTRODUZIONE

I primi tentativi di conoscere l'esperienza psicologica soggiacente al desiderio di maternità sono stati effettuati da autori di orientamento psicoanalitico, che hanno cercato le motivazioni alla genitorialità non tanto nell'adulto quanto nella dinamica dello sviluppo sessuale e psichico della personalità infantile, valorizzando le componenti inconscie della scelta.

M. Langer (1951), inizialmente, ha preferito parlare di "istinto materno", considerato come un dato biologico e psicologico di base: una qualità innata e naturale, "inscritta nell'ordine delle cose", una sorta di norma idealizzata, non discutibile. *"La causa fondamentale del desiderio della donna di avere un figlio è biologica; è l'istinto materno a esigere questa gratificazione diretta"*, gravidanza e parto sono viste come la massima realizzazione

Paola Conte

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico - relazionale in formazione, terapeuta EMDR

Antonella Sciancalepore

Psicosessuologa, Psicologa giuridico-forense, Psicoterapeuta sistemico - relazionale in formazione

Francesca Lacerenza

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico - relazionale in formazione, terapeuta EMDR

delle facoltà biologiche della donna.

Successivamente, autori come Elisabeth Badinter (1981) hanno suggerito una definizione più generale di "sentimento materno" che, come tale, è naturalmente sottoposto all'intrinseca "ambivalenza" propria di ogni altro sentimento umano.

In realtà, la gravidanza è un processo che racchiude entrambe le definizioni, in quanto costituisce un'esperienza psicofisica del tutto particolare che appare, da un lato, effettivamente e "naturalmente" inscritta nella costituzione biologica della donna e, dall'altro, in relazione non lineare con l'assunzione di un'identità sessuata.

Inoltre, caratteristica di questo periodo è un'ulteriore ambivalenza che la donna è chiamata ad affrontare e gestire. Da un lato, ella sperimenta una regressione, cioè tende a rivivere esperienze passate e, tra queste, hanno particolare rilievo quelle che hanno segnato il percorso, a livello emozionale e cognitivo, del rapporto con la propria madre.

Dall'altro, in questo periodo la donna è alla ricerca di fasi maturative più avanzate, più adulte, che le facciano conseguire un nuovo raggiungibile ed auspicabile status, quello materno, con il desiderio di riuscire a completare il proprio processo di sviluppo attraverso la concretizzazione di un progetto di vita. La prevalenza di uno o dell'altro processo (maturativo o regressivo) è proprio alla base dell'accettazione o del rifiuto della gravidanza stessa.

La gravidanza comporta, oltre alla preparazione biologica di un utero accogliente, anche l'elaborazione di un "grembo psichico" dove il bambino che nascerà possa essere atteso, cioè pensato ed amato ancor prima di venire alla luce, uno spazio interno deputato, esclusivamente, per il bambino e per la relazione con lui.

G. L. Bibring (1961) individua, durante la gestazione, due "compiti adattivi" che si succedono nella donna: il primo, nei primi mesi di gravidanza, consiste nell'accettare l'embrione, prima, ed il feto, poi, quale parte integrante di sé.

Tale completa fusione narcisistica perdura sino a

quando la percezione dei primi movimenti fetali, intorno al 6° mese di gravidanza, non impone alla donna la realtà di un bambino "altro da sé", diviene necessario, allora, riorganizzare nuovamente i propri investimenti oggettuali; è questo il secondo "compito" che la donna deve affrontare.

A tal proposito, F. Ferraro e A. Nunziante-Cesaro (1985), affermano che *"l'individualità della donna appare compromessa, tutto il lungo lavoro di differenziazione che ha accompagnato il proprio processo di sviluppo viene messo in crisi, sia pure momentaneamente, dallo stato simbiotico che si trova a vivere con la gestazione"*. Con la maternità, quindi, la donna può raggiungere una più completa individuazione di sé, riuscendo a stabilire una distinzione dei propri confini personali e del proprio spazio interiore dalla madre e dalle persone significative.

La donna in attesa di un figlio deve riuscire a integrare questa nuova e sconvolgente esperienza all'interno della propria storia e del proprio processo di crescita, accettando in maniera incondizionata la presenza dentro di sé di un "altro da sé". Ella è necessariamente chiamata ad assumere il ruolo di "contenitore" e la possibilità di attribuire significati positivi al proprio essere "oggetto contenente" sembra essere in stretta relazione con il livello di integrazione raggiunto dall'io nelle primissime fasi dello sviluppo all'interno della relazione primaria con la propria madre.

In questo senso la gravidanza è inscritta nella storia più antica di rapporto delle donne con la madre come primo oggetto di amore e di trasformazione, ed il bambino stesso è iscritto in questo rapporto rappresentando parti di sé confuse con la propria madre e, contemporaneamente, parti di sé legate al rapporto oggettuale con la madre, col padre, col partner sessuale. Se la madre è il primo oggetto d'amore e di trasformazione nella vita della donna, è di cruciale importanza l'elemento attivo delle fantasie materne nella costituzione dell'immagine di sé, a seconda che esse abbiano agito come rispecchiamento di una identità, del doppio e/o di una mancanza.

La spinta a generare e l'esperienza della



gravidanza sono considerate un modo privilegiato di riattuare la fusione originaria con la madre, una modalità di superare la nostalgia della relazione primaria, di tornare a sperimentare il ricongiungimento al corpo materno. Si tratta, cioè, della realizzazione di un desiderio del periodo edipico e preedipico e, in quanto tale, ne riattiva tutta la problematica, tutti i conflitti.

I sentimenti di colpa infantili, connessi agli attacchi perpetrati nella fantasia contro il corpo materno, prima, e al desiderio di occuparne il posto, dopo, e le conseguenti angosce persecutorie che tali fantasie inevitabilmente scatenano, riemergono con tutta la loro intensità in questo periodo, determinando, nella donna, una serie di timori, di paure e di angosce riferibili sia all'integrità del proprio corpo sia a quella del bambino che portano in grembo. Inoltre, la donna che, in epoca infantile, non abbia potuto contare su una madre sufficientemente buona e capace di "contenerla" e "sostenerla", può nel momento della gravidanza in cui ella stessa diventa "contenitore" essere assalita da quelle stesse angosce che i fallimenti materni le avevano causato.

SIGMUND FREUD E I POST-FREUDIANI

I primi studi freudiani, hanno ricondotto l'origine primaria del desiderio di maternità alle fasi preedipiche ed edipiche dello sviluppo psicosessuale femminile e al concetto di invidia del pene.

Ne *"La femminilità"* (1932), Sigmund Freud si pone il problema della bisessualità in quanto si può riscontrare come anatomicamente l'individuo non sia né completamente maschile, né completamente femminile, ma porti in sé alcune caratteristiche dell'altro sesso.

Una differenza sostanziale fra i due sessi, però, è evidente nell'effetto diverso che il complesso di evirazione ha nell'uomo e nella donna, in quanto nel primo la minaccia d'evirazione pone fine al complesso edipico, mentre nella femmina ne sancisce l'ingresso.

Sigmund Freud (1925) sostiene che, con la scoperta della differenza anatomica tra i sessi, l'invidia del pene ha, per la bambina, il significato di

separarla dalla madre, che non è stata in grado di fornirglielo, quindi considerata responsabile della sua mancanza e che il desiderio del pene mancante porterà la bambina a rivolgersi al padre per averlo e, successivamente, sposterà tale desiderio sull'averne un bambino (visto come equivalente del pene).

Infatti, la bambina desidera un figlio già prima della fase edipica ed è in questi termini che viene interpretato da Freud il gioco delle bambole; infatti egli afferma che *"solo con la comparsa del desiderio del pene, il bambino-bambola diventa un bambino avuto dal padre e, da quel momento in poi, ciò cui ambisce il più forte dei desideri femminili"* e quindi *"... la bimba scivola (si potrebbe dire sulle tracce di un'equazione simbolica) dal pene al bambino: il complesso edipico culmina nel desiderio, coltivato da tempo, di ricevere dal padre un bambino in regalo, di generargli un figlio"* (S. Freud, 1924).

S. Freud sostiene che *"I due desideri, di possedere un pene e di possedere un bambino, permangono fortemente investiti nell'inconscio, aiutando in tal modo la femmina a prepararsi alla sua futura funzione sessuale."* *"Sul figlio la madre può trasferire l'ambizione che dovette reprimere in sé stessa, da lui può attendersi la soddisfazione di tutto quello che le è rimasto del proprio complesso di mascolinità"* (S. Freud, 1924).

Quindi, il desiderio di gravidanza, secondo S. Freud, ha origine sia da una carenza sul piano fisiologico (del pene), che porta la donna a cercare un completamento tramite un figlio, sia da una necessità di riunione con il primo oggetto d'amore (la madre) grazie ad un sostituto: il figlio.

"L'essere" che cresce durante i nove mesi che costellano l'esperienza gestazionale si prefigura come il fantasma del Doppio, derivato dall'esperienza narcisistica fusionale ricco di connotati fortemente perturbanti.

L'angoscia che sembra caratterizzare le prime fasi della gravidanza è messa in relazione con il *"fantasma di creazione narcisistica"* in cui il corpo sembra autoriprodursi duplicandosi.

Da questa esperienza, C. Brutti (1983) sostiene che si possono articolare due tipi di fenomeni:

"l'uno riguardante il costituirsi del primo nucleo della propria identità (evento evolutivo), l'altro riguardante l'inevitabile destino di morte qualora tale evento, esaurendosi tutto nella produzione del Doppio e nell'impulso a catturarne l'immagine, diventi esperienza di annullamento reciproco".

Gli effetti connessi a tali fantasie sono inquietanti ma, allo stesso tempo, presenti in quasi tutte le gestazioni e prendono spesso la forma dell'angoscia e si esprimono nella conflittualità che le donne manifestano come opposizione tenace al proprio "destino materno", anche quando questo è stato fortemente voluto e desiderato.

Il bambino è il perturbante Sosia, definito da S. Freud *"un raddoppiamento dell'io, quindi una suddivisione dell'io, una permuta dell'io: un motivo del genere è infine il perpetuo ritorno dell'uguale, degli stessi tratti del volto, degli stessi caratteri, degli stessi destini, delle stesse imprese delittuose, e perfino degli stessi nomi attraverso più generazioni che si susseguono"* (Freud, 1919).

Dopo gli anni '40, i contributi si sono arricchiti, soprattutto grazie alle osservazioni cliniche di donne in gravidanza.

Discepoli freudiani come H. Deutsch e R. Mc Brunswick caratterizzano la gravidanza come una condizione all'interno della quale la donna vivrebbe una doppia identificazione: una con il feto, attraverso cui ripercorrere la trascorsa vita intrauterina, e una con la propria madre, attraverso cui rivivere e ripetere la loro relazione primitiva, intesa anche come un'identificazione "con chi è accudito" e, allo stesso tempo, una "con chi accudisce". Pertanto, una volta che quest'ultima avrà liberamente e positivamente vissuto entrambi i tipi di identificazioni, potrà allo stesso modo essere capace di accettare, da un lato, il feto come oggetto e, dall'altro, se stessa come madre.

Un sano equilibrio di queste dinamiche sfocia in un'identificazione serena e tranquilla con la madre ideale e con il figlio da lei ben protetto.

La Deutsch ha individuato due tipi di relazioni che la gestante stabilisce con il proprio bambino: una prevalentemente narcisistica, relazione fondamentale soprattutto nel periodo iniziale della

gravidanza, e un'altra prevalentemente oggettuale, nel periodo più prossimo al parto per preparare la donna all'esperienza della separazione. L'autrice, tuttavia, ha individuato, nel corso del suo lavoro, l'esistenza di due tipologie diverse di donne rispetto alle loro reazioni psichiche alla gravidanza.

Alcune vivono il bambino come un componente del proprio io e ciò produce inevitabilmente un aumento del narcisismo secondario che si manifesta con un aumento di stima e di considerazione di sé come donna e come madre. La seconda tipologia, invece, rivela non un investimento narcisistico dell'io ma, al contrario, un impoverimento di esso; il figlio è considerato sin dai primi momenti della gestazione più come oggetto che come parte di sé e componente dell'io e, in quanto tale, attira su di sé una quantità enorme di libido narcisistica, impoverendo in questo modo l'io materno.

Pertanto il vissuto di tale condizione in questo periodo può dar vita, a sua volta, a due sentimenti opposti che trovano i propri corrispettivi nella possibilità di sperimentare "una dilatazione immensa" oppure, al contrario, di andare incontro ad un sentimento di "annientamento totale".

A tali sentimenti opposti, inevitabilmente, corrispondono altrettanti atteggiamenti rispetto alla loro percezione di madre: se da un lato la donna-madre potrà dare *"origine alla vita, all'amore, alla fierezza materna e a sentimenti di felicità"* dall'altro, invece, prenderanno corpo vissuti depressivi, vissuti riguardanti la morte, la distruzione, l'odio e la vergogna (H. Deutsch, 1946).

La relazione esistente tra conflitti emotivi e sintomi organici della gravidanza è manifesta ne *"i processi organici della gravidanza (che) vengono di frequente usati dalla psiche per manifestare le cariche emotive preesistenti"*, dando luogo a espressioni di tipo psicosomatico, caratteristiche di quasi tutte le gravidanze.

Si può, di conseguenza, non solo osservare l'influenza che i processi somatici esercitano su quelli psichici, ma anche scoprire, la relazione esistente tra conflitti emotivi e sintomi organici



della gravidanza.

"Assorbimento orale ed espulsione, ritenzione anale e deiezione, azioni aggressive, tutti questi impulsi primitivi accompagnano determinate funzioni organiche e, fin dall'inizio, sono connessi a determinate tendenze psichiche elementari", cui sarebbero riferibili a quelle caratteristiche manifestazioni orali quali *"le crisi di fame intensa che si alternano con periodi di mancanza completa di appetito, i dolori gastrici che non si possono attribuire solo a fattori organici"*; così, le varie "voglie" di cibi, manifestazioni di impulso coatto e spasmodico a mangiare, quand'anche appaiano di tendenza opposta all'atto del vomito, e quindi al desiderio espulsivo, tuttavia rivelano lo stesso conflitto tra il desiderio di annichilimento e desiderio di preservazione dell'embrione: *"nel primo caso prevalgono le tendenze ad eliminare, nel secondo ad incorporare"* (H. Deutsch, 1946).

A volte, in fasi più avanzate della gravidanza, la donna può sentirsi invasa dal bambino, come un parassita. Sente il figlio come una vita che procede inevitabilmente, come la morte.

In *Psicologia della donna*, la Deutsch (1945) dedica ampio spazio all'interruzione spontanea di gravidanza e cerca di dimostrare quanto spesso essa sia influenzata da fattori di origine psicologica, tra i quali è rilevante proprio quell'inconscio rifiuto della donna gravida a identificarsi con la propria madre.

Ella definisce le perdite di un figlio in gravidanza come un prodotto di desideri inconsci e riporta alcuni casi in cui tale perdita era dovuta ad un desiderio di morte rispetto al bambino, derivante spesso da un'ambivalenza associata alla dipendenza dalla madre legata ad una compulsione a ripetere un precedente aborto, o ad un'aggressione centrata su se stessa o altri.

La gravidanza non desiderata può scatenare un conflitto tra l'istinto di autoconservazione e il desiderio di maternità e generare varie reazioni: da quella passiva di accettazione e rassegnazione a quella rivendicativa contro la società e provocare un sentimento di ingiustizia profondo che porta ad interromperla volontariamente.

L'aborto volontario può rivelare, però, la sua natura traumatica e depressiva a causa della colpa e dell'identificazione della donna col bambino abortito ma può produrre anche, secondo l'autrice, depressione in una donna che ha una "compulsione a concepire" o euforia in una che vede la gravidanza come un'estrema costrizione.

IL PENSIERO DI MELANIE KLEIN

Melanie Klein sostiene la tesi secondo la quale sia presente una differenziazione sessuale sin dalla nascita, da cui deriva, per la bambina, una conoscenza innata della propria femminilità, dovuta a disposizioni originariamente recettive dei propri organi corporei (ano, bocca, vagina).

Secondo Melanie Klein (1950), infatti, la bambina ha una precoce percezione vaginale e l'autrice mostra, a differenza di Freud, come il desiderio del pene nella bambina non sia primario, bensì secondario e difensivo, frutto di angosce derivanti da un complesso edipico precoce che ha origine nelle frustrazioni orali vissute con la madre. La bambina assume un atteggiamento virile e immagina di avere un pene non primariamente ma solo in un secondo momento, per evitare che la madre possa distruggere il suo corpo e possa distruggere la sua futura capacità di fare bambini e lo offre a lei o al padre, a cui l'aveva rubato in fantasie precedenti in quanto oggetto di grande gratificazione orale (è la perdita del seno come oggetto di esclusiva gratificazione investito però dalle proprie tendenze distruttive che conduce all'interesse della bambina per il padre, e non l'invidia per il suo pene).

Per la Klein la madre è il "genitore unico": è lei che contiene tutte le cose buone di cui la bambina vuole appropriarsi (il latte, i bambini, il pene del padre) ed è dal rapporto con lei e con il suo seno che si determinerà lo sviluppo di ogni successivo rapporto d'amore.

L'avere bambini rappresenterà, da adulta, la rassicurazione e la smentita di tutti i timori provocati dalle fantasie sadiche infantili contro il corpo materno e la maternità risponderà ad una forte spinta ripartiva a restaurare la madre fantasti-



camente danneggiata e, contemporaneamente, a rassicurarsi sulla propria integrità corporea minacciata dalla ritorsione proiettiva degli impulsi diretti alla madre.

M. Klein sottolinea come il desiderio di maternità trascini con sé fantasie più arcaiche basate sull'identificazione con l'immagine materna della posizione depressiva: una madre fantasmaticamente vissuta come perennemente feconda, ricca di latte e di bambini e per questo fortemente invidiata. L'identificazione con questa immagine primitiva, grazie alla gravidanza nell'età adulta, permette una riparazione degli oggetti interni precedentemente introiettati e vissuti come danneggiati dagli attacchi aggressivi distruttivi che gli sono stati inflitti nelle fantasie invidiose dell'età infantile. L'aver bambini risponde non solo a tale forte spinta riparativa a restaurare la madre danneggiata nella fantasia, ma in questo modo, contemporaneamente, risponde al bisogno di rassicurarsi sulla propria integrità corporea minacciata dalla ri-

torsione proiettiva degli impulsi diretti alla madre. La maternità quindi rappresenta il raggiungimento della posizione femminile matura: la donna si identifica coi suoi figli e coi loro bisogni e ricrea dentro e fuori di sé *"la propria soccorrevole madre, la cui influenza protettiva non ha mai cessato di funzionare nella sua mente. Nello stesso tempo si identifica anche con i propri figli: nella sua fantasia è, per così dire, di nuovo bambina, e spartisce con i suoi bambini il possesso di una madre buona e soccorrevole"* (M. Klein, 1928).

DINORA PINES: DESIDERIO DI GRAVIDANZA E DESIDERIO DI MATERNITÀ

Dinora Pines (1972, 1982) ritiene la gravidanza un momento fondamentale per la verifica dell'identità femminile, perché oltre ad essere una dimostrazione della propria femminilità, offre la possibilità di elaborare il processo di separazione-individuazione nei confronti della madre. Ella, a differenza dei due approcci precedenti, focalizza la sua attenzione sulla maternità in relazione



alle diverse fasi del ciclo vitale e, in particolare in relazione alla fase adolescenziale.

In *"On becoming parents"* (D. Pines, 1977), scrive *"diventare genitori è presagito nel gioco e nella fantasia durante i primi anni di vita. Il desiderio di un figlio è presente prima che esista alcuna possibilità fisiologica di crearne uno. Desiderio di gravidanza e maternità non sempre coincidono, ci sono molte ragioni intrapsichiche che sottendono una gravidanza, che non hanno nulla a che fare con il desiderio di occuparsi e di accudire un bambino reale"*.

Con il desiderio di maternità, intende la disponibilità della madre di prendersi cura del bambino, in cui è preponderante l'investimento maturo su di lui, mentre con il desiderio di gravidanza, particolarmente attivo soprattutto nell'età adolescenziale, si riferisce al desiderio narcisistico, di vedere confermata la propria identità femminile adulta, di mettere alla prova il proprio corpo, dimostrando, a se stessa e agli altri, che funziona allo stesso modo della propria madre.

Il rischio, nel caso dell'adolescente è che, essendo ancora impegnata nell'arduo compito evolutivo di costruire una propria identità corporea, debba affrontare un ulteriore momento di disorganizzazione dovuto alla gravidanza, il che può compromettere una definitiva formazione dell'identità personale.

Dunque, la formazione di un'identità femminile, perché possa essere considerata matura, deve aver raggiunto l'integrazione della natura duale della sessualità femminile: l'accettazione del corpo come sessualmente attivo e contemporaneamente capace di condurre una gravidanza.

La Pines (1993), ne *"L'uso inconscio del corpo della donna"*, approfondisce proprio l'utilizzo inconscio del corpo femminile durante le varie fasi del ciclo vitale e descrive, da un punto di vista psicoanalitico, possibili situazioni psicopatologiche relative a questa problematica, fornendo in merito numerose ed esaustive esemplificazioni cliniche. L'adolescente che scopre di avere un corpo sessuato sente che, forse per la prima volta, il corpo davvero le appartiene; le appartiene un corpo biologicamente fertile, ma spesso psicolo-

gicamente immaturo, sente che può concepire un bambino nell'attesa inconscia di darsi un significato, di ritrovare un equilibrio narcisistico.

Il bambino, in questi casi, può essere vissuto come prolungamento di sé, riempimento illusorio di un vuoto interno incolmabile. Ed è in questo senso che l'autrice distingue il desiderio di gravidanza da quello di maternità.

D. Pines (1982) distingue, all'interno dei nove mesi di gravidanza, degli stadi fondamentali:

- Il primo stadio comprende il concepimento e i primi mesi di gravidanza. Nella madre si osserva uno stato di regressione e di passività connesso allo sconvolgimento ormonale, e possono essere visibili sintomi psicosomatici, come nausea e vomito, che rappresentano uno stato di ambivalenza verso il feto e una progressiva accettazione;
- Il secondo stadio si riferisce alla percezione dei primi movimenti fetali, che sono una prova inconfutabile della presenza di un bambino. A questo punto, l'immagine del bambino va pian piano definendosi e con essa anche ansie e paure prendono corpo;
- Il terzo stadio comprende gli ultimi mesi di gravidanza, periodo in cui le ansie riguardano la salute del bambino e il travaglio;
- L'ultimo stadio, infine, fa riferimento al parto e ai mesi successivi, quando la mamma ed il suo bambino iniziano a conoscersi.

Per molte di queste madri-bambine, quando il piccolo diventa vivo e si fa sentire, in particolare nel secondo stadio individuato dall'autrice, il risveglio può essere drammatico. Esse possono diventare angosciate e possono vivere il proprio feto come un alieno da eliminare, che le imprigiona in una scelta, nei confronti della quale sentono di non avere alcuna competenza emotiva.

Allora l'aborto, pianificato o spontaneo, è la risoluzione della madre che rigetta o uccide, proiettando nel bambino vivo l'odio verso se stessa (o verso la propria madre, verso il proprio passato). La normale ambivalenza inconscia della madre verso il figlio diviene, in questi casi, espulsione violenta, fuga dall'alieno-bambino, estraneo non

voluto e non riconosciuto che invade il corpo.

Se il piccolo riesce a nascere, la madre proietterà su di lui gli oggetti traumatici del passato diventando maltrattante o incapace di convalidare il Sé nascente del neonato.

Quindi, il desiderio di gravidanza, se scisso e non integrato con quello di maternità, potrebbe generare, con la nascita del bambino-estraneo, madri "omicide" che uccidono lo sviluppo e la vitalità del figlio.

L'autrice nel suo lavoro del 1990 intitolato *"Gravidanza, aborto spontaneo e volontario. Una prospettiva psicoanalitica"* (D. Pines, 1990) sostiene che *"durante la gravidanza, il dilemma universale dell'ambivalenza materna verso il feto e chi il feto rappresenta, può essere fortemente influenzato da conflitti irrisolti e ansie appartenenti alle primissime fasi dello sviluppo psichico della donna. L'aborto spontaneo o volontario, che permette alla donna che rimane incinta di negare la vita al feto, può fornire una soluzione psicosomatica ad un conflitto psichico"*.

L'autrice sottolinea che l'analisi di donne, anche non adolescenti, che hanno abortito rivela, spesso, un senso di perdita, un lutto prolungato e spesso non elaborato, si tratta di donne depresse, con scarsa autostima che odiano il proprio corpo femminile.

T. B. BRAZELTON E B. G. CRAMER: IL "BAMBINO NELLA FANTASIA"

Per T. Berry Brazelton e Bertrand G. Cramer (1990) i nove mesi della gravidanza offrono ai futuri genitori l'occasione di prepararsi sia psicologicamente sia fisicamente all'incontro con il bambino.

Gli autori focalizzano l'attenzione non solo sul vissuto materno e sulle modificazioni corporee e psichiche che riguardano primariamente la donna ma anche sul supporto e legame con il proprio partner e sul ruolo decisivo che il futuro padre ha nell'intera gestazione della donna. In più, per gli autori, fondamentali sono le fantasie riguardanti il nascituro e il loro rapporto con la realtà, rapporto che deve necessariamente essere equili-

brato per garantire la costruzione di uno spazio, da parte di entrambi i genitori, per accettarlo e accoglierlo.

Nel momento in cui i genitori si adattano alle novità della gravidanza, sperimentano un senso di euforia, che man mano viene sostituita dalla consapevolezza della futura responsabilità. Se il concepimento è programmato, i genitori saranno in qualche misura preparati ad affrontare il cambiamento, tuttavia è inevitabile una riorganizzazione non solo ormonale, che è difficilmente prevedibile. Proprio per questo, la donna incinta sarà propensa ad accettare il sostegno da parte di altre persone che possano aiutarla a sviluppare un sentimento e un atteggiamento materni. Anche il partner, prendendo consapevolezza del suo ruolo, aiuta la futura mamma nel compito di differenziare il feto nelle sue fantasie.

Nella prima fase della gravidanza, il compito più urgente della donna è quello di accettare il bambino come una parte benigna di sé. In caso contrario, infatti, potrebbe rifiutarlo percependo l'embrione come un'intromissione dentro sé da parte del suo compagno o come un intruso nella relazione di coppia. Durante il quinto mese, la futura mamma comincia a percepire delle delicate sensazioni, che diverranno una vigorosa attività che segna lo "schiudersi" del bambino: i primi movimenti fetali (T. B. Brazelton, B. G. Cramer, 1991). Quando i movimenti fetali si regolarizzano in cicli e la madre può riconoscerli, il bambino inizia a imporre sempre di più fisicamente e psicologicamente la propria presenza.

La costruzione di un legame tra i genitori, in particolare la madre, e il figlio, inizi, quindi, già durante la gestazione e sia caratterizzato dalle fantasie della madre relative al bambino e alle relazioni di sé bambina con i propri genitori.

Un legame ed un'identificazione positiva con i propri genitori possono consentire di generare e di diventare, a loro volta, buoni genitori, portatori di un rapporto originario con il proprio figlio, attivando così un effettivo sviluppo della genitorialità (T. B. Brazelton, B. G. Cramer, 1991).

Fermandosi a esaminare le motivazioni che si



trovano alla base del desiderio di diventare madre, sottolineano quanto sia fondamentale il processo di identificazione, cioè il desiderio di essere finalmente la madre-nutrice, con la conseguente attuazione di tutti i desideri infantili e la promessa del rinnovamento di affetti passati perduti che, attraverso il figlio, possono essere rivissuti e fantasticati come attuali, vitali e gratificanti.

Inoltre, di estrema importanza è il desiderio di essere perfette e onnipotenti, di sperimentare il proprio corpo in gravidanza come potente e produttivo, contrapposto alle penose sensazioni di vuoto. In questo caso, il bambino è visto come estensione non solo del corpo materno, ma anche del proprio Sé grandioso e, quindi, perfetto realizzatore di tutte le potenzialità inesprese e irrealizzate dalla madre.

Secondo gli autori, la naturale evoluzione delle dinamiche psichiche sottese al desiderio di maternità trova la sua espressione nel "bambino nella fantasia" e tale bambino costruito nella mente è fondamentale nell'economia psichica

della madre perché fa da ponte tra il periodo della gravidanza e quello di crescita, permettendo la familiarizzazione dell'idea di bambino con l'idea di sé stessa come madre.

Gli autori mettono in evidenza che si tende a dare un senso al comportamento del bambino già a partire dal momento in cui si trova nel ventre materno, attribuendogli dei tratti caratteriali ad ogni movimento che compie; tali attribuzioni di senso corrispondono a delle proiezioni dell'immagine che si ha di se stessi. Questo è uno dei modi utilizzati per introdurre il bambino nel mondo simbolico dell'adulto.

L'ecografia consente la sovrapposizione tra il bambino immaginario e l'immagine del bambino reale dentro di sé. Michael Soulé (1982, in T. B. Brazelton e B. G. Cramer) definisce l'ecografia *"interruzione volontaria di una fantasia"*.

L'immagine della creatura ancora in via di sviluppo che si vede sullo schermo non corrisponde mai pienamente a quella di un bambino già formato esistente nella mente dei genitori: da qui, la pre-

senza di sentimenti ambivalenti per alcune donne davanti alle immagini, che vedono un bambino che le spaventa, come se fosse incompleto o fragile o addirittura "difettoso".

T. B. Brazelton, dal canto suo, afferma che *"per i genitori il bambino è come uno specchio: il suo difetto riflette le loro manchevolezze"*, tanto da determinare un'immediata caduta dell'autostima dei genitori stessi. Inoltre, l'autore sostiene che coloro che si occupano di questo tipo di genitori devono intervenire preventivamente per aiutarli ad elaborare questo lutto.

È, infatti, proprio in questo processo non riconosciuto ed elaborato che vanno ricercate le cause di alcuni disturbi dell'attaccamento.

Durante la gravidanza, però, il profondo rapporto tra fantasia e realtà può andare incontro a notevoli oscillazioni da una parte o dall'altra, creando situazioni in cui l'aspetto fantasmatico può essere predominante e quindi rallentare il processo adattativo nei confronti della realtà o, al contrario, limitato in favore dell'aspetto di realtà per difendersi dalla naturale ambivalenza presente nell'intero processo della gravidanza.

I problemi sorgono, quindi, sia quando l'uno avviene senza l'altro sia quando esiste un netto contrasto tra i due.

Infatti, quando la gravidanza è voluta e desiderata dalla donna, il bambino è già immaginato e l'accesso al bambino inconscio permette la relazione e la comunicazione con il bambino reale: bambino che ha già il suo posto sia mentale che fisico nell'ambito familiare.

Nel bambino non voluto o nella gravidanza non desiderata, invece, il bambino non è immaginato, non può essere pensato a causa della paura della gestante di essere delusa del bambino reale che nascerà oppure dalla paura di non riuscire ad essere adeguata come madre.

BIBLIOGRAFIA

- BIBRING, G.L., (1961) *A study of the psychological processes, in pregnancy and of the earliest mother-child relationship*. Psych. Study of child, n. 16, pp. 187-201.
- BRAZELTON, T.B., CRAMER, B.G., (1990) *The Earliest Relationship: Parents, Infants, and the Drama of Early Attachment. Parents, Infants, and the Drama of Early Attachment*, The Perseus Books Group (United States), 1991.
- BRUSTIA RUTTO, P., (1996) *Genitori: una nascita psicologica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- BRUTTI, C., (1983) *Il doppio e la morte, Quaderni di psicoterapia infantile*, n.9, Borla, Roma
- DEUTSCH, H., (1946) *Psicologia della donna adulta e madre*. Studio psicoanalitico, vol.II, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- FERRARO, F., NUNZIANTE CESARO, A., (1985) *Lo spazio cavo e il corpo saturato: la gravidanza come agire tra fusione e separazione*. Franco Angeli, Milano, 1992, pp. 78.
- FREUD, S., (1919) *Il perturbante*, in *Opere Complete*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- FREUD, S., (1924) *Il tramonto del complesso edipico*, in *Opere Complete*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino, 1978,
- KLEIN, M., (1928) *I primi stadi del conflitto edipico*, In *Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN, M., (1950) *Il complesso edipico alla luce delle angosce primitive*, in *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- LANGER, M., (1951) *Maternità e sesso*, Loescher, Torino
- PINES, D., (1977) *On becoming a parent*, "Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines", Vol 15(2), pp. 120-133.
- PINES, D., (1982) *The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion*. "International Journal of Psycho-Analysis", n. 63, pp. 311-319.
- PINES, D., (1988) *Adolescent pregnancy and motherhood: a psychoanalytical perspective*. Psychoanal. Inq., n.8, pp. 30-55.
- PINES, D., (1990) *Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective*. Int. J. Psycho-Anal. n.71, pp. 301-307.
- SOULÈ, M., (1982) *L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire* In Brazelton T.B. e Cramer B.G., (1990) pp. 39.



LA PLASTICITÀ CEREBRALE, LA RISERVA COGNITIVA E CEREBRALE

IL RUOLO DEGLI APPRENDIMENTI
E DELLE ESPERIENZE DI VITA
COME FATTORI PROTETTIVI E
OSTACOLANTI NELLE PATOLOGIE
NEURODEGENERATIVE

Mariagrazia Labarile
Esperta in Neuropsicologia Clinica,
Psicoterapeuta in formazione
Cognitivo-Comportamentale

RIASSUNTO

La plasticità cerebrale è una proprietà fondamentale del nostro cervello e consente di apprendere costantemente nuove informazioni, abilità e comportamenti in risposta agli stimoli ambientali. La riserva cognitiva, invece, si configura come quell'insieme di attività stimolanti e arricchenti che un individuo colleziona nel corso del ciclo di vita e che è possibile grazie alla plasticità cerebrale. La riserva

cognitiva consente di aumentare l'efficienza delle risorse cognitive dell'individuo, tuttavia, in presenza di alterati processi di invecchiamento, essa cela e maschera i sintomi cognitivi, mentre parallelamente prosegue l'impovertimento della riserva cerebrale.

PAROLE CHIAVE

plasticità cerebrale, riserva cognitiva, risorsa cerebrale, CRIq

Nel corso degli ultimi anni la comunità scientifica internazionale si è progressivamente interessata alla "riserva cognitiva": le neuroscienze, la neuropsicologia, la medicina fisica riabilitativa e la gerontologia sono tra loro intrecciate ed interconnesse proprio da tale nucleo concettuale.

Tuttavia, per poter intendere appieno il concetto di riserva cognitiva è necessario comprendere la fondamentale proprietà dalla quale essa si origina: **la plasticità cerebrale**. Tale indispensabile abilità è comune a tutti gli esseri viventi ed è fondamentale per la sopravvivenza delle specie: infatti, la plasticità cerebrale gioca un ruolo di primaria importanza nella filogenesi e nell'ontogenesi e attraverso la creazione di nuovi circuiti cerebrali. Inoltre, essa sembra giocare un ruolo fondamentale anche in seguito all'insorgenza di lesioni al Sistema Nervoso, indipendentemente dall'eziologia delle stesse (Moro & Filippi, 2010). Attraverso tale capacità, infatti, siamo in grado di apprendere sempre nuove conoscenze, abilità e comportamenti in relazione alle diverse esperienze e all'ambiente nel quale viviamo (Green & Bavalier, 2008). Pertanto, la plasticità cerebrale è intesa come processo persistente nella vita dell'individuo che permette un rimodellamento a breve, medio e lungo termine delle mappe neuro-sinaptiche. È stata ampiamente superata quell'idea di staticità e di immodificabilità dell'organizzazione del Sistema Nervoso: il celebre studio condotto da Maguire e collaboratori (2010) sui tassisti londinesi ha dimostrato la relazione esistente tra il tipo di lavoro svolto (e i relativi processi di apprendimento sottostanti) e le modificazioni delle strutture cerebrali mediante l'utilizzo di tecniche di neuroimaging. Gli autori hanno osservato delle differenze nello sviluppo delle strutture cerebrali lavoro-correlate: particolare attenzione è stata rivolta alla porzione posteriore dell'ippocampo, significativamente più grande nei tassisti rispetto a quella rilevata nel gruppo di controllo. L'aumentato volume di tale porzione dell'ippocampo sembra

essere correlato anche con il numero di ore trascorse alla guida come tassista, quindi con l'intensità e la durata degli apprendimenti lavoro-correlati. La regione posteriore dell'ippocampo sarebbe responsabile dell'acquisizione in memoria delle rappresentazioni spaziali relative all'ambiente: pertanto, l'accrescimento di tale area sembra essere correlato con la necessità di elaborare ed acquisire in memoria tali rappresentazioni in quegli individui con un'elevata dipendenza dalle abilità di navigazione, come appunto i tassisti.

La plasticità del nostro cervello - quindi dei nostri neuroni - è condizionata da numerosi fattori: l'accrescimento, dalla vita intrauterina sino all'età adulta, i processi di apprendimento, l'interazione con l'ambiente, le lesioni cerebrali, l'invecchiamento e l'insorgenza di malattie neurodegenerative.

La **riserva cognitiva** è un termine ombrello che racchiude al suo interno numerose e diverse esperienze di vita, apprendimenti e capacità, caratterizzando ogni singolo individuo e le sue capacità di risposta alle richieste dell'ambiente sia in assenza che in presenza di lesioni cerebrali e di alterazioni nella funzionalità dei diversi domini cognitivi. Tuttavia, sebbene la riserva cognitiva si configuri come un fattore protettivo, poichè promuove la resilienza e funge da fattore facilitante nei processi riabilitativi psicoterapeutici e neuropsicologici, essa è da intendere anche come elemento in grado di mascherare per lunghi periodi di tempo la presenza di sintomi riconducibili a malattie neurodegenerative. Infatti, nelle fasi iniziali di malattia, soprattutto in quelle neurodegenerative, l'individuo dotato di una grande riserva cognitiva riesce a compensare in maniera piuttosto efficace il progressivo impoverimento delle funzioni cognitive e, conseguentemente, delle strutture cerebrali (Stern, 2012). Infatti, proprio grazie all'elevata presenza di risorse cognitive possedute, ovvero di quell'insieme di apprendimenti, abilità e competenze apprese nel



corso della vita, l'individuo riesce a funzionare in maniera adeguata abbastanza a lungo nel tempo. Ciò accade poiché attinge al surplus di risorse che possiede, nonostante la neurodegenerazione dei tessuti cerebrali prosegua insorabilmente, erodendo progressivamente la **riserva cerebrale**. Quando le difficoltà aumentano e l'individuo manifesta palesemente deficit cognitivi lo stadio della malattia è già avanzato e gli interventi di stimolazione cognitiva messi in atto nel tentativo di mantenere adeguati i livelli di autonomia personale appaiono scarsamente efficaci. A parità di sintomatologia, i pazienti con elevata riserva cognitiva beneficiano della stimolazione cognitiva in misura minore rispetto ai pazienti con bassa riserva cognitiva (Mondini et al., 2016). Pertanto, si ipotizza che i pazienti con elevata riserva cognitiva arrivino a manifestare un franco deterioramento cognitivo solo quando la patologia sottostante è già ad uno stadio piuttosto avanzato: la potenziale capacità di apprendimento dei pazienti, ovvero il fattore che si desidera potenziare attraverso il training, è già ridotta e diminuisce ulteriormente con la progressione della malattia.

Lo strumento ideato per la stima della riserva cognitiva, il **CRIq** (Nucci, Mapelli, & Mondini, 2012), è un'intervista semi-strutturata che consente di raccogliere numerose informazioni sulla vita dell'individuo; essa può essere utilizzata sia con il paziente sia con un familiare, nel caso in cui il soggetto fosse impossibilitato a rispondere. L'intervista si snoda attorno a tre macro-aree: il livello di istruzione, i lavori svolti e la loro durata nel tempo e in ultimo le attività del tempo libero. Grande enfasi viene posta proprio su quest'ultima parte: lo strumento consente di raccogliere informazioni riguardo le abitudini di vita del paziente, valutando, in termini di intensità e frequenza, la partecipazione ad attività culturali e ricreative di vario genere, gli hobby, l'utilizzo delle tecnologie, la gestione economica delle proprie finanze, i viaggi e le relazioni sociali nelle diverse sfumature. Lo svolgimento di tali attività viene considerato a

partire dai 18 anni sino al momento presente. Il tempo impiegato per la completa acquisizione delle informazioni necessarie per l'elaborazione del punteggio è relativamente breve; lo strumento può essere considerato un valido supporto al colloquio anamnestico iniziale, poiché ci consente di valutare in maniera qualitativa numerose funzioni cognitive come, ad esempio, la capacità del soggetto di collocare gli eventi nel tempo, la produzione orale, l'orientamento spazio-temporale e le capacità attentive.

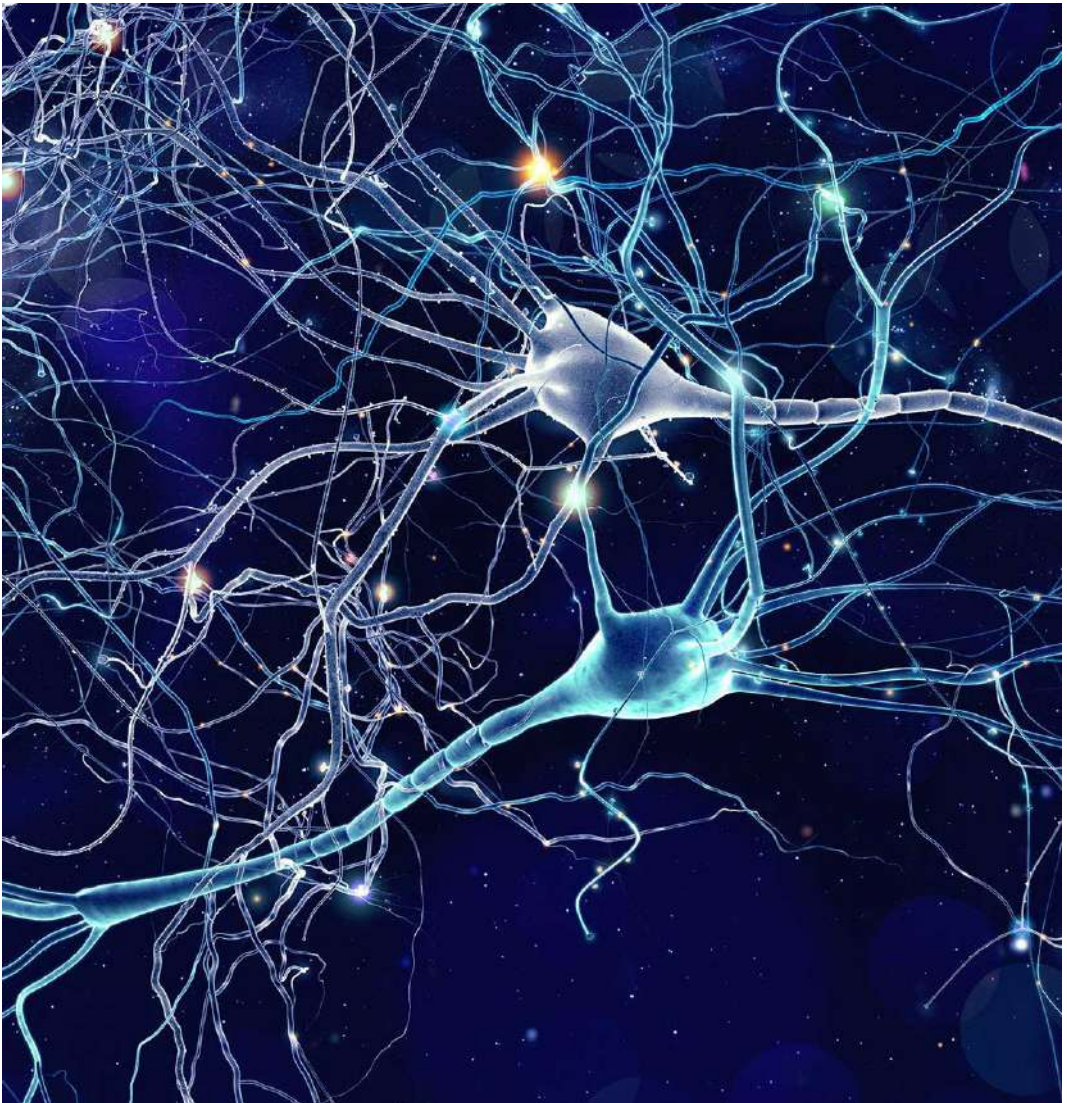
CONCLUSIONI

La riserva cognitiva è un fattore che limita l'emergere dei sintomi franchi di patologie neurodegenerative negli stadi iniziali di malattia e ciò impedisce di ricevere diagnosi precoci e di aver accesso a tempestivi trattamenti sia farmacologici che di potenziamento delle abilità cognitive. Nel redigere la diagnosi ed esprimere il grado di severità della patologia con maggiore precisione il clinico potrebbe avvalersi della riserva cognitiva avvalendosi del CRIq; in questo modo il professionista sarà in grado di impostare anche un trattamento riabilitativo individualizzato sul paziente in maniera ancor più sartoriale.

BIBLIOGRAFIA

- Green, C.S. & Bavelier, D. (2008). Exercising Your Brain: A Review of Human Brain Plasticity and Training-Induced Learning. *Psychol Aging*, 23(4):692-701.
- Johnston, M.V. (2009). Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15: 94 – 101.
- Moro, V. & Filippi B., (2010). La plasticità cerebrale. Alle radici del cambiamento. Seid Editori
- Maguire, E.A., Gadian, D.G., Johnsrude, I.S., Good, C.D., Ashburner, J., Frackowiak, R.S.J., & Frith, C.D., (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy*

-
- of Sciences, U.S.A., 11; 97(8): 4398–4403.
- Cognitive Reserve Index Questionnaire Free Download
<http://www.cognitivereserveindex.org/>
 - Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S., (2012). Cognitive Reserve Index questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring cognitive reserve. *Aging Clinical and Experimental Research*, Volume 24, Issue 3, pp 218–226.
 - Stern, Y., (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11): 1006–1012.
 - Mondini, S., Madella, I., Zangrossi, A., Bigolin, A., Tomasi, C., Michieletto, M., Villani, D., Di Giovanni, G., & Mapelli, M., (2016). Cognitive Reserve in Dementia: Implications for Cognitive Training. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 26;8:84.





ADOZIONE DELLA COPPIA OMOSESSUALE: QUALE TUTELA GIURIDICA?

Antonella Sciancalepore

Psicosessuologa, Psicologa giuridico-forense, Psicoterapeuta sistemico-relazionale in formazione

Francesca Lacerenza

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico-relazionale in formazione, terapeuta EMDR

Paola Conte

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico-relazionale in formazione, terapeuta EMDR

RIASSUNTO

Possono ritenersi esistenti significative differenze tra coppie eterosessuali ed omosessuali in grado di influire negativamente sul benessere di un figlio? La letteratura scientifica, attraverso studi comparativi con coppie eterosessuali senza figli, sia sposate che conviventi, ha documentato come, soprattutto con riferimento a quest'ultime, vi siano molteplici similitudini con le coppie gay e lesbiche per ciò che attiene la durata del rapporto, le strategie di *coping* e di *problem solving*, la soddisfazione di coppia, l'intimità fisica, la vicinanza affettiva ed emotiva nonché le minacce di allontanamento e/o i periodi di separazione transitoria. È possibile, dunque, che sia l'orientamento sessuale dei genitori ad influire sulla loro capacità di accudire ed amare responsabilmente i propri figli? Questo e molti altri interrogativi hanno suscitato interesse nell'analisi della prima istanza di adozione di una minore, figlia biologica di una donna lesbica, da parte della sua partner: il primo caso di *stepchild adoption*.

Nel presente elaborato saranno prese in esame tutte le riflessioni psicologiche e giuridiche che hanno preceduto l'emissione della prima sentenza di adozione pronunciata dal Tribunale per i Minorenni di Roma, primo in Italia, in favore di una coppia omosessuale. Accompagnerà la stesura del lavoro un esame attento della letteratura scientifica sul tema dell'omogenitorialità oltre che

osservazioni critiche sulla dottrina che, all'adozione a coppie omosessuali, può considerarsi utile ed applicabile.

PAROLE CHIAVE

Adozione omosessuale, omogenitorialità, ordinamento giuridico, *stepchild adoption*.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI FAMIGLIA

Parlare, ad oggi, in Italia di famiglie gay e lesbiche, seppur solo di fatto, suscita ancora, nell'opinione pubblica e non solo, reazioni di stupore e perplessità, se non addirittura di sconcerto.

Coloro i quali sono quotidianamente impegnati nello studio dell'evoluzione delle varie composizioni familiari, fanno notare come la concezione tradizionale di coppia e di famiglia è andata via via declinando. Secondo i più noti demografi, nei paesi industrializzati dell'Europa Occidentale, dalla metà degli anni settanta fino ad oggi, si stanno verificando mutamenti familiari tali da non poter più parlare solamente di un modello unico di famiglia, basata sul matrimonio, una coppia sposata con figli biologici, ormai sempre più in declino, ma di una pluralità di forme familiari.

Si è passati, nel corso degli anni, dalla famiglia tradizionale alle famiglie: famiglie unipersonali, famiglie ricomposte, famiglie ricostituite, famiglie adottanti, famiglie di fatto (sia omosessuali che eterosessuali), che costellano lo scenario della

popolazione contemporanea.

Lo stesso concetto di famiglia interpretato come residenza comune è rivoluzionato, in quanto “può anche non esserci più coincidenza tra la famiglia intesa come il complesso delle relazioni affettive più strette e la famiglia intesa come residenza comune, il tetto sotto il quale si vive insieme”, come, per esempio, nel caso di un rapporto di coppia in cui i partner vivono in case separate. Viviamo oggi in una società dove *“sessualità, procreazione e genitorialità non sono più legate come prima”*, riassume la sociologa Irene Théry, grande osservatrice della famiglia contemporanea. Basti pensare al coinvolgimento dei donatori di gameti e/o le surrogate *mothers* da parte dei “genitori intenzionali”, mamme single che crescono i figli con l’aiuto di amiche, sorelle, nonni e nonne e ancora, padri divorziati che hanno i figli ormai in affidamento condiviso.

Eppure, ancora oggi, omosessualità e procreazione vengono considerati termini contrastanti ed inconciliabili. Espressioni quale “padre gay” e “mamma lesbica” suonano come veri e propri ossimori e, molte volte, diventano oggetto di scherno e discriminazione. Ciononostante, ormai da un ventennio, il desiderio da parte delle coppie omosessuali conviventi del nostro Paese di avere dei figli, è sempre più diffuso. Ognuno di loro ha deciso di intraprendere un personale percorso che potesse avvicinarli alla genitorialità. Alcuni hanno intrapreso una relazione eterosessuale, più o meno stabile, dalla cui unione sono nati dei figli poi ricondotti nella relazione omosessuale; altri hanno fatto ricorso a tecniche di inseminazione artificiale all’estero; altri ancora hanno realizzato un’adozione.

I dati delle più recenti ricerche in questo ambito, difatti, dimostravano come, in Italia, la maggioranza di gay e lesbiche che desideravano un figlio avrebbero voluto adottarlo (il 59% dei primi e il 47% delle seconde), mentre una significativa minoranza (rispettivamente 8 e 26%) preferiva ancora l’inseminazione artificiale. Per le coppie omosessuali, dunque, la strada privilegiata per avere accesso alla genitorialità era, ed è,

esclusivamente quella di avere un rapporto con una persona dell’altro sesso. Fino a poco tempo fa, anche il solo pensare ad una possibile adozione era inverosimile: difatti la *stepchild adoption* risultava assolutamente inaccessibile poiché nessun giudice italiano avrebbe mai consentito un’adozione ad una coppia omosessuale.

Tuttavia il quadro tracciato sinora, permeato dalla perplessità e dubbiosità del nostro legislatore inerente alle ricadute etico-sociali che tale tematica inevitabilmente comporta, è soggetto ad un processo di evoluzione che spesso il Tribunale per i Minorenni di Roma svolge in quanto osservatorio privilegiato sui cambiamenti sociali. Questo Organo Giudiziario, con sentenza n. 299 in data 30.06.2014 ha disposto, per la prima volta, l’adozione di una minore in favore della compagna della madre biologica.

LA PRIMA SENTENZA CHE HA APERTO LA STRADA ALL'ADOZIONE PER UNA COPPIA LESBICA

Non pochi i dubbi, le curiosità, le perplessità, le obiezioni, le considerazioni giuridiche e dottrinali che hanno caratterizzato tutto il periodo antecedente la decisione di concedere ad entrambe le donne di esercitare parimenti la responsabilità genitoriale su una figlia tanto desiderata e cercata da entrambe e su cui, agli effetti di legge, la donna che non l’aveva portata in grembo, si vedeva non riconosciuto alcun diritto come genitrice, pur sentendosi tale e, soprattutto, pur esercitando i relativi compiti ed assumendone le relative responsabilità.

In tale circostanza, infatti, la richiedente motivava il ricorso, ai sensi dell’art. 44 lettera d) L. 184/83, come modificata dalla L. 149/2001, avanzato presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, riferendo di intrattenere una relazione sentimentale con la madre della minore dal 2003 e di essere legata a lei in una convivenza duratura dai primi mesi del 2004.

Già nel corso della relazione le due donne avevano sentito il desiderio di avere un figlio; decisero perciò di recarsi all’estero presso l’abitazione di un parente di una delle due, che le ospitò per il



tempo necessario all'espletamento delle procedure di procreazione assistita, perché potessero realizzare il progetto di genitorialità condivisa, offrendo loro ogni sostegno al riguardo.

La ricorrente ha riferito che la scelta di portare avanti la gravidanza biologica è ricaduta sulla compagna unicamente in virtù della considerazione che, essendo quest'ultima più giovane, la probabilità di successo del percorso di procreazione assistita sarebbe stata maggiore; ha inoltre riferito che la minore ha sempre convissuto con entrambe e che lei, sin dalla nascita della piccola, ha gestito il ruolo di genitore, assistendola sia materialmente che affettivamente, anche per quanto riguarda i rapporti esterni alla famiglia, tanto che la bambina riconosce anche lei come "mamma"; le due donne, al fine di dare maggiori garanzie di stabilità possibili al loro rapporto, hanno peraltro sottoscritto accordi privati di regolamentazione della loro relazione anche con riguardo ai rapporti con la minore; successivamente si sono iscritte nel Registro delle Unioni Civili del Municipio di appartenenza dichiarando di costituire una coppia di fatto; infine, hanno contratto matrimonio all'estero.

Le due donne sono state più volte convocate dalla presidente del Tribunale medesimo, la quale ha loro posto delle domande onde verificare le loro abitudini di vita e di lavoro, la divisione tra le due dei compiti domestici e di accudimento della minore, il loro rapporto con la rete familiare per verificare che la bambina avesse presente i diversi modelli di famiglia, ha chiesto informazioni sullo stato di salute della minore, sul percorso scolastico e le sue frequentazioni amicali. La madre ha dichiarato di voler dare il suo consenso all'accoglimento del ricorso, considerando la ricorrente madre della bambina a tutti gli effetti ed essendo sicura che anche la piccola, dal canto suo, la percepisce come la sua mamma; conseguentemente ha chiesto che la minore possa aggiungere al suo cognome quello della ricorrente.

Il Presidente ha poi convocato anche i Servizi sociali, in persona dell'assistente sociale e della psicologa, che avevano fatto una vista domiciliare ed

avevano potuto osservare il contesto familiare nella sua globalità; le dichiarazioni dei due operatori sono risultate molto positive essendo emerso un ambiente accogliente, allegro e funzionale alla crescita di un bambino. La minore viene descritta come socievole e versatile, ben integrata nel contesto scolastico, in regola con le vaccinazioni. Le due donne hanno voluto che la minore frequentasse anche bambini che vivono una realtà affettiva e familiare simile alla loro. Le due "mamme" sono apparse ai Servizi agire in perfetta sintonia e la bambina è apparsa relazionarsi con grande affetto ad entrambe. I nonni frequentano la nipotina con cadenza settimanale e mostrano ampia disponibilità e buona collaborazione al percorso di crescita della nipote; essi sono sempre stati al corrente della natura della relazione, che hanno sin da subito appoggiato, al punto di avere supportato, anche economicamente, il progetto di procreazione assistita. In sintesi la ricorrente e la sua compagna sono apparse tra loro molto unite e coese nel loro progetto di vita, poiché considerano entrambe prioritario l'interesse della minore. Anche la responsabile della scuola dell'infanzia frequentata dalla piccola, contattata per meglio definire il quadro di riferimento, ha comunicato alle operatrici che la bambina è socievole e serena, che incontra i compagni anche fuori dalla scuola, essendo accettata da questi ultimi con spontaneità.

In conclusione sia la psicologa che l'assistente sociale hanno dichiarato che dall'incontro con le due mamme non sono emersi elementi che possano indurre a ritenere l'esistenza di un qualsivoglia disagio o disturbo della bambina causato, in ipotesi, dalla sua realtà familiare. Le operatrici hanno condiviso con entrambe le mamme la necessità per la bambina di "movimenti psicologici" idonei a consentirle l'elaborazione della sua storia familiare, ed in particolare della sua nascita.

È NEL SUPERIORE INTERESSE DEL MINORE: LA "BUONA" GENITORIALITÀ OMOSESSUALE

Appare opportuno, in questa circostanza, soffermarsi sulle considerazioni psicologiche effettuate

da coloro i quali hanno analizzato scrupolosamente la domanda di genitorialità avanzata dalle due donne. In effetti, buona parte delle obiezioni alla genitorialità di persone omosessuali può essere rubricata sotto la voce "è contro l'interesse del bambino".

Ma cosa sia effettivamente contro la crescita e il sano sviluppo psicofisico di un minore, non può essere stabilito aprioristicamente, senza per nulla analizzare singolarmente ciascun caso.

La letteratura scientifica dimostra che la genitorialità omosessuale non lede il superiore interesse del minore, inficiandone il successivo adattamento. Anzi, sempre più ricerche tendono a dimostrare che i bambini cresciuti da genitori omosessuali e i bambini cresciuti da genitori eterosessuali non si differenziano in termini di salute mentale, sviluppo cognitivo, sviluppo psicosessuale, relazioni con i pari e riuscita scolastica.

Nel 2005 l'*American Psychological Association* pubblicava una delle più famose rassegne inerente la genitorialità delle coppie omosessuali. I risultati venivano suddivisi in tre differenti aree di indagine:

- a) le competenze genitoriali delle persone gay e lesbiche;
- b) il benessere dei figli di genitori gay e lesbiche;
- c) le dinamiche interne alle famiglie con genitori dello stesso sesso.

Sul primo punto emergeva che nessun fondamento induce a ritenere le persone gay e lesbiche meno adeguate delle persone eterosessuali nella crescita e nell'educazione dei figli. Anzi coppie omogenitoriali dedicano molto tempo alla cura dei propri figli e preferiscono stili educativi incentrati piuttosto sul dialogo e non punitivi.

A proposito degli stili educativi, alcune ricerche più attuali, dimostrano che le competenze genitoriali delle coppie omosessuali sono addirittura superiori rispetto agli eterosessuali, ad esempio coppie omogenitoriali mostrano un maggiore investimento affettivo.

Per ciò che attiene il benessere dei figli di genitori gay e lesbiche, dalle ricerche emergono relazioni positive sia con i coetanei che con gli adulti di entrambi i sessi e assolutamente non limitate

all'interno delle comunità gay e lesbiche. Vengono, anche, smentite le considerazioni stigmatizzanti inerenti identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale dei figli di coppie omosessuali così come decisamente sfatato il "falso mito" di una maggiore presenza di abusi sessuali in bambini cresciuti in coppie omogenitoriali.

Infine, le ricerche sulle dinamiche interne alle famiglie con genitori dello stesso sesso non sono di certo numerose, ma sufficienti a ritenere che i bambini affrontano meglio il fatto di avere genitori gay e lesbiche se vengono a conoscenza del loro orientamento sessuale già nell'infanzia piuttosto che nell'adolescenza, se vivono in famiglie senza conflitti e dove l'orientamento sessuale dei genitori non viene nascosto e se vivono in contesti accoglienti.

Dunque, gli autori del menzionato studio, ritenevano che non vi era alcuna prova per considerare gli omosessuali genitori inadeguati, così come alcuna controindicazione emergeva nella crescita e nel benessere dei loro figli.

Merita ulteriore considerazione, a questo punto, la constatazione effettuata nel 2013 da Perrin, Siegel e The Committee on Psychosocial Aspect of Child and Family Health dell'*American Academy of Pediatrics*, secondo cui lo sviluppo dei figli nati da unioni omogenitoriali rientra assolutamente nei percorsi normativi in tutti quei Paesi – Argentina, Belgio, Canada, Danimarca, Islanda, Olanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Sud Africa e Svezia – in cui, da ormai dieci anni, è consentito a persone gay e lesbiche il diritto di sposarsi e di diventare genitori.

La disamina critica del menzionato studio consente, già di per sé, di avvalorare l'ipotesi adottiva, così come disposto nella sentenza 299/2014 protagonista del presente elaborato. Entrambe le donne hanno, infatti, dimostrato di essere assolutamente capaci di assolvere al ruolo genitoriale, collaborando responsabilmente nel percorso di crescita della minore. Occorre, inoltre, osservare come, degne della massima considerazione, siano state le valutazioni estremamente positive che la psicologa, l'assistente sociale e l'insegnante



hanno riportato sullo stato di salute fisica e psicologica della bambina, che è apparsa a tutti serena, unita da un profondo legame affettivo alle sue due madri alle quali ben riconosce il ruolo, e assolutamente ben inserita nell'ambiente scolastico e familiare che la circonda, ove tra l'altro, grazie anche alla presenza costante dei nonni, ha modo di osservare vari modelli di coppia esistenti, non risultando pertanto isolata o pregiudicata a livello emotivo in alcun modo.

Di recente, le più grandi e accreditate associazioni americane ed inglesi di psicologia e psichiatria, quali l'*American Psychological Association* (APA), l'*American Psychiatric Association* e la *British Psychological Society*, dopo più di vent'anni di studi, si sono pubblicamente schierate a favore del diritto al matrimonio e all'adozione per le persone omosessuali.

L'*American Psychological Association* ha dichiarato: «Non esiste alcuna prova scientifica che l'essere dei buoni genitori sia connesso all'orientamento sessuale dei genitori medesimi: genitori dello stesso sesso hanno la stessa probabilità di quelli eterosessuali di fornire ai loro figli un ambiente di crescita sano e favorevole. La ricerca ha dimostrato che la stabilità, lo sviluppo e la salute psicologica dei bambini non ha collegamento con l'orientamento sessuale dei genitori, e che i bambini allevati da coppie gay e lesbiche hanno la stessa probabilità di crescere bene quanto quelli allevati da coppie eterosessuali».

L'*American Psychoanalytic Association* risponde a chi sostiene che avere genitori omosessuali è contro l'interesse del bambino: «È nell'interesse del bambino sviluppare un attaccamento verso genitori coinvolti, competenti, capaci di cure e di responsabilità educative. La valutazione di queste qualità genitoriali dovrebbe essere determinata senza pregiudizi rispetto all'orientamento sessuale».

Anche l'*American Association of Child and Adolescent Psychiatry* ribadisce l'assenza di rischi neuropsichiatrici nelle famiglie omogenitoriali: «La base su cui devono reggersi tutte le decisioni in tema di custodia dei figli e diritti dei genitori è il migliore interesse del bambino [...] Non ci sono prove a sostegno

della tesi per cui genitori con orientamento omo o bisessuale siano di per sé diversi o carenti nella capacità di essere genitori, di saper cogliere i problemi dell'infanzia e di sviluppare attaccamenti genitore-figlio, a confronto con orientamento eterosessuale. Da tempo è stato stabilito che l'orientamento omosessuale non è in alcun modo correlato a una patologia, e non ci sono basi su cui presumere che l'orientamento omosessuale di un genitore possa aumentare le probabilità o indurre un orientamento omosessuale nel figlio. Studi sugli esiti educativi di figli cresciuti da genitori omo o bisessuali, messi a confronto con genitori eterosessuali, non depongono per un maggior grado di instabilità nella relazione genitori-figli o disturbi evolutivi nei figli».

Lo stesso Ordine Nazionale degli Psicologi Italiani, già nel 2012, in occasione della Giornata Mondiale contro l'omotransfobia ribadiva: «la necessità di riconoscere come irrinunciabile e indispensabile la possibilità degli omosessuali di vivere desideri, affetti, progetti di vita e genitorialità senza bisogno di nascondersi o temere o subire discriminazioni e aggressioni».

In Australia, la Melbourne University aveva avviato una ricerca nel 2012 conclusasi nel 2014 che ha coinvolto circa 500 minori e 315 genitori gay, lesbiche, bisessuali e *queer*: le prime indiscrezioni inerenti i risultati suggeriscono che i bambini che vivono in questi contesti familiari hanno uno sviluppo normale in termini di benessere fisico, mentale e sociale.

Volendo continuare la rassegna di tutti gli studi e le encomiabili ricerche svolte, ormai da un quarantennio, da autorevoli personalità in ambito psicologico e psichiatrico, merita di essere citata la conclusione a cui è giunta l'*American Academy of Pediatrics* a sostegno delle famiglie omogenitoriali e dell'adozione per le coppie gay e lesbiche lo scorso 20 marzo 2013 quando, in un importante documento attestante le conclusioni di un imponente lavoro, così conclude: «Adulti coscienti e capaci di fornire cure, siano essi uomini o donne, etero o omosessuali, possono essere ottimi genitori [...] Nonostante le disparità di trattamento economico e legale e la stigmatizzazione sociale, trent'anni di

ricerche documentano che l'essere cresciuti da genitori lesbiche e gay non danneggia la salute psicologica dei figli e che il benessere dei bambini è influenzato dalla qualità delle relazioni con i genitori, dal senso di sicurezza e competenza di questi e dalla presenza di un sostegno sociale ed economico alle famiglie". Dai risultati della stessa ricerca a cui ci si riferisce emerge che di tutti i bambini studiati – circa 500 – nessuno ha dimostrato evidenze di confusione rispetto alla propria appartenenza di genere, al desiderio di appartenere all'altro sesso, tantomeno episodi di travestitismo.

I bambini che crescono e vivono in famiglie omogenitoriali devono, purtroppo, battersi maggiormente contro i condizionamenti ed i perversi effetti della discriminazione sociale: la stigmatizzazione e l'atteggiamento omofobico possono essere considerati i soli motivi per cui l'orientamento sessuale dei genitori può avere influenza (quella sì negativa) sui figli. I risultati delle ricerche suggeriscono, ancora, che è il rapporto tra genitori e figli il fattore determinante nella relazione del bambino e dell'adolescente con i pari, piuttosto che variabili strutturali come la composizione della famiglia.

Questa ed altre considerazioni avvalorano la decisione assunta dal Tribunale per i Minorenni di Roma, anche se detta decisione è fondata su presupposti giuridici ed il profilo psicologico viene solo sfiorato, riportando la voce dei giudici onorari che, in base alla loro specifica competenza si sono espressi favorevolmente offrendo la loro visione della situazione, ritenendo degno del riconoscimento giuridico il reale desiderio di accedere entrambe alla genitorialità della minore. Entrambe le "mamme" sono apparse adulte equilibrate ed amorevoli, responsive verso i bisogni primari – morali e materiali – della propria bambina, ben orientate al suo sviluppo psicofisico, oltre che coscienti del suo benessere futuro: insomma ottimi genitori. La voce dei giudici onorari si sintetizza così *"ciò che è importante per il benessere dei bambini è la qualità dell'ambiente familiare che i genitori forniscono loro, indipendentemente dal fatto che essi siano dello stesso sesso o che abbiano lo*

stesso orientamento... non sono né il numero, né il genere dei genitori a garantire di per sé le condizioni di sviluppo migliori per i bambini, bensì la loro capacità di assumere questi ruoli e le responsabilità educative che ne derivano."

Difatti, solo adulti equilibrati ed amorevoli – uomini o donne, omosessuali o eterosessuali, bisessuali o transessuali – possono essere ottimi genitori. Proprio come accade nelle coppie eterosessuali, i bambini di coppie gay crescono sani e felici se la coppia è formata da adulti responsabili e attenti. Laddove i genitori sono poco attenti ai loro bisogni possono, invece, manifestarsi svariati disturbi e patologie.

UN POSSIBILE RISCHIO: I BAMBINI ARCOBALE-NO RISENTONO DELL'OMOFOBIA SOCIALE?

Si è soliti caratterizzare l'omogenitorialità con affermazioni pregiudizievole quali: "un bambino nasce, per natura, da un uomo e da una donna"; "per crescere bene, un figlio ha bisogno di due figure di riferimento di genere differente"; "i figli degli omosessuali hanno molti più problemi rispetto ai figli di coppie eterosessuali"; "la coppia omosessuale rappresenta una unione sterile"; "i figli di genitori omosessuali diventano più facilmente omosessuali"; "le relazioni omosessuali sono più instabili di quelle eterosessuali". Tali affermazioni, dunque, sono apparse prive di fondamento scientifico se non meramente legate a convinzioni personali di carattere morale, politico o religioso. Prendendo ancora una volta in esame il caso di cui in questo approfondimento si intende discorrere, sembrerebbe possibile smentire qualsivoglia interrogativo teso unicamente a sminuire una genitorialità che, come osserva Fruggeri, *"si iscrive in una prospettiva di studio ormai ampiamente superata..."* e non è diretta conseguenza della generatività biologica. Per essere buoni genitori non basta, dunque, essere eterosessuali.

Tanto meno, in questa circostanza, può essere sottovalutato che è stata la donna che ha messo al mondo la minore a chiedere, essa stessa, che fosse riconosciuta la genitorialità anche della donna che aveva, sin da prima del concepimento,



insieme con lei, intrapreso e sostenuto quel progetto di maternità, ritenendola madre a tutti gli effetti, condividendo con lei compiti educativi e assistenziali, partecipando entrambe dell'affetto della bambina e ricambiandolo parimenti entrambe, con slancio ed abnegazione intelligente, al fine di garantirle la migliore qualità della vita in un periodo così importante quale è l'infanzia. È, difatti, proprio in questo momento evolutivo che i bambini costruiscono dei *modelli interni* delle rappresentazioni, delle esperienze di relazione che nella realtà hanno luogo con la figura che maggiormente si è presa cura di loro sin dalla nascita e, pertanto, non necessariamente definibile genitoriale, tanto meno appartenente ad un preciso orientamento sessuale.

Anche l'Associazione Italiana di Psicologia ricorda che le affermazioni secondo cui i bambini per crescere bene, avrebbero bisogno di una madre e di un padre, non trovano riscontro nella ricerca internazionale sul rapporto fra relazioni familiari e sviluppo psicosociale degli individui. Infatti, così come già ampiamente documentato, i risultati delle ricerche psicologiche hanno da tempo documentato come il benessere psico-sociale dei membri dei gruppi familiari non sia tanto legato alla forma che il gruppo assume, quanto alla qualità dei processi e delle dinamiche relazionali che si attualizzano al suo interno.

Detto altrimenti, non sono né il numero, né il genere dei genitori a garantire di per sé le condizioni di sviluppo migliori per i bambini, bensì la loro capacità di assumere questi ruoli e le responsabilità educative che ne derivano. In particolare, ciò che è importante per il benessere dei bambini è la qualità dell'ambiente familiare che i genitori forniscono loro, indipendentemente dal fatto che essi siano dello stesso sesso o che abbiano lo stesso orientamento. Gli adulti devono sempre garantire ai bambini cura e protezione, insegnare loro il senso del limite, favorire tanto l'esperienza dell'appartenenza quanto quella dell'autonomia, negoziare i conflitti, sviluppare competenze emotive e sociali.

A coloro i quali asseriscono ancora che un

ambiente accidentante, protettivo, educativo può essere garantito solo da due genitori di orientamento eterosessuale occorre precisare, alla luce delle considerazioni fin qui descritte, che il mestiere semmai complesso risiede proprio nello *status* di genitore. L'insieme dei dati a disposizione, piuttosto, dimostra come le coppie omosessuali "funzionano" in modo molto simile a quelle eterosessuali, persino in termini di soddisfazione, impegno reciproco, durata e stabilità del legame, distogliendo l'attenzione dall'orientamento sessuale come fattore discriminante.

L'equivalenza omosessuale, cattivo genitore, come eterosessuale, genitore benevolo, può essere facilmente disconfermata se si considerano ulteriori situazioni che pure non rispondono al superiore interesse del minore. Basti pensare a tutte quelle coppie eterosessuali litigiose ed altamente conflittuali che, inevitabilmente, triangolano i propri figli: "la separazione o il divorzio di due genitori che litigano, tutela il minore?"; "avere un genitore che strumentalizza il figlio per veicolare la propria rabbia verso l'ex coniuge?"; "essere concepito per errore e poi essere abbandonato?"; "rimanere per anni in una casa famiglia o in una qualsivoglia struttura di accoglienza?"; "avere i genitori alle prese continue con il lavoro senza mai avere del tempo da dedicare ai propri figli, semmai relegati perennemente alle cure di nonni o parenti affini, se non a donne prezzolate e anaffettive?".

Questi scenari familiari, e molti altri, potrebbero essere ipotizzati, quali mere esemplificazioni tese a far riflettere il lettore su come una genitorialità responsabile non può essere unicamente relegata ad uno specifico orientamento sessuale; la genitorialità buona o cattiva può essere parimenti esercitata da una coppia omo e/o da una coniugalità eterosessuale.

Alcuni studi hanno evidenziato come l'orientamento sessuale dei genitori influisce sui figli ma in termini di una più spiccata consapevolezza e autoriflessione in questi ultimi: i bambini di genitori omosessuali presentano, infatti, una minor conformità con gli stereotipi di genere, maggiore

apertura mentale e assenza di tabù verso esperienze omosessuali e più capacità critica nell'affrontare stereotipi e pregiudizi.

Un punto sul quale è, altresì, doveroso soffermarsi riguarda, naturalmente, la valutazione se i bambini arcobaleno risentano dell'omofobia sociale.

La miriade di studi e di considerazioni sin qui effettuate a tutela della genitorialità omosessuale, adottiva e non, non hanno ancora consentito di sgombrare il campo dalle preoccupazioni inerenti il "razzismo", i pregiudizi e le discriminazioni visuti dai figli delle coppie omogenitoriali.

Gli elementi sui quali, difatti, nella sentenza ad oggetto, il Collegio aveva posto la sua attenzione, nella convinzione che poteva accogliere, non essendovi alcun divieto nella legge in vigore, come più avanti sarà discusso, sono stati unicamente il benessere e la tutela di un sano sviluppo

psicologico della piccola, il cui unico pregiudizio nel percorso di crescita andava presumibilmente rintracciato proprio nel convincimento diffuso in parte della società, esclusivamente fondato, questo sì, su pregiudizi e condizionamenti, ai quali l'organo giudiziario cui è attribuita la funzione di tutela del benessere psicofisico dei bambini quale è il Tribunale per i Minorenni, non poteva e non doveva aderire, stigmatizzando una genitorialità "diversa" ma, come dimostrato, parimenti sana e meritevole di essere riconosciuta in quanto tale.

Alcuni studi, come quelli compiuti da H. M. W. Bos, negli anni dal 2000 al 2014, mostrano che questo impatto negativo esiste, solo se la scuola e i genitori non attivano strategie antiomofobiche. Ma sorprendentemente gli studi di Bos mostrano anche che questi ragazzi hanno uguali livelli di disagio psicologico globale rispetto ai ragazzi cresciuti

con genitori eterosessuali.

Forse è un segno della buona reattività delle coppie dello stesso sesso di fronte a una situazione problematica che la nostra società dovrebbe comunque affrontare. Se viviamo in una cultura omofoba o "razzista", la soluzione non può essere quella di ostacolare le famiglie omogenitoriali lasciandosi influenzare dagli stereotipi di una società, per alcuni versi, rigida e ancorata a dettami ideologici ormai da tempo superati.



L'OMOGENITORIALITÀ ADOTTIVA. EVOLUZIONE DEL COMPLESSO DI EDIPO

Le vie d'elezione delle persone omosessuali, come già accennato, per avere un figlio sono il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e l'adozione, riportare nel nucleo omosessuale i figli concepiti in precedenti relazioni eterosessuali, la gestazione di sostegno e la formula della cogenitorialità.

Occorre qui soffermarsi sulla tipologia di famiglia omosessuale costituitasi grazie all'intervento del provvedimento *de quo* emesso dal Tribunale per i Minorenni di Roma. Le due donne avevano a lungo pensato di intraprendere un percorso di genitorialità condivisa, difatti pianificando quale delle due avrebbe fatto ricorso alla fecondazione assistita, scegliendo quella più giovane, solo in considerazione dell'età e in virtù di una maggiore probabilità di successo, e sottoscrivendo accordi



privati di regolamentazione della loro relazione con riguardo ai rapporti della minore.

Si tratta di una Famiglia Pianificata, così come gli addetti ai lavori definirebbero questa tipologia di famiglia omogenitoriale. Gli studi che hanno comparato le famiglie pianificate omogenitoriali con quelle eterosessuali hanno dimostrato che non vi è alcuna differenza tra le prime e le seconde: la gestione dei figli è apparsa molto collaborata nelle coppie omo, le quali sono molto più in sintonia sulla cura e l'educazione da impartire ai propri figli. Anche per ciò che attiene la genitorialità, le madri lesbiche si sono mostrate maggiormente impegnate nella cura dei figli, investono più tempo e sono emotivamente più coinvolte delle madri etero.

Da ultimo, Golombok e Badger e Bos e van Balen hanno evidenziato come gli adolescenti cresciuti da due madri lesbiche, mostrano livelli bassissimi di ansia, depressione, aggressività ed alcolismo rispetto ai figli adolescenti di coppie eterosessuali.

Le Famiglie Pianificate adottive meritano una trattazione a sé stante poiché ci si riferisce a quelle coppie, omosessuali e non, che scelgono di fare ricorso all'adozione per diventare genitori. Purtroppo ancora in Italia permane un vuoto giuridico che impedisce, a chi vorrebbe poter adottare, di accedervi serenamente. Eppure non appaiono differenze significative tra lesbiche, gay ed eterosessuali. Questi ultimi giungono all'adozione dopo aver trascorso un periodo più o meno lungo a "combattere" con tecniche di procreazione assistita, al fine di ottemperare al loro *status* di infertilità. Le coppie omosessuali, dal canto loro, non manifestano quasi mai il bisogno incombente di una genitorialità biologica, bensì scelgono sin da subito l'adozione come via preferenziale per diventare genitori. Il cammino verso l'adozione è quasi sempre un percorso insidioso, pieno di ostacoli e, talvolta, frustrante per le coppie che decidono di intraprenderlo. Ciò è ancora più vero per gay e lesbiche che, fra le altre cose, si trovano a dover fare i conti con le discriminazioni omofobiche, oltre che legislative, che caratterizzano l'iter adottivo.

Avere un figlio adottivo è aprire nella propria famiglia uno spazio non solo fisico, ma soprattutto mentale per l'accoglienza di un bambino o di una bambina, generato da altri, con una sua storia, e che ha bisogno di continuarla con dei nuovi genitori, con cui formerà una vera famiglia, come una sua seconda possibilità di vita. La strada dell'adozione rappresenta sempre, per il futuro adottato, un cammino di scoperta, la ricerca di un passato mancante, la riscoperta di un'altra vita.

Ciò che preme chiedersi è se, essere adottati da una coppia omosessuale, può complicare ancor di più il già di per sé "insidioso" percorso evolutivo di bambini che, dopo essere stati abbandonati dai loro genitori biologici, sono alla ricerca di una nuova appartenenza, di una nuova famiglia che sia con loro amorevole e sempre disponibile.

Lingiardi e Carone hanno proposto una "nuova" visione della genitorialità, adottiva e non, che va via via discostandosi sempre più dalla tradizionale e statica interpretazione del Complesso di Edipo, alla luce di più innovative implicazioni e vicissitudini edipiche.

Quando si pensa al Complesso di Edipo, si è soliti trascurare l'esistenza nel mito di due coppie di genitori: Laio e Giocasta e Polibo e Merope, fulcro centrale su cui ruota l'intero intreccio drammatico. Il mito di Edipo altro non è che una storia di abbandono e, successivamente, di adozione. Difatti, mentre Laio e Giocasta abbandonano il proprio figlio Edipo e sono potenzialmente assassini, Polibo e Merope lo adotteranno per amarlo teneramente. Tebe e Corinto rappresentano, dunque, le due città d'origine di Edipo: Tebe, luogo della nascita e poi dell'abbandono; Corinto, luogo dell'adozione e della crescita. Ecco il perché la psicoanalisi ancora si rivolge alla leggenda edipica per spiegare nuove e continue immagini della vita psichica.

Edipo, in realtà, è un doppio: egli non sa di essere stato abbandonato dai suoi genitori per poi essere accolto da una genitorialità adottiva. Quando scoprirà la verità, egli non si chiederà più "*Chi sono io e da dove vengo*" ma "*Qual è il mio destino?*". Il mito di Edipo rappresenta una narrazione tragica - uccide il padre e sposa la madre - ma sintetizza

l'idea di una seconda nascita.

Freud già nel 1908 introduceva il costrutto di *romanzo familiare*, secondo cui molti bambini, ad un certo punto della loro infanzia, scoprendo dei lati oscuri o negativi dei propri genitori, credono di essere stati adottati e attribuiscono ai loro veri genitori il ruolo di figure adottive, alle quali sono stati affidati. Di fronte ad una reale adozione, il bambino è messo dinanzi ad un vuoto di sapere originario, serbatoio di fantasie ed immaginazioni e, pertanto, dovrà ben presto affrontare i temi del rifiuto e di un altrove corporeo assoluto rispetto a quello dei genitori adottivi, etero o omosessuali che siano.

La ricerca delle proprie origini è bisogno imprescindibile sia di figli adottivi di coppie omo che di genitori eterosessuali: risparmiati dal trauma originario dell'abbandono ma nati da un'avventura del desiderio che ha dovuto spingersi oltre l'evidente necessità del coito eterosessuale, i figli di una coppia omosessuale dovranno fare i conti, proprio come accade per i figli adottivi, con l'insieme di fantasie che riguardano gli altri genitori. Per i figli di coppie omosessuali la ricostruzione del contributo biologico alla genitorialità avviene in modalità differenti: può diventare importante sapere di più e conoscere chi ha donato il seme, oppure qual è la "madre surrogato" che ha fornito la gestazione di sostegno, quale il genitore sociale e quale quello biologico, quali i reali genitori.

Ciò che diviene, dunque, rilevante chiedersi è se l'adozione, da parte di una coppia omosessuale, aggiunge quel *quantum* in più, ad una "nascita" già di per sé dominata da fantasie e fantasmi sulle origini. Un bambino adottato è stato un figlio rifiutato all'origine, per i più vari motivi, all'opposto un bambino nato in una relazione omosessuale, dopo aver fatto ricorso alle biotecnologie è stato, sin da prima della nascita, fortemente desiderato, cercato a tutti i costi, pianificato, voluto e accolto amorevolmente.

Ecco come le dissonanze si appianano e i molteplici dubbi sulla genitorialità omosessuale adottiva sembrano via via vanificarsi. Anche le perplessità inerenti i processi di identificazione primaria

con le figure di accudimento sembrano non avere reale fondamento: la nuova visione della leggenda edipica ci suggerisce che il bambino non si identifica tanto nei corpi sessuati, quanto piuttosto nella possibilità di trovare il proprio posto all'interno della scena familiare. I processi di identificazione primaria, come suggerisce Aron, non si limitano alle figure del padre e della madre. I figli di genitori omosessuali incontrano la differenza dei due sessi altrove, in altri membri della famiglia o in ambienti esterni, come a scuola o nella società. Il bambino interiorizzerà non tanto la differenza del corpo della madre da quello del padre, quanto piuttosto i loro modelli relazionali.

I bambini adottivi devono sempre essere supportati nell'elaborazione della propria storia. È compito del genitore, a prescindere dal suo orientamento sessuale, dialogare senza remore con i propri figli, condividere con loro le fantasie sulle proprie origini, raccontargli la verità su quale è il loro genitore biologico, consentirgli di "esprimere" tutti i sentimenti ambivalenti che potrebbero dominare la scena adottiva.

Le tante geometrie familiari non si esauriscono nella dimensione eterosessuale riproduttiva ma ogni famiglia ha una sua storia da raccontare; ciò che è rilevante ai fini di un sano ed equilibrato sviluppo psicofisico ed evolutivo del bambino è la qualità dell'attaccamento tra il bambino ed il suo *caregiver*, etero o omosessuali, biologici o "di fatto".

UNO SGUARDO ALLE IMPLICAZIONI GIURIDICO-LEGISLATIVE

Ai fini di una completezza sistemica del presente contributo, riveste particolare importanza effettuare un richiamo al dato giuridico connesso al tema oggetto di trattazione.

Nell'ordinamento italiano, l'adozione dei bambini minori d'età è disciplinata dalla L.184/1983, successivamente modificata dalla L.149/2001.

Tale normativa, regolando in maniera organica la materia, distingue tra adozione legittimante e adozione in casi particolari detta anche mite.



Nel primo caso, in estrema sintesi, l'adozione del minore fa seguito alla dichiarazione dello stato di adottabilità perché il minore è stato ritenuto con sentenza in stato di abbandono morale e materiale; con la dichiarazione di adozione ad un determinata coppia di coniugi acquista lo *status* di figlio legittimo di questi ultimi e pertanto diventata titolare di tutti i diritti che conseguono al suo nuovo *status*; l'adozione legittimante determina la recisione dei legami con la famiglia di origine. Esclusivamente per l'adozione legittimante (nazionale ed internazionale), dunque, viene richiesto che ad adottare siano due persone unite da un rapporto di coniugio riconosciuto dall'ordinamento italiano, detti coniugi devono rispettare determinati limiti di età.

L'adozione in casi particolari, viene disciplinata dalla medesima legge agli artt. 44 e seguenti ed è finalizzata a consentire la tutela di specifici casi in cui la persona che adotta non ha i requisiti richiesti per la legittimante ovvero non si tratta di una coppia di coniugi, ma di una persona singola e l'adottante non rispetta il limite massimo di età, ma solo quello minimo dei 18 anni; questa adozione consente il mantenimento dei rapporti con la famiglia d'origine.

In questa ipotesi si possono inquadrare i casi relativi a situazioni in cui l'interesse superiore del minore verrebbe pregiudicato se egli non potesse restare presso la persona che fa richiesta di adozione in casi particolari. Si tratta di bambini il cui percorso di crescita non si è svolto nella famiglia di origine a motivo, ad esempio, di una grave malattia della madre, della grave inadeguatezza genitoriale come la tossicodipendenza o l'alcolismo del padre, situazioni apparse inizialmente transitorie per cui il bambino è stato accolto da una persona amica, ma poi non risolte, ragion per cui il rapporto con l'affidataria si è strutturato rendendo pregiudizievole il distacco. Ebbene il/i genitori del bambino possono consentire all'adozione del loro figlio da parte della persona che si occupa di lui ed appare capace e competente ad educarlo ed istruirlo, affettivamente legato a lui e capace di seguirlo nel percorso di crescita psicofisica.

In questi casi il legislatore prevede che l'interesse superiore del bambino deve essere tenuto in conto perché il minore cresca in un contesto che permetta il suo armonico sviluppo, nonché il sereno ed equilibrato accrescimento della sua personalità. Si tratta di una forma di adozione, quindi, che mira a realizzare l'interesse del minore ad una famiglia, facilitandone il procedimento perché per un verso amplia il novero dei soggetti legittimati a diventare genitori adottivi e, per altro verso, semplifica la procedura di adozione, rendendola molto snella.

Il legislatore non dice sull'orientamento sessuale del richiedente l'adozione in casi particolari e, di certo, nessuna limitazione è prevista espressamente o può derivarsi in via interpretativa, con riferimento all'orientamento sessuale dell'adottante o del genitore dell'adottando, qualora tra loro vi sia un rapporto di convivenza: la sentenza del Tribunale per i Minorenni di Roma ha perciò dichiarato l'adozione di una bambina alla compagna della madre naturale, avendo accertato l'esistenza di tutti i requisiti richiesti dalla normativa di settore nonché avendo ritenuto che la relazione instauratasi tra la richiedente l'adozione e la bambina appariva significativa e che la richiedente aspirante madre adottiva, aveva la capacità e la competenza a svolgere il ruolo materno unitamente alla madre naturale che, naturalmente, ha dato il suo consenso, avendo condiviso con la sua compagna una vita insieme ed insieme progettato la nascita della minore.

Su tale ultima tematica la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha seguito un *iter*, seppur frammentario, orientato sulla base di una lettura evolutiva della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e sulla constatazione del mutamento della "coscienza sociale" nei paesi firmatari della medesima.

In un primo *step* ha affermato che alla base della famiglia vi possa essere un rapporto uomo-donna costituente tanto un rapporto coniugale, quanto un'altra relazione affettiva che condivida gli aspetti essenziali del matrimonio. Successivamente ha chiaramente, seppur in maniera

implicita ed indiretta, affermato la non rispondenza ai principi della Convenzione Europea di pratiche discriminatorie che possano trovare la propria “giustificazione” sulla base dell’orientamento sessuale del genitore.

Nella scia di questa evoluzione giuridica e sociale si pone la sentenza più volte richiamata del Tribunale per i Minorenni di Roma, il quale, proprio in applicazione della giurisprudenza della CEDU, nonché di quella interna di legittimità ed in virtù della necessità di assicurare il preminente interesse del minore, ha ribadito come non sia possibile riscontrare alcun fattore ostativo al riconoscimento per la persona singola, indipendentemente dal suo orientamento sessuale, della possibilità di adottare.

Tale precisazione si era resa doverosa, in quanto la ricorrente chiedeva disporsi nei propri confronti l’adozione “in casi particolari” della figlia della propria convivente.

Nel caso di specie, il Tribunale per i Minorenni di Roma, dichiarando l’adozione c.d. “in casi particolari” alla ricorrente ha semplicemente, come era già intenzione del legislatore, favorito il consolidamento dei rapporti tra il minore e colei che già si prendeva cura della minore stessa. In tal modo è stata, dunque, data rilevanza giuridica ad una di tutte quelle situazioni in cui, pur essendo preminente la finalità di proteggere il minore, mancano le condizioni che consentono l’adozione con effetti legittimanti di un soggetto minore di età.

Il Tribunale ha valutato che quest’adozione “realizzava il preminente interesse del minore”, come previsto dall’art. 57 della più volte menzionata legge, accertando sempre scrupolosamente le attuali condizioni di vita della minore e la gestione della genitorialità di entrambe le figure di accudimento significativo.

Non volendo entrare nel merito di questioni prettamente giuridiche, la qual cosa esulerebbe dal tema della presente trattazione, occorre precisare che già altri organi giudiziari si erano pronunciati in favore di adozioni di un minore a coppie di conviventi, utilizzando sempre l’art. 44 lettera d) così come la sentenza n. 626/2007 del Tribunale

per i Minorenni di Milano con la quale è stata disposta l’adozione ad una coppia “di fatto”.

È proprio alla luce di queste, e di altre, considerazioni giuridiche, che si basano su una giurisprudenza in una continua tensione che tiene conto dei cambiamenti sociali e delle nuove forme di famiglia è stato possibile al Tribunale per i Minorenni di Roma di dichiarare la prima adozione in Italia, pronunciata in favore della compagna della madre biologica di una minore, la cui nascita era stata a lungo pianificata e desiderata da entrambe le donne.

CONCLUSIONI

Non esistono evidenze scientifiche e legislative che impediscono ad una coppia omosessuale di accedere alla genitorialità, nei tanti modi cui può essere loro riconosciuta. Bisognerà ancora attendere a che il nostro legislatore tuteli e riconosca, legittimamente, la genitorialità, nel caso di specie adottiva, delle coppie omosessuali.

Un traguardo è stato raggiunto grazie alla sentenza emessa dal Tribunale per i minorenni di Roma, in merito alla dichiarazione di adozione fatta in favore della compagna della madre biologica di una minore, la cui nascita era stata a lungo pianificata e desiderata da entrambe le donne.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (2002). La scena primaria interiorizzata. In M Dimen, V Goldner (a cura di), *La decostruzione del genere. Teoria femminista, cultura post-moderna e clinica psicoanalitica*. Tr. it. Milano: Il Saggiatore, 2006, 129-151.
- Baldisserotto E. (2013). Abbandono e Adozione: due categorie intrapsichiche. In Centro Italiano di Psicologia Analitica (Ed.), *Figure attuali della genitorialità* (pp. 49-63). Milano: Vivarium.
- Barbagli M., Colombo A. (2007). *Omosessuali moderni. Gay e lesbiche in Italia (II Edizione)*. Bologna: Il Mulino.
- Baumgartner E., Bombi A.S. (2005), *Bambini insieme. Intrecci e nodi delle relazioni tra pari in età prescolare*, Bari: Laterza.
- Bos, H.M.W., Gartrell, N. K., Peyser, H., & van



- Balen, F. (2008). The USA National Longitudinal Lesbian Family Study (NLLFS): Homophobia, Psychological Adjustment, and Protective Factors. *Journal of Lesbian Studies*, 12(4), 455-471.
- Bos, H., Gartrell, N., & van Gelderen, L. (2013). Adolescents in Lesbian Families: DSM-Oriented Scale Scores and Stigmatization. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(2), 121 – 140.
 - Bos, H.M.W., & Sandfort, T.G.M. (2010). Children's Gender Identity in Lesbian and Heterosexual Two-Parent Families. *Sex Roles*, 62(1-2), 114-126.
 - Bos H.M.W., van Balen F. (2008), Children in planned lesbian families: Stigmatization, psychological adjustment and protective factors. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 3, 221-236.
 - Bos, H., van Gelderen, L., & Gartrell, N. (2014). Lesbian and Heterosexual Two-Parent Families: Adolescent-Parent Relationship Quality and Adolescent Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 1-16.
 - Bos, H.M.W., van Balen F., & van den Boom, D.C. (2005). Lesbian families and family functioning: an overview. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 263-275.
 - Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2007). Child Adjustment And Parenting In Planned Lesbian-parent Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 38-48.
 - Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
 - Caristo C., Nardelli N. (2013), Madri lesbiche, padri gay e il benessere dei loro figli: una rassegna della letteratura. *Infanzia e adolescenza*, Vol. 12, n.2.
 - Cigoli V., Scabini E. (2013a). Coppie gay e figli, l'amore non basta. *Il Giornale*, 2 Luglio 2013, 25.
 - Fruggeri L. (2005). *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma: Carocci.
 - Fruggeri L. (2011). Genitorialità: dall'attribuzione di un ruolo all'esercizio di una funzione. In A Gigli (a cura di), *Maestra, ma Sara ha due mamme? Le famiglie omogenitoriali nella scuola e nei servizi educativi*. Milano: Guerini Scientifica, 66-77.
 - Graglia M., (2012). Omofobia – *Strumenti di analisi e di intervento*. Carocci.
 - Kurdek, L.A. (2006). Differences between Partners from Heterosexual, Gay, and Lesbian Cohabiting Couples. *Journal of Marriage and Family*, 68, pp. 509-28.
 - Lalli C. (2009). *Buoni genitori. Storie di mamme e di papà gay*. Milano: Il Saggiatore.
 - Lavner J., Waterman J., Peplau L. A. (2012). Can Gay and Lesbian Parents Promote Healthy Lingiardi V. (2007/2012). *Citizen gay. Affetti e diritti*. Edizione aggiornata con la collaborazione di N Nardelli. Milano: Il Saggiatore.
 - Lingiardi V., Caristo C. (2011a). Essere genitori (omosessuali). In A Schuster, *Omogenitorialità. Filiazione, orientamento sessuale e diritto*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni, 13- 24.
 - Lingiardi V., Carone N. (2013). Adozione e omogenitorialità: l'abbandono di Edipo? *Funzione gamma* (in press).
 - Lingiardi V., Vassallo N. (2011). Classificazioni sospette. In M Nussbaum, *Disgusto e umanità. L'orientamento sessuale di fronte alla legge*. Tr. it. Milano: Il Saggiatore, 2011, 7-58.
 - Patterson C.J. (2009). Lesbian and gay parents and their children: A social science perspective. In DA Hope (a cura di), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities*. New York: Springer, 141-182.
 - Patterson C.J. (2013). Children of Lesbian and Gay Parents. *Psychology, Law, and Policy. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Vol. 1(S), 27-34.
 - Patterson C.J., Wainright J.L. (2011). Adolescents with same-sex parents: Findings from National Longitudinal Study of Adolescents Health. In DM Brodzinsky, A Pertman, *Adoption by lesbians and gay men: A new dimension in family diversity*. New York: Oxford University Press, 85-111.
 - Remotti F. (2008). *Contro-natura. Una lettera al Papa*. Roma-Bari: Laterza.
 - Romano A. (2008). Il complesso edipico. Seminario tenuto a Verona. In Centro Italiano di Psicologia Analitica (a cura di), *Figure attuali della genitorialità*. Milano: Vivarium, 55.

- Stacey J., Biblarz T.J. (2001). (How) Does the Sexual Orientation of Parents Matter?. *American Sociological Review*, Vol. 66, pp. 159-183.
- Tasker F. (2005). Lesbian mothers, gay fathers and their children: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(3), 224-240.
- Théry I. (2001). « Peut-on parler d'une crise de la famille ? : Un point de vue sociologique ». *Revue de neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 49, no 8, 2001, p. 492-501.
- Tyebjee T. (2003). Attitude, Interest, and Motivation for Adoption and Foster Care. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 82, 6, 685-706.
- Wainright J.L., Russell S.T., Patterson C.J. (2004). Psychosocial Adjustment, School Outcomes and Romantic Relationships of Adolescents with Same-Sex Parents, in "*Child Development*", 75, pp.1886-98.
- Wainright J.L., Patterson C.J. (2008). Peer Relations among Adolescents with Female

Same-Sex Parents, in "*Developmental Psychology*", 44, 1, pp.117-26.

- Zanatta A.L. (2008). Le Nuove Famiglie. Collana "Farsi un'idea", Il Mulino.

SITOGRAFIA

- www.aipass.org/files/Comunicato%20adozioni%281%29.pdf
- www.aipass.org/files/Comunicato%20adozioni%281%29.pdf
- www.apa.org/pi/parent.html
- www.apsa.org/About_APSaA/Position_Statements/Parenting.aspx
- www.tempi.it/omosessualita-psicologia-adozioni-gay-loveislove-nonbasta-saggio-sul-paradosso-della-omogenitorialita
- 27esimaora.corriere.it/articolo/si-cresce-bene-anchecon-genitori-gayecco-i-risultati-di-30-anni-di-ricerche
- 27esimaora.corriere.it/articolo/nelpresepe-moderno-anche-le-coppe-gay





OMOFOBIA E TRANSFOBIA: UN VIAGGIO TRA PREGIUDIZI, STEREOTIPI E VIOLENZA

Roberta Giusto
Psicologa

RIASSUNTO

Il presente contributo si pone come obiettivo quello di fornire una panoramica sull'omofobia e la transfobia, i quali sono tutt'oggi fenomeni sociali ancora presenti e diffusi. Sensibilizzare e ampliare le conoscenze su questi argomenti è il primo passo verso una battaglia volta a combatterli. La rassegna prevede una delucidazione circa le origini e gli sviluppi, nel corso del tempo, rispetto ai due macro argomenti e un particolare approfondimento sui fenomeni di omofobia e transfobia interiorizzata che spesso vengono sottovalutati ma che hanno un potenziale distruttivo per gli individui che li sviluppano. Indubbiamente necessario è stato un excursus circa i pregiudizi e gli stereotipi che riguardano le persone omosessuali e transgender e che spesso sfociano in violenza omofobica. Un contesto che l'autore ha voluto approfondire è stato quello scolastico in quanto è uno dei primissimi ambienti in cui entrambi i fenomeni possono iniziare a svilupparsi e dove diventa necessario intervenire precocemente. L'intervento dovrebbe partire dagli insegnanti che dovrebbero richiedere l'aiuto dello psicologo, il quale ruolo è fondamentale anche per gli adulti. Diventa lo "strumento" indispensabile per affrontare le problematiche che ruotano intorno

all'omo-transfobia.

PAROLE CHIAVE

Omofobia, transfobia, pregiudizio, stereotipi, violenza omofobica, bullismo omofobico, ruolo psicologo

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è verificato un incremento notevole di violenze a discapito di omosessuali, bisessuali e transessuali; pertanto risulta ancora oggi indispensabile avviare campagne di sensibilizzazione e soprattutto predisporre servizi psicologici che si occupino delle vittime di tali attacchi omofobici. La violenza omofobica è purtroppo spesso parte della vita di un omosessuale: molti l'hanno subita almeno una volta nella vita e la quasi totalità ha la consapevolezza di esserne una potenziale vittima. Nonostante l'Organizzazione Mondiale della sanità abbia cancellato l'omosessualità dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali il 17 maggio 1990, l'idea che l'essere omosessuale (o bisessuale) è una condizione patologica da cui poter "guarire" è indubbiamente diffusa. Si tratta di una questione fortemente culturale in quanto la Chiesa cattolica, nel corso degli anni, ha sferrato continui attacchi nei confronti dell'omosessualità definendola "immorale"

e "innaturale". Nonostante il nostro paese sia laico l'influenza dell'ideologia cattolica è sempre stata e sempre sarà preponderante, pertanto è necessario promuovere e sensibilizzare un nuovo modo di concepire l'omosessualità e soprattutto utilizzare tutti i mezzi a nostra disposizione per prevenire e/o intervenire nel momento in cui si verificano violenze omofobiche.

OMOFOBIA E TRANSFOBIA

"Omofobia" deriva dall'accostamento di due sostantivi di origine greca significanti "stesso" e "timore". Letteralmente il suo significato è "aver paura dello stesso", ma, nella sua accezione più estesa "omo" richiama la parola omosessuale. Il termine si usa quindi per indicare sentimenti negativi e di intolleranza; in particolare un insieme di emozioni quali ansia, disgusto, avversione, rabbia, paura e disagio che gli eterosessuali provano, consapevolmente o inconsapevolmente, nei confronti di uomini e donne omosessuali. La letteratura scientifica ha affrontato il tema dell'omofobia declinandola secondo diversi livelli interpretativi. Se consideriamo questo fenomeno da un punto di vista sociologico, è necessario contestualizzarla all'interno di altri costrutti correlati che fanno parte di convinzioni socialmente condivise e radicate come:

- Lo stigma sessuale
- L'eterosessismo
- Il pregiudizio sessuale.

Laddove per stigma sessuale si intende la considerazione negativa di ogni comportamento, identità, relazioni o comunità non eterosessuale. L'eterosessismo invece è quella convinzione secondo cui nasciamo tutti eterosessuali per cui l'orientamento eterosessuale è l'unico possibile e concepibile; promuove la superiorità dell'eterosessualità rispetto a tutte le altre relazioni (Izzo, 2005). Infine il pregiudizio sessuale indica l'atteggiamento individuale negativo sulla base dell'orientamento sessuale. Se invece, il livello di osservazione del fenomeno è individuale, allora l'omofobia si baserebbe su tre funzioni:

- Esperienziale, ovvero la categorizzazione della

realtà sulla base di precedenti interazioni con persone omosessuali;

- Difensiva, ovvero fronteggiare i propri conflitti interiori e l'ansia attraverso la proiezione su persone omosessuali;
- Simbolica, ovvero esprimere concetti ideologici astratti legati al concetto di sé in relazione alla propria rete sociale e gruppo di riferimento.

In altre parole, il termine "omofobia" designa due aspetti differenti: una dimensione psicologica individuale, di natura affettiva, che si manifesta attraverso il rifiuto delle persone omosessuali e una dimensione sociale, di natura cognitiva, in cui l'omofobia è un fenomeno riconducibile all'ambito della discriminazione e del pregiudizio al pari della xenofobia e dell'antisemitismo. (Borrillo, 2009) Quest'ultime due insieme all'omofobia sono manifestazioni arbitrarie che consistono nel definire l'altro come inferiore o anormale. La recente preoccupazione per tale ostilità nei confronti di donne e uomini omosessuali modifica la maniera con cui la questione è stata finora affrontata. Invece di concentrarsi, come in passato, sullo studio del comportamento sessuale in quanto deviante, l'attenzione viene ormai posta sulle ragioni che hanno portato a considerare come deviante proprio questa forma di sessualità: lo spostamento dell'oggetto d'analisi verso l'omofobia corrisponde ad un cambiamento tanto epistemologico quanto politico. Epistemologico perché non si tratta tanto di conoscere o di comprendere l'origine e il funzionamento dell'omosessualità, ma di analizzare l'ostilità suscitata da questa specifica forma di orientamento sessuale. Politico poiché non è più la questione omosessuale ma piuttosto la questione omofobica che merita oggi di essere affrontata. Possiamo distinguere l'omofobia generale da quella specifica. La prima è una manifestazione di sessismo ossia la classica discriminazione degli individui in ragione del loro sesso biologico e della loro identità di genere. La seconda costituisce una sorta di intolleranza rivolta esclusivamente a uomini e donne omosessuali. Pertanto, se esistono delle reazioni virulente verso quest'ultimi, l'omofobia quotidiana assume anzitutto la



forma di una *"violenza simbolica"* di cui tutte le vittime non sono perlopiù coscienti. In questo senso, Hudson e Ricketts (1980, in Graglia 2012) hanno suggerito la distinzione tra omofobia e "omonegatività". Quest'ultima si riferisce non solo alle componenti di avversione e di ansia proprie dell'omofobia nel senso classico del termine, ma anche e soprattutto all'insieme degli atteggiamenti cognitivi verso l'omosessualità sul piano sociale, morale, giuridico e antropologico. Il fenomeno dell'omofobia rifiuta tutti coloro che non si conformano al ruolo che è pre-assegnato dal loro sesso biologico e disumanizzano l'altro, rendendolo inesorabilmente differente. Come tutte le forme d'intolleranza anche questa ruota intorno ad emozioni (credenze, pregiudizi, convinzioni), comportamenti (atti, pratiche, procedure, leggi) e infine ad un dispositivo ideologico (teorie, miti, dottrine). La differenza rispetto ad altre forme di ostilità è che l'omofobia si rivolge a degli individui isolati e non a gruppi costituenti una minoranza. L'omosessuale soffre da solo dell'ostracismo legato all'omosessualità senza sostegno alcuno da parte dell'ambiente sociale in cui vive e spesso in una situazione familiare che gli è ostile. Egli è più facilmente vittima di disprezzo di sé e di una violenza interiorizzata che può condurlo fino al suicidio. Difatti mentre il razzismo, l'antisemitismo, la misoginia o la xenofobia sono formalmente condannati dalle istituzioni, l'omofobia continua ad essere considerata come una semplice opinione che non suscita la giusta reazione da parte della società civile. Questa assenza di protezione giuridica contro l'odio omofobico crea disagio e vulnerabilità nelle persone omosessuali, fatto tanto più grave se si considera che l'omosessualità ha il triste privilegio di essere stata combattuta, negli ultimi due secoli, in quanto peccato, crimine e malattia al tempo stesso. Questo passato ha lasciato tracce profonde nella coscienza degli omosessuali al punto che sono essi stessi a rassegnarsi all'idea che tali violenze quotidiane sono ormai inevitabili. Questo scenario purtroppo si presenta anche nei confronti delle persone transessuali, da qui il termine *transfobia*. Si tratta di una reazione di paura,

disgusto e atteggiamento discriminatorio (sia in ambito sociale e sia in ambito lavorativo) nei confronti delle persone la cui identità di genere o presentazione di genere non corrisponde, nel modo socialmente accettato, con il sesso assegnato alla nascita. (Valerio, Scandurra, Amodeo, 2015). Per molti anni si è voluto ignorare la realtà della transfobia, omologandola ed inserendola all'interno del termine omofobia come fosse la stessa cosa ma la differenza è situata nelle origini diverse che generano i due fenomeni: l'omofobia è figlia dell'eterosessismo, come spiegato in precedenza; la transfobia invece è figlia del genderismo. Il genderismo è un'ideologia strutturale che porta a riconoscere come naturali solo il genere maschile e femminile e valutare negativamente tutti i generi che non rientrano in questa visione binaria (maschio/femmina). Si tratta della credenza di base, errata, che esistano e ci debbano essere solo due generi sessuali, che il genere di ciascuno debba corrispondere obbligatoriamente al sesso biologico assegnato alla nascita e che tutto ciò che si discosta da questa "norma" è fortemente malato, disturbato, perverso (Hill, 2003). Transfobia e genderismo possono portare a veri e propri atti di violenza o *gender-bashing* che consiste in aggressioni o molestie verso persone non conformi con le norme di genere della società (Hill, 2016). Hill (2003) afferma che:

«Il genderismo è la componente ideologica e riguarda l'atteggiamento culturale negativo, la transfobia alimenta l'atteggiamento con la paura, il disgusto e l'odio, e il *gender-bashing* è l'espressione comportamentale violenta di queste credenze. Sebbene il genderismo e transfobia spesso esitino in espressioni nascoste di discriminazione ed antipatia, il *gender-bashing* è un'espressione manifesta di ostilità.» (p.10).

La discriminazione spesso si realizza in molti modi. In alcune circostanze la gente è inconsapevole di discriminare quando utilizza appellativi tanto dispregiativi quanto facenti parte dell'uso quotidiano; invece altre volte la discriminazione è del tutto intenzionale. Hill (2003) si riferisce alla violenza attraverso due livelli: la violenza interpersonale

e la violenza istituzionale. La prima indica quel tipo di violenza tra persone o gruppi, come nel caso della violenza subita all'interno della famiglia d'origine o sul posto di lavoro; la seconda indica una violenza del tutto indipendente dall'individuo che, spesso, finisce per non essere esplicita; eppure, è la violenza più pervasiva perché blocca l'accesso ad una serie di risorse sociali all'insaputa dell'individuo colpito. La discriminazione transfobica può essere (Califa,1997):

1. Sistemática: si riferisce a situazioni in cui ad un intero gruppo di persone, sulla base di una caratteristica condivisa, sono negate le stesse opportunità, diritti e protezioni rispetto al resto della società;
2. Personale: si riferisce a comportamenti transfobici innescati sulla base del rapporto "uno a uno". La discriminazione personale crea ed è allo stesso tempo un prodotto di una discriminazione sistemática e può essere sia intenzionale e sia non intenzionale. Quella intenzionale si riferisce ad un atto consapevole che è giustificato dalla credenza che le persone transgender non appartengono ad alcun genere e non meritino un trattamento equanime. Invece la discriminazione non intenzionale derivano da persone e istituzioni che non sono consapevoli dei loro pregiudizi e degli effetti soprattutto dei loro comportamenti. C'è semplicemente una mancanza di riconoscimento della loro esistenza, dei loro bisogni e delle loro esperienze. Tuttavia una discriminazione di questo tipo può essere altrettanto dolorosa e distruttiva.

Kidd e Witten (2007/2008) tentano di chiarire quali sono quei fattori in grado di spiegare la violenza contro le persone transessuali e transgender. Gli autori sostengono che tale violenza derivi dall'azione di quattro fattori:

- L'ignoranza della popolazione generale che non è davvero a conoscenza del significato dell'identità transgender;
- I bias istituzionalizzanti derivanti dalla produzione di un sapere scorretto da parte delle istituzioni sulle questioni sessuali e di genere;
- La marginalizzazione da parte dei sistemi

sanitari che non sono sufficientemente preparati ad accogliere le specifiche domande delle persone transgender;

- La preservazione del binarismo di genere, un potente dispositivo ideologico che tende a "punire" i trasgressori, coloro che mettono in crisi questa pericolosa credenza.

Dunque l'omofobia e la transfobia non sono delle fobie clinicamente intese, ma è ben chiaro che si tratti di un insieme di atteggiamenti pregiudizievole che si esprimono attraverso una violenza verbale con l'uso di un linguaggio offensivo nei confronti di tutti coloro che fanno parte della comunità LGBTQI; una violenza fisica e una violenza psicologica che prevede una svalutazione implicita e non dell'esperienza omosessuale e in generale di tutte quelle esperienze non conformi all'eterosessualità.

OMOFOBIA E TRANSFOBIA INTERIORIZZATA

Contrariamente a quanto si possa pensare anche l'individuo omosessuale può essere omofobo. In tal caso si parla di omofobia interiorizzata. Il meccanismo psicologico attraverso cui si struttura è proprio l'interiorizzazione dell'immagine negativa che proviene dai feedback sociali. Questo concetto spiegherebbe perché molti omosessuali possono avere un vissuto tormentato relativo al proprio orientamento sessuale, basato sul timore della non accettazione, sul conflitto con un'immagine ideale di sé socialmente accettabile e sulle possibili concezioni negative della rete sociale in cui vive che generano rabbia, ansia e sensi di colpa. Gli atteggiamenti sociali verso il sesso, il genere e l'omosessualità vengono generalmente appresi acriticamente e interiorizzati molto presto, nelle prime fasi della vita, prima che un individuo abbia riconosciuto il proprio orientamento sessuale. Quando gli esseri umani cominciano a diventare consapevoli della loro omosessualità sperimentano verso loro stessi i medesimi atteggiamenti che hanno interiorizzato, complicando di conseguenza il processo di accettazione di sé. Soprattutto per le persone che si trovano ai primi stadi del loro processo di formazione dell'identità sessuale e



in generale per chi non è capace di gestire efficacemente lo stigma associato all'identità omosessuale, la percezione di un ambiente familiare e sociale repressivo può portare ad interiorizzare pensieri e sentimenti negativi tali da portare una scarsa accettazione di sé stessi. Ne consegue che nascondere il proprio orientamento sessuale può creare una scissione dolorosa tra identità pubblica e identità privata. Soprattutto gli omosessuali che non hanno compiuto il coming-out e che quindi mantengono parallelamente una doppia vita possono sperimentare gravi disagi psicologici. L'omofobia è diffusa nella cultura, come nelle battute, nei modi di dire, nel film e nei libri, pertanto quando una persona è esposta, da sempre, ad una determinata idea finisce per interiorizzarla e legittimarla. A causa di questo meccanismo l'omofobia diventa un valore implicito ed inconscio che genera reazioni immediate, automatiche e apparentemente istintive. Le persone omosessuali che sono afflitte da un alto grado di omofobia interiorizzata possono, per esempio, essere incapaci di esprimere il loro amore verso una persona dello stesso sesso, pur vivendo con essa o avendo una lunga relazione. Il rifiuto delle emozioni, dei desideri e dei bisogni può generalizzarsi ed estendersi a tutta la vita affettiva, non soltanto all'amore e alla sessualità (Castaneda, 2006). Una persona che sottopone a critica o che reprime da sempre ciò che sorge in lei spontaneamente può arrivare a diffidare di tutti i suoi desideri o sentimenti, i quali possono apparire perversi, sporchi e pericolosi. Un altro problema che deriva dall'omofobia interiorizzata è la percezione di sé come svantaggiati, isolati affettivamente e socialmente in quanto non hanno mai imparato alcune competenze sociali che sono proprie della cultura eterosessuale. Diffuse sono anche manifestazioni di insicurezza che sfociano in debolezza nei confronti dei propri limiti interpersonali. Inoltre il desiderio di essere accettato porta spesso ad adottare comportamenti e stili comunicativi di tipo passivo. Allo stesso modo con l'espressione transfobia interiorizzata si fa riferimento agli atteggiamenti negativi delle stesse persone transgender e

transessuali nei confronti della propria transessualità. È caratterizzata da un estremo e profondo disagio verso la propria condizione transgender/transessuale derivante dall'interiorizzazione, conscia o inconscia, dei pregiudizi, degli atteggiamenti discriminatori e delle valutazioni negative da parte della società verso chi non è conforme al genere assegnato (Valerio, Amodeo, Scandurra, 2015). Anche in questo caso il costante faccia a faccia con un contesto sociale e culturale ostile può portare a introiettare la transfobia con un forte impatto sul proprio benessere psico-fisico. È associata a scarsa accettazione di sé, sentimenti di vergogna, inferiorità ed odio nei confronti della propria persona e, in generale, verso le altre persone che condividono la sua stessa identità di genere. Essa si manifesta principalmente in due modi:

- Le persone transgender/transessuali potrebbero nascondere i propri sentimenti e la propria identità agli altri, allo scopo di conformarsi al binarismo di genere ed evitare stigmatizzazioni;
- Le persone transgender/transessuali potrebbero sviluppare atteggiamenti fortemente negativi nei confronti di altre persone transessuali e desiderare di non essere associati alla loro comunità.

Dato che l'impatto delle discriminazioni sostenute è profondo, questo stress continuativo può portare anche alla depressione, bassi livelli di supporto sociale percepito, idee suicidarie, ansia, abbandono scolastico, uso di sostanze, fino addirittura a odio e disapprovazione verso se stessi, paura della transessualità o conflitto insanabile tra ciò che si è e la pressione a conformarsi a ciò che si dovrebbe essere, secondo i canoni normativi vigenti (Sugano, 2006; Gran et al., 2001; Mizock, Covel, Ferreira, 2013).

PREGIUDIZI E STEREOTIPI

Per stereotipi sessuali e di genere si intendono quei meccanismi di categorizzazione ai quali ricorrono gli individui per interpretare, elaborare, decodificare, ristrutturare la realtà sessuale, ossia la rappresentazione di ciò che è maschile e ciò che è femminile. Concetti sorretti dalla credenza

comune e diffusa che l'uomo e la donna posseggano diversi patrimoni di caratteristiche, al di là dell'aspetto fisico e del patrimonio biologico. Ci si riferisce a caratteristiche di personalità, a tratti comportamentali, alle attitudini che si ritiene siano adeguate e riferibili rispettivamente al maschile e al femminile stesso. Gli stereotipi consentono di formulare giudizi generalizzati e generalizzanti sull'identità di genere, sulla base dell'individuazione di alcune peculiarità (racchiuse in specifiche categorie dicotomicamente contrapposte tra loro) che, discriminando/distinguendo in modo inequivocabile i due sessi/generi, sintetizzano tutte le qualità e le specificità rispettivamente dell'uno e dell'altro sesso (Taurino, 2005). A rafforzare l'immagine di mascolinità e femminilità concorrono, a livello sociale e simbolico, specifici veicoli di diffusione di rappresentazioni stereotipiche: un ruolo di fondamentale importanza è da attribuire ai mass media che possono essere considerati veri e propri agenti sia di controllo sociale sia di produzione e/o rafforzamento di stereotipi sessuali e di genere. Anche i genitori contribuiscono alla diffusione di tali rappresentazioni in quanto preparano per i figli un mondo condizionato dal genere e i bambini stessi, nel corso dello sviluppo sia cognitivo che emotivo-affettivo, selezionano e assumono stili di comportamento e modalità di atteggiamento che rispondono al criterio dell'identificazione e dell'omologazione agli stili propri della specifica categoria sessuale di appartenenza. Dalla famiglia provengono, inoltre, le prime divisioni dei ruoli, criptate nella figura materna e paterna e nei riferimenti che essi rappresentano. Anche sulla base di tale identificazione, i figli e le figlie elaborano una rappresentazione del ruolo che devono o dovranno assumere in un contesto più allargato ovvero la società. È possibile osservare che se non intervenissero queste forme di socializzazione primaria, per gli esseri umani non esisterebbe alcuna femminilità o mascolinità, dal momento che è proprio l'attribuzione di genere a far scattare, dal punto di vista simbolico, attraverso le pratiche messe in atto dalle figure genitoriali e dei caregivers generalmente intesi, quei sistemi di

regole e aspettative differenziate secondo il sesso, sulla base delle consuetudini della vita quotidiana che ripropongono e perpetuano una visione della società che stabilisce come individui maschi e individui femmine devono o dovrebbero agire e comportarsi (Taurino, 2005). Quando il bambino e la bambina si classificano, a livello mentale soggettivo, rispettivamente come maschio e come femmina, sviluppano un'immagine di sé coerente con la propria identità sessuale attraverso il principio di costanza (ossia la convinzione che il sesso/genere è qualcosa di stabile, permanente, costante e non una dimensione alternante e cangiante) introiettando i diversi ruoli sessuali sulla base dell'adeguamento alle norme che la realtà sociale rimanda e prescrive. Per promuovere un'educazione che faciliti la rimozione di stereotipi e pregiudizi, i quali sono connotati dall'assolutizzazione e generalizzazione del proprio punto di vista, occorre entrare inizialmente in contatto con i propri, conoscerne le dinamiche, le modalità di insorgenza e combatterli. Un pregiudizio è un giudizio o un'opinione a priori generalmente con connotazione negativa verso specifici gruppi sociali. Le persone sviluppano convinzioni ed aspettative a proposito di elementi caratteristici di un certo gruppo sociale, applicandole poi, in maniera indiscriminata a tutti gli appartenenti a quel gruppo (o a coloro che sono ritenuti tali). Ciascuno di noi ha degli stereotipi e dei pregiudizi nei confronti di altri gruppi sociali ma essi sono solo pensieri e atteggiamenti che non sfociano direttamente in comportamenti discriminatori. La capacità di riconoscere i propri stereotipi e i propri pregiudizi e dunque intervenire sui propri comportamenti discriminatori richiede livelli molto alti di capacità di osservarsi, una disposizione alla riflessività e allo sguardo critico rivolto verso sé stessi. Stereotipi e pregiudizi sono radicati in noi perché hanno una funzione tranquillizzante, ci aiutano a semplificare un mondo complesso, ci rassicurano e ci fanno sembrare tutto ben preciso e distinto; dunque ci danno l'illusione di essere maggiormente padroni della realtà. In particolare il pregiudizio nei confronti degli omosessuali ha trovato larga



espressione in tutta la storia dell'uomo come legittima condanna di persone ritenute responsabili, con il loro comportamento, di una perversione, un peccato, un crimine o affette da una malattia, un difetto genetico, un disordine mentale. Sono dunque molte le forme in cui si declina la discriminazione basata sull'orientamento sessuale: molestie verbali, abusi psicologici, aggressioni o comportamenti denigratori sono esperienze da cui raramente la vita di un omosessuale viene risparmiata. Tra i pregiudizi che gravano sulle persone omosessuali vi è l'idea, ancora diffusa, di una diretta relazione tra AIDS e orientamento sessuale. Eppure opinioni scientifiche sottolineano come, a volte, nell'urgenza di ridurre la percezione del contagio da HIV come direttamente associabile all'omosessualità, possa essere lasciato spazio a una pericolosa mancanza di informazione e di educazione sessuale per la prevenzione del rischio di contrarre la malattia che dovrebbe essere costantemente rivolta tanto agli eterosessuali quanto agli omosessuali. Un'altra chiave di lettura dell'omosessualità, nata nel terreno della cultura cattolica, attribuisce ad essa il significato di "vizio" (inteso come una abitudine umana negativa che spinge l'individuo ad un comportamento nocivo) e la condanna come peccato. A causa di questo dettame religioso, molti adolescenti subiscono per anni un freno alla presa di consapevolezza del proprio orientamento sessuale. Moltissimi atteggiamenti di fanatismo e intolleranza che oggi si pensa siano tipicamente medievali erano in effetti comuni solo al tardo Medioevo. Per quanto differenti fossero le circostanze immediate che gli producevano, tutte traevano sostegno dai diffusi timori di elementi sociali estranei e dirompenti, timori che facilmente si potevano focalizzare su gruppi minoritari vulnerabili o poco conosciuti. Le pretese spiegazioni circa la precisa natura della minaccia rappresentata dalle persone omosessuali sono diverse e stravaganti in ogni tempo, talvolta in diretta contraddizione tra loro. La prima è l'antica pretesa che le società che tollerano o approvano comportamenti omosessuali lo facciano a loro danno, dal momento che queste società

scomparebbero se tutti i loro membri adottassero tale comportamento. Questa argomentazione dà per scontato che tutti gli esseri umani diventerebbero esclusivamente omosessuali se ne avessero l'opportunità. Ovviamente è possibile che la cessazione di sanzioni sociali contro l'omosessualità provochi un incremento degli atteggiamenti omosessuali espliciti tra le persone che non li ricercerebbero; è anche concepibile (ma non certo) che un numero maggiore di persone adotti uno stile di vita esclusivamente omosessuale in società tolleranti. Tuttavia l'aumento di un fenomeno caratteristico non è certamente correlato ad un aumento di pericolosità sociale. Anche perché la decisione di sposarsi e creare una famiglia dipende più che altro da fattori economici e posizione sociale pertanto non c'è alcuna ragione per le persone omosessuali di non procreare o procreare di meno rispetto agli eterosessuali. La seconda minaccia che si potrebbe esporre per spiegare l'intolleranza verso l'omosessualità è legata alla sua innaturalità. Ma tale tentativo era infondato per due motivi: prima di tutto perché si credeva che l'omosessualità non si verificasse in nessuna specie animale tranne quella umana e invece molti comportamenti omosessuali tra gli animali sono stati osservati sia se essi fossero in libertà e sia in cattività. In secondo luogo si credeva che solo l'omosessualità umana fosse non naturale ma ciò è fondamentalmente insostenibile in ogni contesto, biologico e filosofico. Sebbene l'idea che le persone omosessuali siano "violentatori della natura" preceda di due millenni il sorgere della scienza moderna e sia basata su concetti del tutto differenti, molta gente trasferisce l'antico pregiudizio a un'immaginaria struttura scientifica senza riconoscerne le estreme contraddizioni e arriva alla conclusione che il comportamento omosessuale violi la natura analizzata dagli scienziati moderni più che la natura idealizzata dagli antichi filosofi. Nonostante i tempi siano cambiati, l'eteronormatività su cui si basa l'omofobia e la transfobia, in nome dell'esaltazione e dell'annullamento delle differenze, legittima la privazione dei diritti facendola comparire come una discriminazione

fondata. Diritti che riguardano principalmente la sfera affettiva; tanto è vero che 9 paesi su 28 dell'Unione Europea ad oggi non prevedono le giuste tutele per le coppie omosessuali e tale mancanza svislisce i loro vissuti, non solo in quanto persone ma soprattutto in quanto portatori di sentimenti e desideri legati alla formazione di una famiglia. Infatti sulle questioni adozioni o utero in affitto ci sono tanti punti di vista controversi in quanto si è certi che i bambini con due genitori dello stesso sesso possano sviluppare patologie e disturbi; ma da una importante ricerca di Stacey e Biblarz (2001) si evince che, oltre a non riscontrarsi differenze tra i figli cresciuti da coppie omosessuali ed eterosessuali con riferimento all'incidenza di disturbi psicologici e disfunzioni cognitive, i primi presentano una concezione del ruolo di genere meno stereotipate e considerano normali le esperienze omoerotiche, pur definendosi quasi sempre eterosessuali. Probabilmente le famiglie omogenitoriali trasmettono ai propri figli la consapevolezza circa il carattere molteplice della vita affettiva e sessuale umana senza ridurre la conoscenza alle categorie antitetiche eterosessuale/omosessuale.

VIolenza OMOfOBICA E MINORITY STRESS

L'ostilità omofoba si può manifestare nelle forme più ambigue e socialmente accettate come derisione e ironia ma è noto che il riso, l'umorismo, la satira consentono di veicolare l'aggressività in modi socialmente tollerati ma mai innocenti. Discriminazioni sul modo del lavoro, nelle istituzioni, nella cultura sono solo alcuni esempi di quelle forme di violenza psicologica di natura persecutoria, spesso indiretta, che portano la vittima ad utilizzare strategie cognitive e comportamentali adeguate al contesto pur di provare quella che è la sensazione di accettazione. Essendo le persone omosessuali viste come pericolose, coloro che attuano abusi nei loro confronti lo fanno solo per una reazione psicologica del tutto legittima; questo fenomeno è chiamato *gay panic defense* (Christina Pei-Lin chein, 2000). Esso sarebbe una reazione psicotica violenta nei confronti

di un imputato latentemente omosessuale, la cui auto-proiettata eterosessualità risulta minacciata. L'azione scatenante può essere stata una mera sollecitazione non violenta, verbale o gestuale, da parte della vittima che ha provocato la perdita temporanea della capacità di distinguere il bene dal male (Wikler, Strazio, 2011). L'atteggiamento assunto dall'ordinamento giuridico nei confronti del *gay panic defense* è estremamente significativo per capire l'approccio della società nei confronti dell'omosessualità, bisessualità e transessualismo. In generale, l'ordinamento riconosce che in taluni casi l'autore di un delitto possa essere giustificato o scusato; ciò avviene, per esempio, nel caso della legittima difesa. Appare chiaro, allora, che l'utilizzo del *gay panic defense* come valida difesa ha lo scopo di convertire il processo all'aggressore in un processo alla vittima. Ammettere questa difesa, non soltanto lascia i violenti liberi di agire ma alimenta altresì il perpetuarsi della vittimizzazione delle persone omosessuali. Secondo l'agenzia per i diritti fondamentali dell'Unione Europea, l'omofobia ha già nel 2009 danneggiato la salute e la carriera di quasi 4 milioni di persone in Europa. L'Italia è il paese dell'U.E con il maggior tasso di omofobia sociale, politica e istituzionale. Tra i tanti atteggiamenti discriminatori i più deleteri sono sicuramente le percosse, le minacce, i gesti intimidatori, lo stalking, gli abusi e il bullismo omofobico adolescenziale. Adolescenziale perché in questa fase evolutiva di sviluppo psicosessuale le fantasie omosessuali possono essere particolarmente vivide a causa del conflitto evocato dal contrasto tra il bisogno di essere dipendenti dai genitori e la pressione culturale a separarsi da loro. Per sfuggire all'intenso desiderio di essere ancora dipendenti dalle loro madri hanno bisogno di affermare la loro mascolinità. L'odio verso le persone omosessuali è proprio una manifestazione particolarmente sintomatica del tentativo degli adolescenti di negare i desideri regressivi di dipendenza esprimendo la loro aggressività, la quale viene fatta coincidere con la virilità (Currò, Rizzo, 2014). All'interno del sistema familiare le violenze, le prevaricazioni e le discriminazioni di genere



sono aumentate perciò la famiglia diventa il terreno all'interno del quale si sviluppa e si intensifica il pregiudizio che mira a nascondere e camuffare un segreto pesante come un macigno (Arcidiacono, 2012).

Tale macigno diventa più difficile da sopportare e gestire nel momento in cui non ci si sente a proprio agio con il proprio corpo. Essere transgender all'intento della cultura occidentale significa appartenere ad un gruppo di minoranza, stigmatizzato e discriminato. La violenza e le discriminazioni più volte citate portano a sperimentare un tipo di stress particolare che va sotto il nome di *Minority Stress* (Meyer, 1995; 2003; 2007). Si tratta di uno stress sociale e cronico che le minoranze, in questo caso di genere, esperiscono a causa della continua stigmatizzazione sociale proveniente da ogni settore della vita (Scandurra, 2015). Il *Minority Stress* deriva non solo da eventi negativi, ma dalla totalità dell'esperienza della persona appartenente alla minoranza nella società dominante (Meyer, 1995). Tutte le condizioni sociali mosse da omo/trans-fobia rappresentano dei fattori rilevanti e misurabili di stress che incidono sulla qualità della vita. Come sostenuto da Meyer (2007), il *Minority Stress* è:

- Unico, poiché rappresenta un fattore di stress aggiuntivo a quello generale vissuto da tutte le persone quotidianamente. Questa caratteristica di unicità finisce per richiedere uno sforzo di adattamento sociale maggiore rispetto alle categorie non stigmatizzate;
- Cronico, perché esso è strettamente legato a delle sovrastrutture sociali e culturali stabili che sono indipendenti dall'individuo e che, dunque, lo preesistono;
- Socialmente basato, poiché deriva da una serie di processi sociali, istituzionali e strutturali che sono indipendenti dall'individuo.

Il *Minority Stress* prevede processi di stress distali ovvero *stressor* oggettivi che non dipendono dall'individuo e processi di stress prossimali ovvero *stressor* soggettivi che dipendono dalle percezioni della persona. Meyer (2007) definisce i seguenti stressor, partendo da quelli oggettivi e

arrivando a quelli più soggettivi:

- Eventi e condizioni stressanti esterni ed oggettivi, cronici ed acuti, come le violenze sessuali, verbali, fisiche subite (stigma vissuto);
- Aspettative che gli eventi prima espliciti si realizzano e iper-vigilanza che questa aspettativa comporta (stigma percepito);
- Occultamento del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere;
- Interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società aventi a che fare con l'orientamento sessuale o con l'identità di genere (omofobia o transfobia interiorizzata).

In base al concetto di *Personal-Group Discrimination Discrepancy* (PGDD di Taylor et al., 1990) le persone appartenenti a gruppi socialmente svalutati percepiscono livelli più alti di discriminazione diretta al loro gruppo nel suo complesso rispetto che a sé stessi personalmente con conseguenze negative sull'autostima collettiva. Questo meccanismo determina l'interiorizzazione dei bias: chi è oggetto di pregiudizio e di rappresentazione stereotipiche cariche di giudizi di disvalore, tende inconsapevolmente a mettere in atto (secondo i meccanismi della profezia che si auto-avvera) comportamenti che reificano l'impossibilità di esprimere pienamente la capacità di sviluppare le proprie potenzialità in termini di conquista del benessere individuale, così come la capacità di apportare il proprio contributo allo sviluppo della società civile. In sostanza le dimensioni che si contemplano sono due: il danno soggettivo dovuto alla discriminazione (ovvero mancato riconoscimento della dignità e della possibilità di esprimere le proprie risorse interne) e la perdita sociale che essa comporta (ovvero la mancata partecipazione alla costruzione dello sviluppo della comunità). Il *Minority Stress* rappresenta il primo fattore di rischio capace di aumentare la probabilità di sviluppo di sintomatologia psichica (come depressione e ansia), bassa autostima, ideazioni suicide o tentato suicidio. È facilmente intuibile che i disturbi mentali delle minoranze sessuali e di genere non sono collegate all'identità in sé, ma possono manifestarsi come risultato della marginalizzazione,



dello stress derivante dal nascondere la propria sessualità e/o identità o dal subire abusi verbali, emotivi, fisici e/o sessuali da una famiglia o comunità intollerante (Mayer et al., 2008).

BULLISMO OMOFOBICO E TRANSFOBICO NEL CONTESTO SCUOLA

Il bullismo è la traduzione letterale del termine inglese *bullying*, parole comunemente usata nella letteratura internazionale per caratterizzare il fenomeno delle prepotenze tra pari in contesti di gruppo. Questo fenomeno consiste in atti di aggressione perpetrati in modo persistente e organizzato secondo un determinato copione relazionale ai danni di uno o più compagni di scuola, i quali non hanno la possibilità di difendersi a causa dell'asimmetria di potere. Difatti i ricercatori che si sono occupati di bullismo sostengono che si possa parlare del fenomeno solo quando sono soddisfatti tre criteri:

- Intenzionalità; criterio importante per

distinguere un atto aggressivo da quella che è l'impulsività dello studente;

- Sistematicità: essa si definisce nel momento in cui l'atto si ripete in futuro, in maniera sistematica, con una certa organizzazione meticolosa;
- Relazionalità; ovvero il bullo soddisfa il proprio desiderio di intimidire e dominare un gruppo di studenti, creando una asimmetria tra egli stesso e la vittima.

Nel caso specifico del bullismo omofobico è dunque l'orientamento sessuale dell'individuo a diventare origine di vessazioni. Tale fenomeno risulta più articolato rispetto ad altri tipi di vittimizzazione perché si presenta come un dispositivo complesso che coinvolge tre aspetti specifici dell'età in cui con più recrudescenza esso si manifesta: le problematiche legate al cambiamento del proprio corpo e all'affermazione della propria identità; la socialità rispetto alla quale la reputazione diventa un importante obiettivo della crescita; l'adesione alla maschilità o alla femminilità



(in forme date per scontate nella nostra società) come percorso di inclusione nel gruppo dei pari. I bersagli del bullismo a matrice omofoba possono essere: adolescenti che apertamente si sono dichiarati omosessuali; adolescenti omosessuali che hanno deciso di svelarlo solo ad alcune persone che a loro volta l'hanno rilevato a terzi; adolescenti che appaiono omosessuali sulla base di una percezione stereotipata (ragazze dai capelli corti o ragazzi con abbigliamento molto colorato o femminile) e infine anche gli adolescenti con familiari apertamente omosessuali. Bisogna concentrarsi non solo sui valori che il bullismo omofobico esprime ma anche sui bisogni che rileva, sulle emozioni che suscita e sui vantaggi che si ricavano, in quanto denigrare chi non si adegua a un'eterosessualità normativa e a una rappresentazione stereotipica della differenza di genere risponde ad alcune esigenze fortemente sentite nell'adolescenza (soprattutto maschile) in quanto è un modo per dare prova pubblica della propria "normalità"; ha la funzione egodifensiva di rassicurazione psicologica rispetto alla propria adeguatezza agli standard socioculturali sul genere e l'orientamento sessuale. È infine una strategia di fissazione delle norme del gruppo dei pari e un meccanismo educativo di inclusione/esclusione (Gusmano, Mangarella, 2014). Questo tipo specifico di bullismo non attacca solo il soggetto ma si rivolge anche a una dimensione privata e personale come la propria sessualità e identità di genere (Lingiardi, 2007). Inoltre le differenze fra il bullismo tradizionale e quello omofobico si collegano alla presenza di un alto tasso di omofobia nella cultura italiana e, a livello interiorizzato, nelle persone coinvolte. Il clima diffuso di discriminazione può portare gli stessi insegnanti o genitori ad avere pregiudizi omofobici e reagire alle richieste di aiuto del/della ragazzo/ragazza con una negazione o sottominando l'evento. Reazioni di questo genere causano nelle vittime di aggressione un forte senso di isolamento e impotenza e una difficoltà maggiore a chiedere aiuto, in quanto equivarrebbe a centrare l'attenzione sulla propria omosessualità, reale o solamente

attribuita da i bulli, con i relativi vissuti di ansia, vergogna e distimia. Inoltre se il numero dei pari che intervengono a difesa delle vittime nei casi di bullismo è molto basso, nel caso del bullismo omofobico è quasi inesistente. Le conseguenze negative del bullismo riguardano anche l'aggressore che tenderà a sviluppare condotte delinquenziali in età adulta oltre ad un ridotto rendimento scolastico, isolamento sociale e disturbi dell'umore. L'insieme di queste problematiche influenza negativamente anche le prospettive di vita future, di tutti gli attori coinvolti, in particolare per quanto concerne l'istruzione universitaria (si riduce la possibilità di proseguire gli studi dopo la scuola dell'obbligo), la partecipazione alla vita civile, le opportunità di carriera, la salute, il rischio suicidario, la possibilità di usare sostanze fino a comportamenti autolesionisti (Arcigay, 2010). Considerando il ruolo formativo della scuola nella vita di ciascuno, è essenziale prendere delle misure per contrastare gli atteggiamenti pregiudiziali e prevenire i danni che provocano. Queste misure potrebbero comprendere (Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali, 2009):

- l'introduzione delle problematiche LGBT (Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transessuali) nei programmi scolastici nell'intento di sensibilizzare ad alcuni temi, insegnare la tolleranza e promuovere la comprensione non solo tra personale e studenti, ma anche tra i genitori; la scuola può contribuire a smontare stereotipi e pregiudizi, influenzando intere generazioni;
- l'adozione nelle scuole di politiche anti-bullismo che comprendono espressamente l'omofobia e transfobia;
- la formazione degli insegnanti su come affrontare le problematiche LGBT nell'insegnamento e su come trattare i casi di molestie omofobiche e transfobiche.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

Quando si parla di omofobia e transfobia (soprattutto se interiorizzata), un riferimento doveroso va al ruolo dello psicologo che diventa uno "strumento" necessario per le persone omosessuali e

trans in tutti i loro momenti di vita, dalla scoperta della loro omosessualità e/o identità di genere e sessuale, al *coming-out*, dall'affrontare episodi di omo-transfobia mediante l'accettazione di sé, dal promuovere resilienza e capacità di coping fino al prevenire o trattare eventuali problemi di salute mentali conseguenti il *Minority Stress*. La psicoterapia è dunque fondamentale per tutto il percorso di vita e nell'eventuale processo di transizione della persona variante rispetto al genere (Bockting, 2008). Bisogna però distinguere il possibile *modus operandi* dello psicologo di fronte ad un paziente vittima di omofobia piuttosto che di transfobia.

Nell'approccio con un paziente eterosessuale che porta una domanda legata a un vissuto depressivo, l'intervento non va di certo a considerare l'orientamento sessuale eterosessuale come possibile ambito di determinazione del vissuto disfunzionale; approccio non di certo simmetrico si ha nel caso dell'intervento con una persona omosessuale rispetto alla quale, nella maggior parte dei casi, si procede a un'analisi della domanda riferita in primissima istanza alla dimensione dell'orientamento sessuale stesso come ambito di strutturazione del vissuto di malessere. Il contesto semantico di riferimento rispetto a tale riflessione risulta essere quello del set up terapeutico, ossia il campo delle procedure formali secondo le quali bisogna gestire l'intervento e la relazione clinico-terapeutica. Il presupposto è il criterio che il benessere individuale, sulla base di un rigido modello della congruenza, è dato dalla congruenza tra sesso biologico e insieme di tratti e caratteristiche ad esso correlate (Taurino, 2005). Nel caso di incongruenza possono svilupparsi vissuti patologici rispetto ai quali il terapeuta deve gestire la ristrutturazione cognitivo-emotiva di questa condizione senza utilizzare categorie patologiche e, soprattutto, senza mettere in atto interventi riparativi facenti capo a paradigmi socialmente riconosciuti ma piuttosto accogliendo e restituendo il vissuto del cliente in un'ottica di sostegno rispetto alle multifforme configurazioni dell'identità di genere. È evidente

che anche dal punto di vista clinico è necessaria una profonda revisione delle categorie attraverso le quali impostare la riflessione sulla sessualità, essendo altresì necessaria l'assunzione di paradigmi e modelli interpretativi delle differenze che tengano conto delle nuove e imprescindibile esigenze soggettive. Questo perché tali soggettività devono trovare, oltre che giuste categorie per autorappresentarsi e giusti spazi per esprimere la propria complessità e multidimensionalità, anche giusti criteri per essere lette e sostenute in termini clinici.

La WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*, 2012) sintetizza invece il *modus operandi* dello psicologo per persone transgender:

- Il primo passo da compiere è impostare con i pazienti con identità di genere non conforme una relazione terapeutica basata sul rispetto e sull'ascolto attivo, evitando di patologizzare le differenze relative alle identità e espressioni di genere.
- Procedere con un'analisi della domanda che tenga conto del momento preciso in cui il paziente sta chiedendo aiuto.
- Aiutare il paziente a superare l'impatto negativo della *Minority Stress*, diminuendo la transfobia interiorizzata.
- Lo specialista deve essere ben informato su tutte le prestazioni sanitarie di cui persone transessuali e transgender possono usufruire. È compito dello psicologo far sì che la persona esplori a dovere tutte le possibilità per poter prendere decisioni in maniera del tutto consapevole senza dimenticare che l'ultima scelta ovviamente spetta al paziente.
- È dovere del clinico fornire sostegno psicologico continuo in tutte le fasi del processo di transizione e sostenere i pazienti all'interno delle loro famiglie e della comunità.

Il percorso psicologico ha, dunque, una doppia valenza: diagnostica e terapeutico/supportiva. Tale duplicità ha l'intento finale di costruire una relazione terapeutica che sia per eccellenza una relazione di aiuto.

BIBLIOGRAFIA



- Amodeo, A. L., Picariello, S., Scandurra, C., Valerio, P., & Vitelli, R. (2015). *Adult Attachment and Transgender Identity in the Italian Context: Clinical Implications and Suggestions for Further Research*. International Journal of Transgenderism, pp. 49-61.
- Angeli, F. (2005). *Omofoobia come costruzione sociale. Processi generativi del pregiudizio in età adolescenziale*, Mauceri Editore, pp. 43, 50.
- Arcidiacono, C., & di Napoli, I. (2012). *Sono caduta dalle scale. I luoghi e gli attori della violenza di genere*, Franco Angeli Editore, p. 111.
- Bocking, W. O. (2008). *Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender diversity*. In rivista Sexologies, pp. 211-224.
- Borrillo, D., & Fabene, S. (2009). *Omofoobia. Storia critica di un pregiudizio*, Dedalo srl, pp. 7-38.
- Castagneda, M. (2006). *Comprendere l'omosessualità*, Armando editore, Roma, pp. 109-111.
- Covello, C., Ferreira, C., & Mizock, L. (2013). *Transgender students with disabilities*. In Pedagogy and the Human Sciences, pp. 24-32.
- Graglia, M. (2012). *Omofoobia: strumenti di analisi e di intervento*. Carocci Faber editore.
- Gusmano, B., & Mangarella, T. (2014). *Di che genere sei? Prevenire il bullismo sessista e omotransfobico*, La meridiana, pp. 24-27, 121.
- Herek, G. M. (2000). *The psychology of sexual prejudice*. Current Directions in Psychological Science, 9(1), pp. 19-22.
- Hill, D. B. (2003). *Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A framework for Interpreting Anti-Transgender Violence. Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach*, pp. 113-136. Retrieved October 9, 2016, from https://www.researchgate.net/publication/275044004_Genderism_transphobia_and_genderbashing_A_framework_for_interpreting_anti-transgender_violence
- Hill, D. B. (2016). *Transphobia*. Chapter in Golderg, A. E. (Ed). The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. Retrieved September 20, 2016, from DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483371283.n447>
- Izzo, M. (2005). *Omofoobia e transfobia. Due parole diverse per due significati diversi per due origini diverse ma con un unico risultato: l'odio e il pregiudizio*. Retrieved September 28, 2016, from https://www.crisalide-azionetrans.it/trans_omofobia.html
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*, Il saggiautore, Milano.
- Meyer, I. H. (1995). *Minority stress and mental health in gay men*. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), pp. 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems*. American Journal of Public Health, pp. 262-265.
- Meyer, I. H. (2007). *Prejudice and Discrimination as Social Stressors*. In I. H. Meyer, & M. E. Northridge (Ed.), *The health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, pp. 242-267. New York: Springer.
- Montano, A. (2007). *L'omofobia interiorizzata come problema centrale del processo di formazione dell'identità omosessuale*. In rivista di Sessuologia (vol. 31), n. 1, pp. 3-4.
- Nemoto, T., Operario, D., & Sugano, E. (2006). *The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco*. AIDS behav., pp. 217-225.
- Pei-Lin Chen, C. (2000). *Provocation's privileged desire: the provocation doctrine, "homosexual panic" and the non-violent unwanted sexual advance defense*. From "Cornell journal of law and public policy", September 22.
- Scandurra, C. (2015). *Violenze, stigma e discriminazioni verso la non conformità di genere. Quale effetto sulla salute mentale?*. In P. Valerio, C. Scandurra, A. L. Amodeo (2015). *Appunti sul genere. Riflessioni sulle linee-guida di intervento psicologico e dintorni*, pp. 59-65.
- Taurino, A. (2005). *Psicologia delle differenze di genere*, Carocci, Roma, pp. 10-17, 52-63, 92-98.
- Taurino, A. (2008). *Dinamiche relazionali e interventi clinici*, Carocci, Roma, pp. 265-2777.
- Viola, D. (2012). *Il ragazzo dai capelli rosa: esercitazioni per la prevenzione dell'omofobia e del bullismo omofobico*, Ferrarisenbaldi, pp. 20-21, 30.



STIAMO CRESCENDO TRA COCKTAIL E SINDROME DI PROCUSTE

Saverio Costantino

Psicoterapeuta, Psicologo della
riabilitazione psichiatrica EPASSS ASL
BT e BA, CTU c/o Tribunale
di Trani sez. civile

Siamo ormai imbevuti di quella dimensione distruttiva ed egocentrica che ci fa dire "io so più di tutti, saprei fare meglio di tutti e anzi ti distruggo e ti critico perché così emergo ancor più". Questa lettura immaginatela applicata alla politica, alle relazioni, ai contesti di lavoro.. entriamo in un mondo reale che si autodistrugge.

Con la locuzione "letto di Procuste" o "letto di Damaste", derivata da questo mito, si indica il tentativo di ridurre le persone a un solo modello, un solo modo di pensare e di agire, o più genericamente una situazione difficile e intollerabile o una condizione di spirito tormentosa.

Questo mito è fatto di una iniziale disponibilità, l'oste che accoglie i propri clienti per poi adattarli nel suo letto alle dimensioni, alle condizioni metaforiche del proprio pensiero, spazio mentale, spazio emotivo.

Alcune persone, a causa della loro insicurezza o semplicemente perché non hanno le competenze

necessarie, cercano di gettare ombra su coloro che possono superarle. Non accettano che qualcuno brilli più di loro, pensano che faccia loro ombra e così cercano di spegnerne la luce che potrebbe emanare. Queste persone non avanzano, ma non lasciano neppure avanzare gli altri.

La mitologia greca racconta che Procuste era un uomo di statura e forza straordinaria, che viveva sulle colline dell'Attica, dove offriva la sua locanda ai viaggiatori solitari. Quando il viaggiatore dormiva, Procuste lo imbavagliava e lo legava ai quattro angoli di un letto di ferro. Se il corpo della vittima era molto grande, ne amputava le parti che sporgevano dal letto, sia che si trattasse dei piedi e sia che si trattasse della testa.

Al contrario, se la vittima era piccola, la massacrava a colpi di martello per allungarne il corpo. Si dice anche che nessuno rientrasse mai nelle dimensioni del letto perché Procuste aveva due letti, uno esageratamente lungo e l'altro troppo corto.



Non tutti hanno una cultura classica, come me che l'ho recuperata nei percorsi formativi...è bello leggere i miti, sono, come in psicoterapia, la metafora che lascia pensare e riflettere, per poter, come fa Procuste, trovare un adattamento meno patologico e un po' più adattivo.

Quella macabra tradizione continuò fino a quando Teseo invertì il gioco e sfidò Procuste a vedere se il suo corpo si adattava alle dimensioni del letto. Quando il locandiere si sdraiò, Teseo lo imbavagliò e lo legò al letto. Poi gli dette da provare la sua stessa medicina.

Che splendida fine, o inizio che ovviamente spesso non si realizza con il lieto fine.

Attualmente, questo mito si riferisce alle persone che cercano di sbarazzarsi o denigrare tutti quelli che considerano migliori di loro. Procuste tagliava loro le teste, ma queste persone ricorrono al boicottaggio, all'umiliazione psicologica o all'inganno per fare in modo che gli altri non diventino una minaccia. In pratica, invece di sforzarsi di migliorare e sviluppare ulteriormente le proprie capacità, decidono di limitare le capacità degli altri.

La sindrome di Procuste, una condanna alla mediocrità e a spendere le proprie energie per migliorarsi...quanti la riconoscono negli altri? Quanti la riconoscono in sé?

La persona che soffre della sindrome di Procuste inizia, vive nel mondo che ha costruito nella sua mente, un universo parallelo che la porta a sconnettersi dalla realtà. Infatti, spesso emette giudizi irrazionali, basati unicamente sulle sue idee in merito a come dovrebbe essere la realtà. D'altra parte, la sua tendenza a confrontarsi continuamente con gli altri lo porta a pensare che, se gli altri sono brillanti, significa che lui non lo è. Non

riesce a concepire che qualcuno possa essere migliore di lui, così, invece di sforzarsi di crescere come persona e allargare i propri orizzonti, cerca di limitare quelli degli altri. Pensa che tutti finiranno per essere uguali.

Senza dubbio, vivere in questo modo è estenuante. Infatti, non è strano che queste persone finiscano per sviluppare dei disturbi mentali perché, nel fondo, mostrano un comportamento profondamente disadattivo, o comunque creano un clima così poco valido che inquinano la serenità degli altri.

Quanto poi si amplifica anche questo stile di vita nelle piccole comunità.. uno contro l'altro, magari dopo aver bevuto un caffè insieme.

Ma la cosa più curiosa è che trasformarsi nel per-

sonaggio mitologico significa semplicemente condannarsi a ciò che si intende evitare: la mediocrità. La persona che destina le proprie risorse a far inciampare gli altri per abbassarne il livello, non cresce realmente, ma si rassegna alla sua mediocrità.

Vediamo alcune caratteristiche : atteggiamento prepotente per nascondere la sua insicurezza e il senti-

mento d'inferiorità. Sebbene non lo riconoscano, queste persone provano una enorme sensazione d'inferiorità, motivo per cui si sentono minacciate da qualcuno che li può superare. La paura di perdere la propria posizione è ciò che li spinge a far inciampare gli altri. Ma la paura e l'insicurezza di solito si manifestano come arroganza perché queste persone desiderano mascherare le loro mancanze.

Spesso si mettono sulla difensiva. Per coloro che soffrono della sindrome di Procuste, chiunque può diventare il nemico. Per questo motivo



di solito reagiscono a qualsiasi commento mettendosi sulla difensiva e attaccando per cercare di superare il loro rivale e contenere la minaccia percepita.

Altro tratto è quello di deformarne la realtà a proprio vantaggio. Il termine "letto di Procuste" è anche usato per riferirsi a un errore in cui queste persone tendono a cadere: distorcono la realtà in modo tale che si adattino alle loro idee. In pratica, invece di accettare i dati oggettivi, li manipolano a loro piacimento per farli corrispondere alla loro immagine della realtà.

Altra caratteristica...esprimere una grande intolleranza; alla base della sindrome di Procuste c'è una scarsa tolleranza per le differenze. Queste persone non accettano l'idea che siamo tutti "unici" e che abbiamo competenze diverse in aree diverse.

Queste persone fanno accumulo di molte responsabilità. Alcune di loro vogliono eccellere a tal punto che finiscono per accollarsi tutte le responsabilità, con l'obiettivo che gli altri notino la loro "incredibile" capacità lavorativa. Sono anche infastiditi quando i compiti vengono affidati agli altri perché lo interpretano come un attacco personale.

Ovviamente sviluppano una forte resistenza al cambiamento. Abbiamo tutti una certa resistenza al cambiamento, ma le persone con la sindrome di Procuste sono ancor più resistenti perché temono di non essere in grado di adattarsi e avere successo nelle trasformazioni. Tutto ciò che li fa uscire fuori dalla loro zona di comfort gli genera rifiuto e paura. L'espressione dei giudizi sotto forma di verità assolute sembra ormai inevitabile. Per queste persone, le uniche idee valide sono le loro, tutte le altre non trovano posto, quindi di solito è molto difficile relazionarsi con loro. Il problema è che normalmente le loro idee rispondono a standard arbitrari e loro cercano di costringere gli altri a seguirli alla lettera. In questo modo ottengono l'uniformità che desiderano.

Vivreste con una persona così? Salvo scoprire che siete proprio voi stessi il convivente.

Non è facile vivere con qualcuno che si comporta

come Procuste. Questa persona sarà costretta a vivere perennemente in guardia, in attesa del prossimo attacco, della nuova umiliazione o della punizione esemplare. Essere calpestata continuamente può indurre la persona a reagire in due modi: o si rassegna all'umiliazione e poco a poco diventa più piccola, oscurando tutta la luce che è in lei; o va accumulando risentimento e odio. Nessuna delle due situazioni è positiva.

Se vediamo che qualcuno vicino a noi si comporta come il personaggio mitologico, la cosa più conveniente da fare è quella di boicottare la sua strategia senza perdere la calma. Dobbiamo essere consapevoli che in alcuni casi non possiamo cambiare il suo modo di essere e pensare, ma possiamo impedire che i suoi attacchi ci colpiscano, ammesso che lo si riconosca per tempo.

Il modo migliore per farlo è ricorrere a fatti incontestabili della realtà, ma senza cadere in inutili confronti. L'idea da trasmettere è che siamo tutti diversi e abbiamo diverse capacità, il che non significa che siamo migliori o peggiori gli uni degli altri. È importante capire le dinamiche mentali di questa persona e assicurarsi che non ci percepisca come un avversario da battere.

Certo, è anche importante fare attenzione a non trasformarci noi stessi in Procuste. Quel gigante malvagio può nascere a partire da una scintilla d'invidia, un sentimento d'inferiorità o un obiettivo mancato.

Concludo ovviamente con la solita provocazione di combattere il Procuste che è in noi, magari abbiamo più tempo per migliorarci prima ancora di distruggere...purtroppo però appena ci affacciamo sui social o ascoltiamo un TG vediamo piazze affollate di Procuste.

BIBLIOGRAFIA

- Chiappi, F. Il Letto di Procuste. Il rifiuto delle diversità.
- Daffra, C. (2010). Al di là dei confini disturbo borderline di personalità un'ipotesi integrativa tra i modelli psicoanalitico e cognitivo.
- Lorenzi, P. Bruciar D'amore. Declinazioni psicopatologiche. *MJretti&Vtali editori*, 101.



LE SINDROMI PENITENZIARIE: IL RIFLESSO PSICOLOGICO DELLA VITA DETENTIVA

Annalia Palmisano
Psicologa Psicodiagnosta, Agente di
Polizia Penitenziaria

QUADRO INTRODUTTIVO

La vita detentiva all'interno del Carcere, inteso come Istituzione Totale, comporta per l'individuo tutta una serie di limitazioni legate alla restrizione delle proprie libertà, fondamento di tale esperienza: dalla preclusione di scambi con il mondo esterno in maniera autonoma all'attenersi a regole rigide ed inderogabili, alla perdita di riferimenti spazio-temporali, all'espropriazione di ogni riservatezza ed intimità.

Tali aspetti incidono inevitabilmente sulla struttura identitaria dello stesso, dato il profondo senso di "mutilazione e ferita" connesso.

Per tale motivo l'ingresso in Carcere si configura senza dubbio ed ineluttabilmente come vissuto fortemente traumatico e destabilizzante e le sue conseguenze a livello psichico variano in base al significato attribuitogli e all'impatto emotivo che ne deriva, in considerazione principalmente dei tratti personalità e della sensibilità di ciascuno.

Gli aspetti appena illustrati predispongono l'atteggiamento di disagi psichici e/o problematiche a livello comportamentale negli individui che vivono l'esperienza penitenziaria, a partire dal loro

ingresso, passando per la fase detentiva vera e propria, fino al momento della scarcerazione.

LE SINDROMI DA INGRESSO IN CARCERE

Come già accennato l'impatto iniziale con il mondo Carcere incarna un evento di vita estremamente drammatico per l'individuo, di difficile elaborazione dal momento che comporta condizioni coercitive della capacità di autodeterminazione personale, quali la perdita del precedente ruolo sociale e dei contatti implicanti, la privazione degli effetti personali, l'imposizione di rapporti personali con diversi soggetti a vario titolo, la divisione dello spazio comune con altri concellinati. In questa fase i disagi che vengono maggiormente esperiti assumono per lo più i tratti di disturbi psicosomatici che si rivelano più impattanti in persone aventi elevati status socio-culturale e sensibilità interiore.

In termini sintomatologici si riscontrano:

- disturbi legati alla sfera dell'ansia che possono assumere i tratti di ansia generalizzata,
- fino a degenerare in attacchi di panico e claustrofobia nel caso in cui tale problematica non si risolva in seguito alla fase di ingresso

- disturbi a livello gastro-intestinale, quali inappetenza, senso di pesantezza, disagi digestivi, violenti e persistenti spasmi involontari a livello dell'esofago che rendono difficoltoso il percorso del bolo digerente lungo il canale esofageo
- disturbi a livello respiratorio caratterizzati da sensazione di soffocamento, fame d'aria e manifestazioni notevoli di affanno
- problematiche cardiovascolari, quali tachicardia, vertigini e svenimenti

Si associano frequentemente ai sintomi sopra elencati disagi dell'area psichica, come stupore isterico, agitazione psicomotoria, crisi confusionali, anedonia e disorientamento spazio-temporale.

In considerazione di tali evidenze cliniche è stato predisposto come intervento atto, se non a prevenire, quanto ad arginare la portata di tale sintomatologia il "Servizio Psicologico Nuovi Giunti", normato dalla circolare n. 3233/5689 del 1987.

Tale servizio consiste in un presidio psicologico, affidato ai professionisti Psicologi, dipendenti ASL, che prevede un colloquio anamnestico con il neodetenuto (nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione alla camera detentiva), funzionale ad individuare in primis il rischio che possa compiere violenza autodiretta o subirla da parte di altri detenuti, oltre ad indagare a grandi linee eventuali criticità del percorso di vita, progressi tentativi di suicidio e/o potenziali disagi psichici.

LE SINDROMI DA PERMANENZA IN CARCERE

Tra la popolazione detentiva si riscontrano manifestazioni psicopatologiche di varia intensità, caratteristiche proprio dello status di ristretto in Carcere.

Di seguito viene presentata una panoramica articolata di tali forme morbose:

- **Sindrome di Ganzer** che vede un quadro patologico, tipico di detenuti in attesa di giudizio, caratterizzato da allucinazioni visive e uditive, comportamenti bizzarri, senso di disorientamento, risposte incoerenti rispetto alla

domanda e stato di coscienza crepuscolare, inteso come condizione transitoria che va dal semplice ottundimento alla confusione pervasiva, che causa parziale o totale deficit mnemonico ed è indicatore di disagio psichico imminente.

In molti casi si verifica la simulazione di tale sintomatologia, con l'obiettivo di essere giudicato in sede processuale 'incapace d'intendere e di volere', in modo da godere di uno sconto di pena

- **Sindrome da Prisonizzazione** che deriva dall'espressione inglese *prison* e indica 'l'assunzione in grado maggiore o minore del folklore, dei modi di vita, dei costumi e della cultura generale del penitenziario'. Come emerge tale sindrome si configura come uno stato di adattamento progressivo allo stile di vita carcerario, così automatizzato e ben scandito da cambiare nel profondo anche il modo d'essere della persona ristretta. È l'esigenza primaria di preservare ordine e controllo che inducono l'Istituzione Penitenziaria a determinare l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti, così da soffocarne le differenze individuali
- **Sindrome da innocenza** che consiste nella negazione parziale o totale della propria responsabilità rispetto al reato commesso e/o percezione di ingiustizia in merito alla pena ritenuta troppo grave; è caratterizzata da minimizzazione e razionalizzazione
- **Sindrome del 'guerriero e giustiziere'** che è tipica di detenuti condannati a lunghe pene detentive i quali assumono un atteggiamento spocchioso e sprezzante del pericolo, sempre pronti a ingaggiare scontri fisici, così da dimostrare la loro superiorità e autorevolezza davanti a soprusi
- **Sindrome persecutoria** che è caratterizzata da atteggiamento di sospetto e percezione di essere oggetto di persecuzione da parte di altri detenuti, operatori di Polizia Penitenziaria e del Sistema-giustizia tutto, motivati dalle condizioni proprie della vita detentiva, quali mancanza di privacy, controllo, impotenza e dipendenza



- **Autolesionismo** che si configura come condotta auto-lesiva del detenuto, avente diversi momenti di natura soggettiva, così da distinguersi in tre forme distintive:
 - > sintomo di psicosi o nevrosi carceraria (causa psichica);
 - > atto istintivo di protesta nei confronti degli esponenti dell'Amministrazione Penitenziaria (causa emotiva);
 - > comportamento strumentale ad ottenere benefici di natura giudiziaria e/o penitenziaria (causa razionale)
- **Suicidio** che è l'atto deliberato di togliersi la vita inteso come gesto più estremo di una manifestazione psicologica profonda di malessere e disagio esistenziale, esplicabile attraverso diverse altre forme, oltre al suicidio portato a termine, quali tentato suicidio (azione senza conseguimento di morte, indipendentemente dalla volontà dell'autore) e parasuicidio (tentativo da parte del soggetto di sopprimersi, senza la reale volontà di portare a compimento tale gesto, ma funzionale ad ottenere benefici e vantaggi o attirare l'attenzione)

LE SINDROMI DA USCITA DAL CARCERE

In vista della scarcerazione prossima dopo diversi anni di restrizione forzata, la prospettiva di

ricquistare la tanto agognata libertà e reinserirsi in società potrebbe esporre alcuni soggetti ad esperire sintomi psichici e comportamentali quali ansia, agitazione psico-motoria, angoscia e depressione, indicativi della cosiddetta 'Sindrome dell'uscita'.

Questa è caratterizzata da paura di non essere all'altezza di affrontare le difficoltà della vita del mondo esterno e di non avere prospettive rassicuranti all'esterno, per cui l'individuo sperimenta, in linea generale, un senso di "estraniamiento", ossia l'incapacità di adeguarsi ai mutamenti insiti nella vita sociale e di conseguenza ad un nuovo contesto ignoto e imprevedibile in seguito alla scarcerazione.

SITOGRAFIA

- <http://www.cinziafoggia.it/Images/Sindromi-penitenziarie.pdf>
- <http://www.psicologiagiuridica.com/pub/docs/2009/numero%20X%20rivista/tesina%20Sonia%20Lusci.pdf>
- <https://www.onap-profiling.org/il-carcere-tra-rischio-di-prisonizzazione-e-prospettive-di-recupero-sociali/>
- <https://aisberg.unibg.it/retrieve/handle/10446/84794/151774/Tesi%20dottorato%20Maria%20Samarro.pdf>





LA SINDROME DI GANSER IN AMBITO PENITENZIARIO

BREVE REVISIONE DELLA LETTERATURA

Germana Scoppio,

Ignazio Grattagliano

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

RIASSUNTO

Il presente studio rappresenta una rassegna della letteratura scientifica sulla sindrome di Ganser in ambito penitenziario, una condizione rara caratterizzata da una sintomatologia dissociativa atipica con risposte illogiche, sintomi da conversione e somatici, distorsioni percettive e ottundimento di coscienza. La sindrome è stata oggetto di approfondimento nell'ambito della ricerca sulla simulazione di malattia mentale e sui meccanismi patologici ad essa sottesi. L'osservazione della sindrome in contesti penitenziari e clinici ha permesso di considerare l'incidenza di storie passate di devianza, criminalità o abusi e deficit pregressi nei meccanismi di coping dei pazienti come fattori prodromici allo sviluppo successivo della malattia.

PAROLE CHIAVE

Simulazione, Carcere, Ganser, Malinger, Disturbi dissociativi

INTRODUZIONE

La Sindrome di Ganser rappresenta un disturbo

psichico poco diffuso, osservabile prevalentemente in ambito penitenziario, associato al concetto di pseudo-demenza.

I pazienti affetti da tale condizione esprimono uno spettro di manifestazioni sintomatologiche ricorrenti e riconducibili ad un profilo patologico che sembrerebbe accostarsi a quello dei più noti disturbi dissociativi.

Attualmente, la sindrome non è inserita nel DSM-5 (2014), e di conseguenza non sono stati forniti dei criteri diagnostici ufficiali. Tuttavia, la letteratura scientifica pubblicata negli ultimi anni evidenzia come in molteplici occasioni si possano rintracciare interessanti correlazioni fra l'esordio della Sindrome di Ganser e quadri di pregressa patologia mentale, particolari condizioni di vita e ambientali stressanti, storie di traumi e abusi fisici subiti in passato o problematiche connesse al consumo di alcol e sostanze stupefacenti. L'indagine e la valutazione attenta delle dimensioni di vita disfunzionali e della eventuale presenza di deficit nei meccanismi di coping del paziente, consente la strutturazione di una diagnosi più accurata e riduce il rischio di errori valutativi.



Una delle principali manifestazioni sintomatologiche della sindrome consiste nell'emissione, da parte del paziente, di risposte ambigue e palesemente scorrette in seguito alla proposizione di domande molto semplici da parte del clinico (domande la cui complessità rientra pienamente nelle facoltà intellettive del soggetto esaminato).

La particolarità risiede nel fatto che le risposte ottenute in sede di colloquio sembrano celare una adeguata comprensione dell'argomento di discussione e del contenuto delle domande, pur non implicando una effettiva volontarietà del soggetto nel controllo degli errori prodotti.

In passato questo meccanismo ha indotto sentimenti di diffidenza e pregiudizio da parte della comunità scientifica verso tali pazienti, considerati per lo più simulatori scaltri e coscienti; negli ultimi anni invece, le scoperte sul funzionamento dissociativo ed il carattere inconscio della sindrome hanno aperto la strada ad un approccio clinico più comprensivo e supportivo.

Il raggiungimento di nuove consapevolezze è stato possibile grazie all'individuazione di ulteriori segnali peculiari della sindrome, quali lo stato di ottundimento di coscienza caratteristico dei pazienti, il disorientamento e la confusione spazio-temporale, la transitoria perdita di memoria, i sintomi somatici e di conversione esperiti, le allucinazioni visive ed uditive disturbanti ed intrusive, l'alterazione del senso di identità, l'occasionale regressione a comportamenti inadeguati rispetto all'età evolutiva del soggetto, ed infine, il particolare stadio di inversione del quadro sintomatologico, con l'improvvisa ed inattesa instaurazione di uno stato di apparente risoluzione clinica della sintomatologia ganseriana, ed una totale o parziale amnesia del paziente rispetto ai sintomi precedentemente esibiti. (Drob & Mehan, 2000)

I pazienti ganseriani, differentemente rispetto ai simulatori intenzionali o a coloro che sono affetti da disturbi fittizi, non sono consapevoli delle

cause e motivazioni scatenanti la produzione di sintomi pseudodemenziali o pseudopsicotici, né del fatto stesso di produrli attivamente.

Vi sono dunque indubitabilmente dei deficit nei meccanismi motivazionali consci dei soggetti affetti, in aggiunta ad ulteriori dimensioni problematiche. Alcuni autori fra cui Heron e colleghi (1991), hanno dimostrato tramite studi neuropsicologici come nei pazienti ganseriani siano rilevabili anche deficit visuospaziali e verbali, i quali potrebbero essere ricondotti all'insorgenza di atipiche e sottostanti forme di demenza. (Heron et al., 1991)

E' stato dimostrato che esiste una comorbidità fra la sindrome ganseriana ed altri disturbi mentali come la schizofrenia, la depressione, disturbi indotti da alcolismo e intossicazioni da sostanze, disturbi fittizi, parestesi. (Apter et al., 1993)

Infine, si vedrà come la sindrome di Ganser si manifesta frequentemente in condizioni di prigionia ed isolamento carcerario, catalogandosi nel gruppo delle 'sindromi penitenziarie': condizioni che possono essere esacerbate dalla compresenza di complesse dimensioni di vita detentive, sentimenti di isolamento relazionale e sensazioni di depersonalizzazione.

E' opportuno dunque considerare la sindrome direttamente ed inevitabilmente interconnessa alla condizione di mancanza di stimoli esterni imposta dalla detenzione, la quale può portare a compromissione intellettuale, affettiva ed emotiva secondarie all'ingresso in cella. La complessità e rigidità del sistema carcerario potrebbe infatti costituire un fattore precipitante per il disturbo ganseriano. (Ponti, 1993)

LA SINDROME DI GANSER: BREVI NOTE STORICHE

La sindrome di Ganser fu descritta la prima volta dallo psichiatra tedesco Siegbert Ganser nel 1898, nel corso di uno studio osservativo su tre detenuti in attesa di giudizio che presentavano un comportamento 'atipico', definito come uno specifico stato isterico crepuscolare.

Convocati in colloqui verbali, questi soggetti esternavano risposte assurde, approssimative, accompagnate da un comportamento bizzarro con episodi di eccitamento e di stupore apparentemente ingiustificati.

Ganser (1897) affermò con convinzione, già all'epoca, che i suoi tre detenuti non erano i tipici simulatori conosciuti in ambiente penitenziario, ma soffrivano invece di una patologia non ancora riconosciuta scientificamente.

Il comportamento osservabile dei pazienti coincideva con un quadro generalmente rilevabile negli stati acuti confusionali-allucinatori; tutti i pazienti manifestavano difatti apparenti reazioni ad allucinazioni visive o uditive intense e disturbanti. (Pavesi, 1988)

I pazienti giacevano per molto tempo immobili nel letto, con gli occhi spalancati e fissi sul soffitto, con pupille dilatate, o in alternativa sedevano sul letto con lo sguardo perso nel vuoto, restando spesso in uno stato di passività.

Le tre personalità descritte da Ganser (1897) presentavano diversi livelli di obnubilamento di coscienza. Il primo paziente si mostrava in stato di profondo torpore, assorto ed assorbito nelle sue allucinazioni. Il secondo paziente era passivo e totalmente inibito, mentre il terzo sembrava più lucido, sicuro e cosciente rispetto agli altri due.

Tutti i pazienti presentavano analgesia estesa, talvolta in tutto il corpo. In alcuni casi, tale analgesia era associata ad una opposta ipersensibilità in altre zone, le quali erano soggette a sensazioni dolorose al solo contatto superficiale; sorprendentemente, le zone in oggetto variavano considerevolmente da un giorno all'altro.

La vera peculiarità della testimonianza di Ganser (1897) consiste nel fatto che in tutti i casi da lui riportati, dopo pochi giorni, si osservava un inaspettato stravolgimento del quadro clinico: i pazienti difatti apparivano completamente sereni e coscienti, lucidi, improvvisamente si meravigliavano di trovarsi in un ospedale, chiedevano al personale sanitario come fossero arrivati lì, e sostenevano di non ricordare nulla di quanto era loro capitato. In questa fase i pazienti

manifestavano un comportamento spontaneo e naturale, producevano valutazioni corrette riguardo il contesto attorno a loro, parlavano lucidamente del processo penale cui erano sottoposti e riuscivano ad argomentare la propria posizione e difesa.

Nel 2000 l'American Psychiatric Association (A.P.A., 2000) definì la sindrome nei termini di un 'disturbo dissociativo non altrimenti specificato', caratterizzato da uno stato crepuscolare isterico e connotato dalla presenza di processi volitivi ed intenzionali deficitari rispetto alla norma. Secondo Ferracuti (1991), in un primo stadio di questa sindrome, viene meno l'aderenza alla realtà sul piano della consapevolezza, e tale condizione si "automatizza" giungendo infine al vero e proprio esordio sintomatologico.

Cocores e colleghi (1984) operarono un'interessante analisi su 43 casi di pazienti ganseriani; i risultati hanno rilevato come le risposte approssimative ed illogiche si presentassero nella totalità di essi. Il 26% del gruppo era costituito da donne, il 74% da uomini. Il 33% dei pazienti manifestava sintomi di conversione (come paralisi, anestesia, formicolii, crisi isteriche). Il 56% mostrava disorientamento nel tempo e nello spazio, il 33% sembrava mettere in atto i sintomi di una fuga psicotica. 23 individui (circa il 53%) lamentavano allucinazioni uditive, visive od olfattive. E la quasi totalità (93%) esperiva amnesie, selettive o generalizzate. (Cocores, 1984)

Emerge dunque un quadro complesso ma coerente; i pazienti affetti da questa sindrome sperimentano disturbi fisici, come paralisi e attacchi convulsivi, che non sembrano rispondere al controllo della volontà. La capacità di rievocare ricordi o informazioni personali risulta deficitaria, ma sono esclusi danni organici conclamati, dal momento che l'alterazione del funzionamento della memoria inizia improvvisamente e perdura per breve tempo, per poi tornare ad un ripristino delle normali funzioni mentali e mnemoniche.

In seguito alle osservazioni effettuate, Cocores e



colleghi (1984) concordarono nel ritenere la sindrome Ganser inscrivibile nel quadro di uno stato dissociativo caratterizzato da risposte atipiche in associazione a sintomi quali allucinazioni, ottundimento di coscienza, fuga psicotica, reazioni da conversione.

I risultati di una ricerca operata da Santhushi e Hodgson (2012) su 94 casi della letteratura anglosassone confermano la presenza dei sintomi tipici della sindrome già descritti da Cocores. In aggiunta a questo, si è osservata l'esistenza di una variabilità di condizioni ambientali ed esperienziali che precedono frequentemente l'esordio dei sintomi ganseriani: nello specifico, avvenimenti passati traumatici o difficoltà nel vissuto personale generavano nell'82% dei casi vulnerabilità a condizioni premorbose. (Santhushi e Hodgson, 2012)

Diversi individui (12%) avevano esperito difficoltà nella prima infanzia od erano stati, in questo periodo di vita, vittime di abusi psicologici e fisici. Una considerevole parte del campione esaminato (oltre il 51% dei pazienti) aveva riportato in precedenza episodi di malattia mentale o dissociazioni. Alcuni individui presentavano una storia di autolesionismo premeditato ed intenzionale. Il 34% degli individui era coinvolto in affari di criminalità (a moltissimi veniva posta diagnosi in seguito ad arresto per un reato o durante indagini penali), e non mancavano storie di abuso di alcool e di utilizzo illecito di sostanze stupefacenti.

Queste analisi suggeriscono l'adozione di un nuovo punto di vista sui pazienti ganseriani, che si configurano sempre più nitidamente come individui fragili e vulnerabili, persone con un vissuto di sofferenze e privazioni; spesso sono vittime di traumi cranici, o hanno avuto infanzie complicate e problemi sociali ed educativi, o hanno sofferto di malattie mentali non adeguatamente affrontate e trattate, mentre altri ancora sono coinvolti in problemi giudiziari di diversa gravità. La sindrome non si presenta esclusivamente in età adulta, ma colpisce invece molti minori.

Il contributo degli studi più recenti è prezioso, ma permane la problematicità relativa al fatto che nella versione aggiornata del DSM-5 (2014) non sono stati forniti dei criteri diagnostici ufficiali per la sindrome. Per far fronte a ciò, alcuni autori hanno proposto delle personali concettualizzazioni, validate in seguito a studi scientifici ed analisi condotti con i pazienti.

Drob e colleghi (2000) hanno proposto una lista di "Screening criteria for the Ganser Syndrome", che include criteri non diagnostici ma fortemente descrittivi della sintomatologia ganseriana, suscitando ampio consenso nel panorama scientifico. La presenza di uno o più sintomi del criterio A insieme a sintomi del criterio B dovrebbe allertare il clinico circa la possibilità di un disturbo dello spettro dissociativo o isterico e della sindrome di Ganser (Drob & Mehaan, 2000):

Sintomi da pseudo-demenza

- Il soggetto fornisce risposte approssimative a domande molto semplici
- Il soggetto fornisce risposte ridicole a domande la cui complessità rientra nelle sue competenze
- Altre manifestazioni improbabili di deficit cognitivo, non supportato da osservazioni cliniche

Sintomatologia dissociativa o isterica

- Ottundimento di coscienza, disorientamento e confusione non spiegabili su basi organiche
- Perdita di memoria
- Sintomi somatici inusuali, perdita di equilibrio, non attribuibili a cause organiche
- Apparenti convulsioni o altri sintomi neurologici improbabili
- Allucinazioni visive ed uditive, deliri
- Alterazioni del senso di identità personale
- Regressioni e comportamenti infantili
- Forte suggestionabilità
- Disordini del linguaggio

I criteri riportati si riferiscono a sintomatologie non imputabili a problematiche neurologiche, disturbi da intossicazione, o disturbi diversi da quelli dissociativi.

E' importante rimarcare quanto lo stress o gli eventi connessi a traumi fortemente stressanti assumano un ruolo centralitario nell'esacerbazione dei sintomi della sindrome. Secondo Drob e colleghi (2000), la sindrome di Ganser è sempre il prodotto di meccanismi di coping limitati, inadeguati o disadattivi. Se i livelli di organizzazione personale e delle risorse del sè sono scarsi, aumentano esponenzialmente i rischi di sviluppare una sindrome ganseriana.

Ne consegue che individui vulnerabili ed incapaci di fronteggiare adeguatamente lo stress sono maggiormente a rischio. Per Heron e colleghi (1991) si può asserire che la presenza di vulnerabilità pregresse risulti prodromica allo sviluppo dei sintomi. Del resto, è accertato come i disturbi di personalità o deficit neurologici e psicologici siano in grado di ridurre sensibilmente le capacità di coping dell'individuo affetto, e tali disturbi sono stati diagnosticati in comorbidità nella maggior parte dei casi ganseriani analizzati. (Santhushi e Hodgson, 2012).

L'attuale mancanza di studi elettroencefalografici o risonanze magnetiche su individui affetti da questa sindrome costituisce un'importante criticità; questi strumenti potrebbero risultare una fondamentale risorsa futura, per indagare i correlati neurali della produzione di errori nelle risposte e costituire un elemento di enorme importanza nella valutazione delle dinamiche di finzione e inganno. (Dieguez, 2018)

Cosgray e colleghi (1989) sottolineano come in corso di valutazione di un caso clinico di Ganser risulti imprescindibile la considerazione delle ospedalizzazioni passate del paziente, di eventuali arresti o background criminali, della storia familiare, dell'uso di droghe e dei fattori fisiologici.

L'analisi della storia familiare risulta di grande aiuto, soprattutto se l'indagine rivela che anche altri componenti della famiglia hanno manifestato sintomatologie psichiatriche od hanno avuto problemi con la legge.

Poiché è noto che le problematiche psichiatriche e l'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope garantiscono l'ottenimento di attenuanti in sede

di giudizio o consentono al paziente di sperare in talune differenze trattamentali, è possibile che alcuni individui scelgano di proposito di iniziare a far uso di sostanze per produrre sintomi prodromici di disturbi mentali.

E' indubbio però che l'abuso di stimolanti, cocaina, allucinogeni, analgesici o ipnotici inducono reali e gravissime alterazioni o compromissioni percettive e di coscienza, insieme ad espansione dello stato umorale o riduzione dell'attività e letargia, e pertanto in nessun caso la diagnosi di ganser va esclusa per un iniziale utilizzo volontario delle sostanze.

E' importante valutare attentamente anche problematiche fisiologiche, come lesioni, traumi cranici o gravi malattie temporalmente antecedenti rispetto all'esordio dei sintomi ganseriani; non è infrequente infatti osservare, in aggiunta a questi quadri, alterazioni nei comportamenti, stati confusionali, amnesie temporanee e alterazioni nella personalità. (Cosgray, 1989)

COMORBILITÀ CON ALTRI DISTURBI

Nel corso dei suoi studi, Ganser (1897) aveva notato che in tutti i casi osservati la sindrome era stata preceduta da traumi fortemente patogeni: un paziente si era ammalato di tifo in forma grave, con una lunga convalescenza e con segni di alterazione psichica, altri due pazienti avevano esperito precedentemente al ricovero traumi cranici con perdita di coscienza e sintomi di grave shock.

Le impressioni di Ganser sono state oggetto di conferma in studi più recenti.

Anupama (2006) afferma che i sintomi ganseriani sono stati rilevati in diversi casi di schizofrenia, disordini affettivi e stati di demenza. In molteplici casi, la sindrome si associava alla presenza di condizioni organiche come danni cerebrali, e specialmente a deficit nei lobi frontali.

In riferimento a questi dati, l'autore riporta il caso clinico di un paziente di 34 anni, inviato per una consulenza psichiatrica in quanto lamentava



mal di testa, vertigini, nausea e fuga di pensiero, senza risposte agli esami clinici. La storia passata dell'uomo rivelava episodi di depressione in seguito ad un fallimento economico. Sottoposto al Mini Mental State Examination (MSE, 1993), il soggetto forniva risposte assurde (riferiva che il colore di una penna rossa fosse il bianco, ma dopo poco era in grado di distinguere correttamente altri colori, fra cui il rosso stesso) e mostrava difficoltà nel riconoscimento di persone familiari.

Nella Scala di Memoria Wechsler (ndr, 1997) e nel Mini Mental State Examination (ndr, 1993) il paziente riportava punteggi bassissimi, indicativi di una patologia organica, ma non vi era alcuna evidenza clinica che supportasse questo sospetto diagnostico. Il paziente fu trattato con antidepressivi e psicoterapia, e mostrò miglioramenti nelle

risposte, ma persistevano disturbi nel riconoscimento di nomi e parafasie. Solo in seguito, una tac evidenziò la presenza di una emorragia cerebrale nell'area temporoparietale sinistra. (Anupama et al., 2006)

Secondo gli autori, è possibile che nel caso illustrato un funzionamento di tipo dissociativo abbia contribuito all'esacerbazione dei sintomi gansesteriani, mentre la lesione cerebrale deve aver indotto i sintomi di afasia, o la scarsa identificazione di persone familiari.

E' interessante considerare come lo stress induca alterazioni nel rilascio di glutammato, e che questa trasmissione alterata al lobo frontale possa innescare sintomatologie dissociative ed essere correlata all'insorgenza di Sindrome di Ganser o di Disturbo post traumatico da stress. (Ouyang et al., 2003)

Santhushi e Hodgson (2012) hanno osservato che un considerevole numero di pazienti ganseriani analizzati sviluppa disturbi mentali in concomitanza con l'esordio dei sintomi della sindrome; sono stati riportati maggiormente disturbi psicotici, disturbi mentali biologici, disturbi depressivi, depressioni psicotiche, disturbi da stress o gravi lutti e traumi, e in alcuni casi la sindrome di Tourette.

In quest'ottica si comprende l'importanza di un'adeguata diagnosi differenziale per la sindrome. Secondo Dwyer (2004), l'esordio rapido e incostante dei sintomi ganseriani, le alterazioni percettive e le risposte ambigue e approssimative possono sovente indurre a confondere la sindrome con un disturbo dello spettro psicotico, che presenta caratteri simili; le risposte ganseriane possono anche essere interpretate erroneamente come sintomi di disturbo formale del pensiero, comunemente associato alla schizofrenia. Inoltre, è essenziale distinguere tali risposte ambivalenti dai segnali di disordini del linguaggio quali l'afasia, non confondendole con ecolalia, ecoprassia o deficit di comprensione; i disturbi del comportamento e di memoria come le confabulazioni, gli stati oniroidi, i deliri possono essere rilevati anche in forme di demenza, in seguito ad ictus o convulsioni, tumori o danni cerebrali. (Dieguez, 2018)

Anche l'ottundimento di coscienza, seppur con minor frequenza, è stato osservato in disturbi dello spettro schizofrenico. La similarità con altri disturbi psichiatrici e la possibilità di comorbidità con disturbi psicotici dovrebbe sempre incentivare il consulto psichiatrico per questi pazienti, sia in ambito clinico che peritale.

E' utile sottolineare ancora una volta che una caratteristica fondamentale che differenzia la sindrome di Ganzer rispetto alle più comuni problematiche psichiatriche risiede nella transitorietà e mutevolezza dei sintomi; si ricorda che l'incostanza sintomatologica della sindrome resta invariata, indipendentemente dal trattamento

farmacologico messo in atto. Inoltre, i periodi di remissione dei sintomi si accompagnano a forti amnesie verso le condizioni cliniche precedentemente esperite.

In base a queste considerazioni, si comprende come l'ospedalizzazione tempestiva e l'attivazione di un trattamento fondato su una relazione terapeutica empatica e supportiva debbano essere una scelta d'elezione per i pazienti ganseriani, ed anche per quei pazienti il cui quadro clinico non è stato ancora confermato: le eventuali condizioni patologiche differenziali della sindrome beneficiano ugualmente di tale tipologia di approccio, siano essi danni organici, demenze reversibili, disturbi affettivi, psicosi, dissociazioni o stati isterici. (Dieguez, 2018)

Accusare questi individui di mentire o addirittura indurli forzatamente ad interrompere i sintomi (chiedendo di rivelare a tutti i costi la verità) può risultare sicuramente deleterio, producendo un peggioramento sintomatologico quando non l'intensificazione e cronicizzazione del disturbo. (Epstein, 1991)

Nei contesti carcerari è generalmente comune riscontrare sintomatologie psichiatriche prodotte od aggravate dalla condizione di reclusione; la configurazione di tali dimensioni psicopatologiche genera spesso criticità ed ostacoli nella valutazione del detenuto in ambito psichiatrico forense e nella delicata differenziazione fra simulazione conscia ed inconscia. In quest'ottica, è importante che i detenuti che manifestano sintomi di sospetta simulazione vengano sottoposti sempre a verifiche sull'integrità dei meccanismi di regolazione emotiva e dei processi di integrazione di coscienza. (Gozzi et al, 2018), (Montrone et al 2016), (Martino et al 2015)

Profili in cui il disagio clinico riferito o manifestato è accompagnato da sostanziale disintegrazione della coscienza (come dissociazione e psicotismo) ed elevata disregolazione emotiva, dovrebbero far propendere verso la valutazione di un disturbo ganseriano. (Gozzi et al, 2018)



Ad oggi, i trattamenti vagliati includono la psicoterapia, specialmente ad indirizzo psicodinamico, l'utilizzo di antidepressivi, tranquillanti, neurolettici, con l'attivazione di controlli e follow-up costanti e scrupolosi nel post ricovero. (Dieguez, 2018)

Risultati positivi ad un trattamento delle cause organiche dovrebbero far propendere verso un disturbo biologico ed escludere la sindrome di Gan-ser come problematica principale. Quando invece si rilevano persistenti risultati negativi o miglioramenti non correlati ai programmi farmacologici messi in atto, la diagnosi di Gan-ser risulta più plausibile.

E' opportuno inoltre, non considerare i casi risolti nella fase in cui i sintomi si avviano verso una spontanea remissione (Allen et al., 2000): i meccanismi di coping gravemente inadeguati dei pazienti gan-seriani necessitano di programmi psicoterapeutici mirati, finalizzati ad un miglioramento del repertorio comportamentale ed al corretto reinserimento nella società. Per la realizzazione di questi obiettivi, è imprescindibile la prosecuzione del trattamento in tutti gli stadi della sindrome.

L'AMBIENTE DETENTIVO

I dati confermano che la sindrome di Gan-ser si associa frequentemente, fin dagli albori, a condizioni di prigionia e isolamento carcerario, rientrando nello spettro di disturbi psichici ricorrenti in soggetti detenuti - che pertanto vengono classificati comunemente nel gruppo delle 'sindromi penitenziarie'; tali osservazioni inducono a riflettere su quanto le condizioni di vita carcerarie, i sentimenti di isolamento relazionale e di depersonalizzazione, portino ad una sorta di "fuga nella malattia", che spesso si manifesta sotto forma di sindromi psicosomatiche e di conversione, disturbi somatoformi, fino a giungere alla sindrome di Gan-ser (Gozzi, Costanzo, 2018).

Già nel 1989, Ponti sostenne che la sindrome gan-seriana fosse direttamente connessa alla

mancaza di stimoli esterni imposta dalla condizione detentiva, la quale può portare a forte e invalidante compromissione intellettiva, affettiva ed emotiva. 'Il sistema carcerario, rigido e complesso, sembra costituire il fattore precipitante di questa sindrome'. (Ponti, 1989)

Più recentemente, Foglia C. (2008) ha affermato come "l'ingresso in carcere comporta una perdita sociale del ruolo precedentemente posseduto dal detenuto, la privazione dei suoi affetti, dei suoi spazi vitali, della facoltà di decidere. Viene imposta la rinuncia ad una dimensione intima e privata e la totale dipendenza dall'istituzione. In questo quadro, prende piede la frustrazione, l'impotenza e la collusione delle aspettative. Si rilevano facilmente crisi d'ansia generalizzate, disadattamento, attacchi di panico e claustrofobia". (Foglia C., 2008)

Anche a livello organico, la detenzione comporta conseguenze; avvengono modificazioni sensoriali, il campo visivo ristretto induce alterazioni della vista, la percezione olfattiva o tattile si riduce sensibilmente, la deprivazione ambientale induce inevitabilmente al deterioramento delle funzionalità mentali.

La dura realtà dello sviluppo di sindromi da prigionizzazione, le condizioni precarie, la percezione di una società esterna indifferente od ostile, la riduzione dei processi comunicativi di queste persone che imparano a non essere ascoltate, induce una rassegnazione, un distacco dissociativo, la repressione della propria individualità.

Ad aggravare il quadro, subentra poi una stigmatizzazione del detenuto, che si innesca nel momento in cui la malattia mentale è considerata come una semplice 'via regia' per evitare furbamente pene e responsabilità nei reati, operando una 'sottovalutazione' dei disagi indotti da disturbi mentali e sofferenze psicologiche, che sfocia in una pericolosa deumanizzazione del detenuto. (Foglia C., 2008)

Bromberg (1986) riteneva già nel 1986 che la sindrome di Gan-ser godesse di grande rilevanza clinica in ambito forense, seppure all'epoca si rilevasse ancora poco frequentemente

in criminali in attesa di giudizio o sentenza penale. Secondo l'autore, la natura alternativamente 'conscia ed inconscia' della sindrome esitava in un 'tentativo autodifensivo del paziente rispetto ad una realtà legale punitiva'. In seguito ad attente osservazioni, concluse che i detenuti ganseriani nutrono una gamma di sentimenti che varia dal risentimento, alla collera o la mania, verso la società, verso il personale penitenziario e verso loro stessi. (Bromberg, 1986) In ambito forense, i pazienti potevano manifestare conscia finzione rispetto ad un crimine commesso, ma non erano infrequenti reali reazioni di diniego, rimozione ed amnesia per gli avvenimenti accaduti, fino ai gravi casi di regressioni con catatonìa o di comportamenti distruttivi, correddati da instabilità della personalità, frammentazione del sè e perdita del controllo e del senso di realtà. (Bromberg, 1986)

In tempi più recenti, Drob e Mehaan (2000) hanno condotto delle osservazioni nel centro di psichiatria forense di New York, concludendo che la sindrome di Ganser si presenta in ambito penale molto più frequentemente rispetto al passato, e che la perizia di questi pazienti risulta complessa, dovendo tener conto di questioni come la responsabilità criminale e l'effettiva capacità di sostenere coscientemente un processo giudiziario. Il frequente incontro, in sede peritale, di detenuti pronti a simulare con astuzia e consapevolezza ha indotto negli anni ad una certa trascuratezza verso diagnosi di disturbi dissociativi ed isterici in ambito penitenziario. (Apter et al, 1993)

Nel 1996, Mattioli e colleghi hanno condotto un interessante studio su dodici detenuti inviati dal carcere in ospedale psichiatrico per segni di infermità mentale. Tutti i detenuti riportavano un quadro clinico caratterizzato da rifiuto del cibo, complicanze fisiche ed organiche conseguenti al digiuno, disturbi della minzione come incontinenza o difficoltà nell'evacuazione, torpore fisico e psichico, isolamento e tendenza a restare a letto, difficoltà nell'eloquio con risposte pseudo demenziali. (Mattioli et al., 1996)

La condizione sanitaria dei detenuti descritta dagli autori era umanamente insostenibile. A complicare la compromissione severa dello stato di salute dovuta alla denutrizione, vi erano pensieri di inutilità, sfiducia ed incuria, da considerare nel quadro della loro situazione penale estremamente stressante; erano detenuti in attesa di giudizio sottoposti a regimi rigidissimi, che imponevano isolamento e assenza di contatti familiari.

Le risposte pseudo demenziali dei pazienti, il disorientamento e le amnesie indussero i clinici a diagnosticare una "reazione dissociativa di tipo ganseriano con depressione dell'umore". (Mattioli et al, 1996)

Sembra che questi pazienti sviluppassero dei meccanismi di difesa rispetto all'angoscia del sistema carcerario, inizialmente attuando un comportamento volontario di rifiuto verso il mondo esterno (rinuncia al cibo ed al contatto con gli altri compagni); questo comportamento però diventava indipendente dalla volontà, si 'autonomizzava' creando difese estreme inconscie che fornivano sollievo rispetto alla condizione intollerabile di deprivazione cui erano sottoposti.

Mattioli et al. (1996) forniscono una descrizione preziosa per la comprensione del quadro di disagio vissuto dai pazienti e dagli stessi operatori. Gli autori evidenziano come questi soggetti arrivavano a mutilarsi, soffrire la fame, ammalarsi, isolarsi talvolta sino alla morte. "Nel reparto ospedaliero, erano sorvegliati 24 ore su 24 da agenti armati; il personale clinico poteva avere contatti con i detenuti esclusivamente in presenza della guardiania, anche in caso di colloqui psicoterapeutici. Questo regime di terrore instaurava un clima di forte tensione e stress, oltre ad un senso di frustrazione e rabbia da parte del personale sanitario, che naturalmente risultava deleterio per la buona riuscita di interventi terapeutici contenitivi e supportivi". (Mattioli et al., 1996)

E' interessante sottolineare che i pazienti osservati hanno riportato un notevole miglioramento



dei sintomi nonostante le difficoltà nel portare a termine un programma terapeutico mirato, ed il limitato o assente utilizzo di psicofarmaci.

Per Mattioli e colleghi (1996), è possibile spiegare questo fenomeno assumendo che "l'interruzione del continuum del percorso accusatorio penale ed il rafforzamento dell'identità di persone sofferenti abbia aiutato queste persone a superare uno stato di rabbia confusiva ed indistinta, accedendo ad un'area di lutto e di dolore sentito, pensabile e perciò elaborabile". (Mattioli et al., 1996)

Queste riflessioni suggeriscono l'esigenza di ripensare il sistema di cooperazione fra istituti penitenziari e servizio sanitario in un'ottica assistenziale, che miri all'aiuto ed al sostegno dei diritti di queste persone. Il ruolo terapeutico dei clinici risulta talvolta soffocato nel lavoro con pazienti che vertono in condizioni di estrema sofferenza psicologica ma possono essere trattati solo nei confini del regime penale cui sono sottoposti. Sarebbe dunque auspicabile che il personale penitenziario ed ospedaliero collaborino nell'investire su una migliore e più efficace gestione del paziente detenuto, inserito in contesti assistenziali e cautelari complessi.

CONCLUSIONI

Il presente articolo rappresenta il tentativo di revisionare brevemente una parte della letteratura pubblicata negli ultimi anni sul tema della Sindrome di Ganser, con un'attenzione particolare al contesto penitenziario di presentazione della malattia.

Dalla revisione della letteratura scientifica, emerge un quadro più chiaro di quella che è stata l'evoluzione concettuale, ideologica ed eziologica della sindrome nel corso degli anni.

Se nel primo Novecento Ganser aveva trattato il disturbo come uno stato crepuscolare isterico caratterizzato da oscillazioni di coscienza e stati acuti confusionali-allucinatori, nel corso del secolo gli studiosi si sono sempre più concentrati sui meccanismi biologici e ambientali responsabili della particolare alterazione dei processi di coscienza della sindrome, e sull'importanza della

valutazione del grado di autodeterminazione e intenzionalità possedute dai pazienti detenuti.

Gli studi più recenti hanno contribuito a delineare un profilo della sindrome inscrivibile all'interno di una condizione dissociativa atipica, esente dal controllo della volontà.

I contributi trattati hanno fatto luce sull'importanza della considerazione, in fase diagnostica, delle storie di vita caratterizzate da traumi o abusi, senza dimenticare che la sindrome di Ganser è sempre il prodotto di meccanismi di coping limitati o insufficienti, inadeguati per un sano fronteggiamento di situazioni di vita stressanti.

Nell'analisi delle manifestazioni patologiche in ambiente penitenziario, risulta imprescindibile una considerazione critica delle condizioni di vita disadattive irrimediabilmente legate al sistema punitivo e costrittivo del carcere, e dei livelli di difficoltà e disagio vissuti dai pazienti detenuti e dal personale preposto alla loro assistenza.

Il dibattito eziologico sulla sindrome non può certamente considerarsi concluso, dal momento che non esiste ancora un riconoscimento ufficiale della stessa ed una classificazione diagnostica nel DSM5; sarebbe auspicabile, per il futuro, la promozione di una costante e sempre crescente attenzione all'arricchimento degli studi clinici su questi pazienti, che per lungo tempo sono stati in ambito penitenziario accomunati a simulatori abituali.

Tale ricerca potrebbe costituire uno spunto per condurre ulteriori interessanti valutazioni ed, ove possibile, attuare nuove ricerche su casi psichiatrico-forensi allo scopo di operare confronti aggiuntivi sulla comorbidità della malattia con altri disturbi.

BIBLIOGRAFIA

- Allen DF, Postel J, Berrios GE. (2000) - *The Ganser syndrome*. In: Berrios GE, Hodges JR, editors. - *Memory disorders in psychiatric practice*. New York: Cambridge University Press; p. 443-455.
- American Psychiatric Association (1996): *DSM-IV. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali. Quarta ed. Italiana*. Masson, Milano

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA
- American Psychiatric Association (2014): *DSM-5. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali. Quinta ed. Italiana*. Cortina Raffaello
- Anupama M., Nagaraja K., Dhananjaya S., (2006) *Ganser syndrome and lesion in the temporoparietal region*. Indian Journal of Psychiatry. 48: 123-125
- Apter, A., Ratzoni, G., Iancu, J., Weizman, R., & Tyano, S. (1993).
- *The Ganser syndrome in two adolescent brothers*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Bromberg, M.D. (1986) - *The neglect of Ganser syndrome*. American Journal of Psychiatry. California. 143:7;
- Cocores J., Wilfredo G. Santa, Mukesh D. Patel (1984) – “*The Ganser Syndrome: evidence suggests its classification as a dissociative disorder*” – Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 14
- Cosgray R., Fawley R. (1989) - *Could it be Ganser syndrome?* W.B. Saunders Company
- Dieguez S. (2018) - ‘*Ganser Syndrome*’. Laboratory for Cognitive and Neurological Sciences, Département de Médecine, Université de Fribourg, Switzerland.
- Drob, S., & Meehan, K. (2000). *The diagnosis of Ganser Syndrome in the practice of forensic psychology*. American Journal of Forensic Psychology, 18(3), 37-62
- Dwyer J, Reid S. (2004) *Ganser's syndrome*. Lancet; 364: 471-473.
- Ferracuti S: *Simulazione e malattie simulate*. In: Ferracuti F (ed) *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*. Giuffrè Editore, Milano, 1987-1991
- Foglia C. (2008) - Le sindromi penitenziarie. Istituto per lo Studio delle Psicoterapie. Corso di formazione in Psicologia Giuridica. Milano.
- Ganser, S.J.M. (1897) “*A specific hysterical twilight state*” – Tratto dalla traduzione in italiano di Pavese E., (1988).
- Gozzi, Costanzo, Caretti, Schimmenti (2018) *Malingering and Ganser syndrome in prisons: a forensic analysis on inmates atypical symptoms and personality*. Rassegna italiana di criminologia, n 2, 2018
- Heron, E.A., Kritchewsky, M., Delis, D.C. (1991). *Neuropsychological presentation of Ganser symptoms*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. Vol. 13(5), 652-656
- Kaphan E., Barbeau E., Royere M., Guedj E., Pelletier J., Ali Cherif A. (2014) *Ganser-like Syndrome After Loss of Psychic Self-activation Syndrome: Psychogenic or Organic?* Archives of Clinical Neuropsychology 715 – 723
- Mattioli I., Zontini G., Mattioli G. (1996) - Disturbi psicotici n.a.s. di tipo ganseriano, complicati da rifiuto del cibo e stato cachettico in detenuti. Dipartimento di salute mentale. Istituto di Psichiatria Napoli.
- Martino V, Grattagliano I, Bosco A, Massaro Y, Lisi A, Campobasso F, Marchitelli M. L., Catanesi R. A new index for the MMPI 2 Test for detecting dissimulation in forensic evaluations: A pilot study. *Journal Of Forensic Sciences*, 2015 Aug 25. doi: 10.1111/1556- 4029.12889
- Montrone A, Martino V, Grattagliano I, Massaro Y, Campobasso F, Lisi A, Di Conza A, Catanesi R. L'uso del test SIMS nella valutazione psicodiagnostica delle condotte distorsive: la simulazione. Uno studio pilota. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 139-145, 2016. E-ISSN 2240-8053
- Ouyang D., Harpreet SD., Jacob NJ., (2003) *Neurobiological basis of Ganser Syndrome*. Indian Journal of Psychiatry.
- Ponti G, Merzagora I., (1993) *Psichiatria e Giustizia*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 3-16.
- Santhushi Mendis, Richard E. Hodgson - *Ganser syndrome: examining the aetiological debate through a systematic case report review*. Eur. J. Psychiat. Vol. 26, N.° 2, (96-106) 2012
- Trzepacz, PT; Baker RW (1993). *The Psychiatric Mental Status Examination*. Oxford, U.K.: Oxford University Press. p. 202. ISBN 0-19-506251-5.
- Wechsler, D. (1981), *WAIS-R. Scala d'Intelligenza Wechsler per Adulti-Riveduta*. Tr. it. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1997.



STRESS E SALUTE NEGLI OPERATORI DI POLIZIA PENITENZIARIA: L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Piccirillo Iolanda

RIASSUNTO

La presente rassegna si focalizza su alcuni aspetti di rilevanza psicologica del lavoro dell'Agente di Polizia penitenziaria. In particolare, ci si incentra sull'analisi delle principali fonti di stress caratterizzanti il contesto carcerario e sulle differenze individuali nella percezione degli stressor e nelle strategie di coping, le quali rappresentano un tassello importante nella spiegazione della complessa relazione stress-salute.

L'ultima sezione è dedicata agli interventi più efficaci per prevenire il disagio psicologico e i comportamenti a rischio tra gli operatori di Polizia penitenziaria.

PAROLE CHIAVE

Stress da lavoro-correlato, Burnout, Prevenzione del rischio, Training sulla gestione dello stress, Sostegno psicologico, Strategie di coping, Percezione dello stress, Comunicazione efficace.

INTRODUZIONE

Gli operatori di polizia penitenziaria svolgono una professione di estrema delicatezza dal punto di

vista della salute fisica e psicologica, per aspetti sia organizzativi che operativi. Essi sono esposti ad eventi potenzialmente traumatici, che possono portare all'insorgenza di un Disturbo da Stress Post-traumatico (DSPT). Un altro rischio è rappresentato dallo stress traumatico secondario, terminologia con la quale si configura una risposta comportamentale ed emozionale ad un evento traumatico accaduto ad un altro o all'aiuto prestato ad una persona in condizione di disagio. (Pietrantonio, Prati e Morelli, 2003).

La cultura organizzativa, inoltre, scoraggia la verbalizzazione della sofferenza psichica e la vulnerabilità. Mostrare distacco e controllo delle proprie emozioni rappresenta una componente importante dell'identità del poliziotto e costituisce anche un'aspettativa sociale molto diffusa nei loro confronti.

Lo stress può avere conseguenze sul piano fisico, intrapsichico, comportamentale e relazionale e rappresenta uno dei fattori di rischio per il suicidio. La tragicità delle notizie attuali imperanti sulle testate giornalistiche induce ad una maggiore

riflessione su tale fattore di rischio.

Il fenomeno dei suicidi non riguarda solo la popolazione detenuta, ma anche il personale preposto alla vigilanza, per cui appare di fondamentale importanza descrivere l'ambiente lavorativo al fine di avere una lettura completa del contesto socioculturale in cui si opera. Gli agenti di polizia penitenziaria si imbattono quotidianamente con individui che il più delle volte hanno fatto dell'illegalità uno stile di vita. Le problematiche interne alla struttura penitenziaria hanno delle ripercussioni sul personale che lavora a stretto contatto con i detenuti.

Adottando un'ottica di prevenzione sarebbe opportuno focalizzare l'interesse su un'eziologia non solo endogena bensì esogena, che prenda in considerazione le variabili organizzative aventi valenza di stressor.

L'analisi del suicidio in ambiente carcerario comporta una necessità di approfondimento sia del comportamento che lo precede, sia dei fattori endogeni ed esogeni.

I motivi che possono condurre un operatore delle Forze dell'Ordine al suicidio sono diversi: il confronto continuo con la violenza, la sofferenza e la morte, e il senso di solitudine conseguente all'allontanamento dall'ambiente consueto e di conseguenza dagli affetti familiari sono elementi che possono concorrere allo sviluppo di un'ideazione suicidaria.

MODELLI TEORICI SULLO STRESS LAVORATIVO

Una parte della letteratura sostiene che gli agenti di polizia siano una categoria a rischio di stress lavorativo, le cui conseguenze sono ravvisabili negli alti tassi di divorzio, alcolismo, problemi di salute e suicidio (Mayhew, 2001; Storch e Panzarella, 1996).

In termini generali, lo stress è definibile come un processo fisiologico di adattamento all'ambiente, con effetti positivi o negativi, a seconda della direzione e dell'intensità della relazione.

Nel linguaggio comune il termine stress assume generalmente un'accezione negativa, in quanto indica uno stato psicofisico di affaticamento,

disagio e tensione.

Le reazioni di stress non sono in assoluto negative o dannose per la persona (Selye, 1956): in ambito psicobiologico, infatti, esso è considerato una reazione adattiva su base evolutiva, funzionale alla sopravvivenza.

A certi livelli, lo stress è utile alla motivazione, alla crescita, allo sviluppo e al cambiamento: in questi casi si parla di eustress.

Nel momento in cui lo stress è persistente, superando la soglia di tolleranza e di gestione dello stesso, propria di ogni individuo, allora si determinano conseguenze negative che possono condurre a situazioni di distress o strain.

La risposta psicologica e fisiologica allo stimolo si divide in tre fasi, ossia la reazione di allarme, la quale è una risposta fisiologica immediata ad uno stato di shock iniziale di reazione allo stimolo, caratterizzata da un aumento dell'attività del sistema nervoso vegetativo e neuroendocrino, la fase di resistenza, in cui permane una risposta di adattamento alla nuova situazione e il possibile ritorno alla fase precedente, ed infine, la fase dell'esaurimento, la quale implica il venir meno delle energie funzionali all'adattamento all'ambiente, qualora la resistenza si protragga troppo a lungo, oppure sia eccessivamente intensa.

La sintomatologia esperita in seguito all'esposizione a situazioni traumatiche può includere stati d'ansia, senso di colpa, depressione, disturbi del sonno, pensieri intrusivi, compromissione delle abilità di coping.

Nell'ambito della letteratura scientifica di riferimento vi è un notevole consenso nel considerare tre orientamenti definitori:

- 1.** Approccio tecnico;
- 2.** Approccio fisiologico;
- 3.** Approccio psicologico.

Il primo modello è orientato all'individuazione delle fonti di stress (stressor), che sono rinvenute in variabili organizzative, come l'ambiente fisico, il livello di ambiguità dei ruoli lavorativi, le scadenti relazioni nel gruppo di lavoro e la mancanza di supporto sociale. Presenta notevoli limiti, in quanto considera esclusivamente gli effetti dell'ambiente



su prestazione e comfort, ignorando l'influenza svolta dalle variabili relative alle differenze individuali nei processi cognitivi.

Il secondo approccio è incentrato sulle risposte allo stress; è pertanto orientato all'analisi delle conseguenze esperienziali e comportamentali dell'organismo sottoposto a stress. Tale modello teorico ha ricevuto la spinta iniziale dal lavoro di Seyle, che dagli anni 50 ha aperto un filone di ricerca rivelatosi di estrema importanza per comprendere gli effetti dello stress sull'individuo. In particolare, l'Autore delinea la cosiddetta Sindrome generale di Adattamento, che sarebbe rappresentata dalla somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito alla prolungata esposizione a fattori stressogeni. Si definisce aspecifica perché è prodotta da stimoli che, pur essendo vari, assumono lo stesso pattern di modificazioni; generale, perché coinvolge diversi organi e distretti corporei; adattiva in quanto permette all'organismo di mettere in atto risposte fisiologiche tendenti a ristabilire l'equilibrio omeostatico.

La constatazione fondamentale è che l'uomo risulta in salute se le sollecitazioni ambientali sono proporzionate alla sua capacità di risposta; in particolare, lo stress sarebbe distruttivo sia quando la stimolazione eccede la capacità di risposta, sia quando la sollecitazione è troppo povera e fa sperimentare noia e monotonia, inibendo le normali esigenze di attivazione. È possibile raffigurare il fenomeno con una curva ad U rovesciata, dove le due parti alte dell'uncino rappresentano le condizioni di carenza ed eccesso di stimolazione (distress), mentre la parte curva della U la condizione di stimolazione ottimale (eustress).

Il terzo approccio, infine, identifica lo stress come processo, considera l'individuo all'interno di un processo di interazione con l'ambiente e conferisce importanza ai processi percettivi e cognitivi; in particolare si sostiene che l'individuo affronta la situazione stressogena per come egli stesso l'ha percepita e definita. Ci si incentra maggiormente sulla dinamica dei meccanismi di valutazione cognitiva e di coping che sostengono il processo di stress.

I primi due modelli sono datati e si situano in un modello stimolo risposta eccessivamente semplificato: la persona è percepita come recettore passivo e sono sottovalutate le differenze individuali nei processi percettivi e valutativi.

Il terzo orientamento invece risulta essere il più fruttuoso sia sul piano della ricerca che delle possibili applicazioni. Inoltre esso risulta in linea con le raccomandazioni dell'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro e con le raccomandazioni dell'UE.

Per le caratteristiche dell'ambiente carcerario, è utile fare riferimento al modello di Karasek, denominato DCS (Demand-Control-support). Tale modello si concentra sulle caratteristiche del lavoro sintetizzandole in due dimensioni:

- la domanda, ovvero le richieste poste al lavoratore, espresse come sotto forma di pressione temporale, ritmi, difficoltà e livello di impegno richiesto;
- controllo, variabile coincidente con la possibilità che l'individuo ha di gestire la domanda.

Le situazioni che producono maggiore strain, sarebbero quelle in cui ad un'elevata percezione della richiesta (alta domanda), corrispondono percezioni di bassa possibilità di controllo e decisione (basso controllo).

Jhonson e Hall hanno inserito nella dinamica domanda-controllo una terza dimensione denominata supporto sociale percepito sul luogo di lavoro, che rappresenta un possibile moderatore degli effetti negativi connessi a condizioni lavorative ad alto strain. La novità dell'approccio è che tali dimensioni risultano soggettivamente valutate, ossia costituiscono autopercezioni che rendono evidente il ruolo dei processi percettivi e cognitivi individuali nella gestione del rapporto tra individuo e contesto lavorativo.

Anche l'approccio transazionale di Lazarus enfatizza l'importanza dei processi cognitivi. In particolare, l'Autore afferma che esistono due tipi di valutazione per cui una situazione è definita stressante:

- valutazione primaria, che concerne l'analisi della situazione in sé, che può o meno condurre all'at-

tribuzione di connotazioni negative allo stimolo o evento;

- valutazione secondaria, la quale è subordinata all'ammissione dell'esistenza di un problema e comporta un'analisi delle capacità di fronteggiamento e gestione della situazione, proprie dell'individuo.

Tali valutazioni costituiscono il nucleo del processo di stress. La valutazione rappresenta il processo estimativo attraverso cui è possibile attribuire un significato alle transazioni tra persona e ambiente.

Affinchè insorga lo stress, pertanto, è necessaria la presenza di due condizioni:

- l'individuo deve considerare la situazione come potenzialmente minacciosa;
- tale situazione è percepita dall'individuo come eccedente le proprie capacità di farvi fronte.

LE FONTI DI STRESS NEL LAVORO DI POLIZIA PENITENZIARIA

In letteratura è possibile osservare un'ampia varietà di classificazione degli stressor, i quali possono essere raggruppati in tre grandi categorie:

- fonti di tensione specifiche dell'occupazione;
- fonti dovute all'organizzazione;
- fonti personali.

Adottando la prospettiva transazionale sullo stress di Lazarus e Folkman (1984), Lepine, Podsakoff e Lepine (2005) presentano una diversa concettualizzazione che distingue tra stressor di sfida e di ostacolo. Secondo tale approccio, gli individui valutano le situazioni stressanti o come potenzialmente minacciose per il loro benessere o come potenzialmente capaci di migliorare la loro performance e le loro competenze. Uno stressor di sfida impone richieste (demand) che la persona sente di poter affrontare efficacemente.

L'approccio più comune in letteratura individua due grandi categorie di stressor lavorativi in Polizia (kop. Euwema e Schaufeli, 1999; Patterson, 2001), ossia gli stressor legati al contenuto del lavoro (Job content) e quelli legati al contesto del lavoro (job context).

Per quanto concerne i primi, è possibile annoverare

in primis il conflitto di ruolo che molto spesso gli operatori di polizia penitenziaria sperimentano. La natura del rapporto tra detenuto e guardia carceraria si è notevolmente modificata nel corso degli ultimi vent'anni, in particolare con l'introduzione della legge n.395/1990, che ha previsto lo scioglimento del corpo degli Agenti di Custodia, istituendo il Corpo di Polizia penitenziaria. La medesima legge ha anche determinato differenti compiti istituzionali degli operatori, tra i quali figurano altresì il servizio di pubblico soccorso e la partecipazione all'osservazione ed al trattamento rieducativo. E' ragionevole pensare che la percezione di sé delle guardie sia divenuta dicotomica, in quanto l'Agente di Polizia penitenziaria è soggetto e due tipi di mansioni: il mantenimento dell'ordine e della sicurezza in carcere e la presa in carico emotiva dell'individuo recluso, in forme che vanno, spesso, ben oltre la sfera della propria consapevolezza.

La Guardia carceraria, pertanto, è oggi una figura ibrida, alla quale vien chiesto di adottare due approcci lavorativi, repressivo e riabilitativo; ciò genera conflitto nell'operatore.

Non mancano gli aspetti positivi connessi a tale innovazione delle mansioni del poliziotto penitenziario, che comportano l'adozione di una nuova visione del carcerato, portatore di istanze fisiche e psichiche, del quale si è recuperata la parte umana. Ciò dovrebbe comportare maggiore sensibilità ed attenzione sia alla formazione che al monitoraggio dello stato psicologico degli operatori, i quali non sono più meri esecutori dell'Autorità giudiziaria, ma soggetti attivi di un percorso rieducativo.

Oltre al conflitto di ruolo, di rilevante importanza sono gli eventi critici che l'operatore si trova, sovente, ad affrontare e che sono potenzialmente in grado di scatenare DSPT. Mayhew (2001) e Patterson (2001) sottolineano come gli eventi critici possano essere rappresentati da un'aggressione subita, dall'uccisione e ferimento di terzi e dal suicidio di un collega.

Loo (2001) riporta che le reazioni dell'operatore penitenziario alla notizia del suicidio di un collega comprendono angoscia, sentimenti di impotenza, depressione, abbandono, solitudine, senso di



colpa per non aver saputo prevenire l'evento, ideazione suicidaria (effetto contagio), abuso d'alcol e di sostanze stupefacenti, alterazioni nel sonno e nell'assunzione di cibo, disfunzioni sessuali, rabbia nei confronti del suicida, del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, degli altri colleghi e dei media.

Per quanto concerne gli stressor legati al contesto del lavoro, una parte della letteratura sostiene la tesi secondo la quale gli effetti degli stressor legati all'aspetto organizzativo e amministrativo del lavoro sono maggiori rispetto a quelli degli stressor legati alle mansioni lavorative.

Storch e Panzarella (1996) sottolineano come l'assunzione comune che i poliziotti soffrano di stress a causa delle difficoltà esperite nel luogo di lavoro, sia una credenza non corrispondente alla realtà, in quanto le ricerche empiriche non corroborano tale ipotesi.

Tra le variabili organizzative maggiormente stressogene vi sono fattori quali l'ambiente fisico, la natura e la qualità delle relazioni interpersonali, in particolare con colleghi e supervisori, il supporto sociale percepito sul luogo di lavoro, la mancanza di comunicazione efficace, uno stile di leadership orientato al compito, a spese dell'orientamento alle relazioni.

Un aspetto cruciale inerente il contesto carcerario è quello dell'ambiente fisico di lavoro con l'insieme di edifici e strutture, spesso obsolete, trascurate, fatiscenti, con impianti di illuminazione ed aerazione non efficienti.

Cooper sottolinea come lo stress sia correlato positivamente con tali condizioni, le quali possono incidere negativamente sulla concentrazione e sul rendimento degli operatori.

Per quanto concerne il supporto sociale percepito, Brown et al (1999) sottolineano come quest'ultimo abbia un ruolo di mediazione nel diminuire la probabilità di sviluppare malessere, sebbene il peso di tale fattore sia limitato.

Stephens e Long (2000), altresì, evidenziano come le modalità di comunicazione tra pari e con i supervisori costituiscano un fattore di protezione contro lo stress, e un buon predittore della

salute fisica e mentale.

La presenza di sintomi del DSPT, inoltre, è negativamente correlata al supporto sociale (Stephens et al., 1997).

La particolarità di tale lavoro e del contesto sociolavorativo fonte di stress, aumenta la rilevanza del tempo passato fuori dalla sfera lavorativa per il benessere dell'Agente di Polizia penitenziaria.

Una ricerca (Iwasaki et al., 2002) ha preso in considerazione l'influenza che la qualità del tempo libero ha sul benessere psicologico dei poliziotti, evidenziando una correlazione positiva tra le due variabili. Si può quindi affermare che l'uso ottimale del tempo libero migliora l'umore e riduce efficacemente lo stress. La qualità della vita extra-lavorativa, pertanto, può essere considerata un fattore di protezione contro lo stress lavorativo.

LA COMPLESSITÀ DELLA RELAZIONE TRA STRESSOR E DISTRESS: IL RUOLO SVOLTO DALLE DIFFERENZE INDIVIDUALI

Come precedentemente affermato il lavoro dell'Agente di Polizia penitenziaria espone quest'ultimo ad eventi potenzialmente stressanti che possono influenzare lo stile di vita, fino a provocare veri e propri disturbi psicologici.

È opportuno sottolineare che il legame tra stressor e distress non è di natura meccanicistica: i fattori individuali, infatti, sono di grande importanza nell'interazione con gli stressor.

In particolare la risposta allo stress è determinata sia da fattori oggettivi, come la severità dell'evento, sia da fattori soggettivi, come le i processi percettivi e cognitivi dell'individuo, il significato attribuito all'evento, le strategie di coping e specifici tratti di personalità.

In particolare, nella ricerca, ha assunto un certo rilievo la Core Self Evaluation (CSE), traducibile come il Nucleo Centrale delle Valutazioni di Sè. Si tratta di un costrutto di personalità che ingloba quello di autostima, locus of control, self-efficacy e nevroticismo. Inizialmente, è stato introdotto nello studio della soddisfazione lavorativa, dimostrando un forte potere predittivo della stessa.

Brunborg ha ipotizzato che la CSE sia in grado di

spiegare una significativa porzione di varianza dello stress lavorativo. Tale ipotesi è stata ampiamente corroborata.

Violanti (2001) sottolinea che il modo in cui vengono vissuti ed interpretati gli stressor è influenzato da fattori come:

- l'hardiness, definito come l'abilità di affrontare con coraggio condizioni difficili;
- la vulnerabilità, definita come la forza che comprime lo stressor sull'individuo;
- la resilienza, definita come la capacità di ripristinare un veloce equilibrio dopo un evento negativo attraverso funzionali strategie di coping.

Mearns e Mauch (1998) dimostrano che un fattore di protezione nello stress lavorativo in Polizia è l'aspettativa sulla regolazione dell'umore negativo. Più specificatamente, ci sono poliziotti maggiormente convinti della loro capacità di lenire possibili stati d'animo negativi. Tale fattore predice l'utilizzo di strategie di coping adattive e comporta una più bassa incidenza delle conseguenze dello stress lavorativo, come l'ansia e la depressione.

In merito alle strategie di coping, esse possono essere definite delle risorse individuali utilizzate per affrontare eventi e situazioni che mettono alla prova il benessere psicosociale. Nel coping,

individuo e ambiente sono impegnati in un processo interattivo che implica competenze e capacità complesse sul piano cognitivo, emotivo e sociale. Le strategie di coping producono effetti su diversi aspetti del benessere, della salute mentale e degli stili di vita individuali.

Sebbene in letteratura non vi sia una categorizzazione univoca degli stili di coping, è frequente il riconoscimento di strategie incentrate su problem solving, sulle emozioni e sulla ricerca di supporto sociale.

Il coping focalizzato sul problema coinvolge la gestione attiva e/o la riduzione del problema effettivo. Le strategie focalizzate sul problema includono comportamenti orientati a risolverlo, come ad esempio information seeking, suddividere il problema in elementi più facilmente affrontabili e via discorrendo.

Il coping centrato sulle emozioni, invece, è finalizzato all'incremento del benessere a breve termine e comprende strategie orientate a gestire e a cambiare la risposta emozionale evocata dalla situazione problematica, come ad esempio l'evitamento, il ritiro o l'espressione dell'emozione.

I ricercatori, inoltre, distinguono tra coping basato sullo stato e sul tratto.





Il primo riflette la definizione transazionale di coping come processo dinamico, il quale evolve finché il benessere psico-fisico viene ripristinato. La situazione specifica, pertanto, determina la valutazione individuale e la risposta di coping ad uno specifico stressor.

Il coping di tratto, invece, si configura come una risposta relativamente stabile allo stress, che prescinde dalla specificità della fonte stressogena e dalla situazione contingente.

Un'importante specificazione concerne la distinzione tra strategie di coping adattive e disadattive per la persona che le utilizza.

Le prime sono quelle che prevedono il fronteggiamento attivo dello stressor, la ricerca di supporto sociale e motivo o strumentale e la reinterpretazione attraverso una prospettiva maggiormente positiva della situazione, le seconde invece implicano l'eccessiva espressione delle proprie emozioni, l'evitamento della ricerca di soluzioni ed il distacco psicologico dall'evento stressante.

Band e Manuele asseriscono che i poliziotti con modalità di coping disadattive sviluppano con maggiore probabilità una sintomatologia depressiva e tendono a consumare eccessivamente bevande alcoliche.

STRATEGIE DI INTERVENTO FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOLOGICO

Alla luce delle numerose fonti di stress approfondite nei paragrafi precedenti appare di lapalissiana importanza definire alcune strategie di intervento sia a livello individuale che organizzativo, finalizzate da un lato a minimizzare le possibilità di disturbi psicologici dovute all'esposizione a eventi stressanti sul lavoro, dall'altro a promuovere competenza e benessere degli operatori di Polizia penitenziaria.

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

A livello individuale, sono di cruciale importanza gli interventi di selezione efficace, orientati all'individuazione dei tratti di personalità coerenti con i profili di competenza richiesti, e procedure

adeguate di addestramento, che possono essere efficaci nel prevenire lo sviluppo di patologie da stress da lavoro-correlato.

In generale, l'esperienza dell'addestramento permette al poliziotto di gestire efficacemente situazioni problematiche.

Anche il monitoraggio a lungo termine dello stato psicologico degli Agenti di Polizia penitenziaria è di fondamentale rilevanza.

Alla stregua della Direzione centrale di Sanità della Polizia di Stato, sarebbe opportuno che anche il Corpo di Polizia penitenziaria avesse un proprio centro di neurologia e psicologia, che preveda, dopo l'iniziale valutazione psicodiagnostica effettuata all'atto delle prove concorsuali, controlli clinici periodici diretti a tutti gli operatori, e soprattutto a quelli che, nel corso del loro servizio abbiano manifestato chiari segni di stress, come, ad esempio, malesseri generalizzati, insonnia, assenteismo, disinteresse verso il lavoro, cinismo, rigidità di pensiero e di comportamento, tendenza all'irritabilità e all'aggressività.

Un'altra classe di interventi potenzialmente efficaci concerne l'acquisizione di competenze psicologiche finalizzate ad una migliore gestione dello stress e sull'incremento delle abilità di team building, mediante l'attuazione di percorsi formativi e seminari interattivi.

Un programma di intervento funzionale a tale scopo è il Visuo-Motor Behavior Rehearsal (VMBR), introdotto da Suinn all'inizio degli anni Settanta in ambito sportivo, poi trasferita nella formazione ai corpi di polizia con l'obiettivo di migliorare le prestazioni nelle situazioni critiche.

In particolare il programma combina tecniche di rilassamento progressivo, esercizio mentale e raffigurazione mentale delle proprie prestazioni, al fine di controllare il carico emotivo e migliorare la performance nelle situazioni critiche. Il training con VMBR gode di riscontri empirici; è stato dimostrato come esso riduca gli stati d'ansia e migliorare le prestazioni in situazioni di stress provocato da contesti potenzialmente mortali. Il training, pertanto, avrebbe la capacità di migliorare la valutazione dello stimolo ambientale e le aspettative

sulle proprie prestazioni (Salas et al., 1996).

Per quanto riguarda le strategie di intervento a livello organizzativo, i risultati suggeriscono che buona parte delle problematiche risente dell'influenza delle variabili ambientali e che modificando l'ambiente è possibile auspicare ad un miglioramento delle condizioni psicofisiche degli operatori. La letteratura scientifica evidenzia l'importanza della comunicazione efficace tra pari e con i supervisori: Lucchetti (2003) asserisce che modalità di comunicazione efficace tra pari e con i supervisori rappresentano un fattore di protezione nei confronti dello stress, in particolare per quanto attiene allo stress acuto da eventi critici, in cui il supporto di pari, adeguatamente formati all'interno di un programma di gestione di tali eventi risulta valutato positivamente dai poliziotti.

In tali contesti di criticità si è rivelato altrettanto importante il ruolo giocato dai superiori, in quanto si è visto che una loro attenta gestione delle sequenze dell'incidente, produce una significativa diminuzione delle problematiche psicologiche negli operatori coinvolti.

BIBLIOGRAFIA

- Brown J., Fielding J. e Grover J. (1999), Distinguishing traumatic, vicarious and routine operational stressor exposure and attendant adverse consequences in a sample of police officers, «Work and Stress», n. 13, pp. 312-325.
- Iwasaki Y., Mannell R.C., Smale B.J.A. e Butcher J. (2002), A shortterm longitudinal analysis of leisure coping used by police and emergency response service workers, «Journal of Leisure Research», vol. 34, n. 3, pp. 311-339.
- Kop N., Euwema M. e Schaufeli W. (1999), Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers, «Work & Stress», vol. 13, n. 4, pp. 326-340.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), Stress, Appraisal and Coping, Springer Publishing, New York.
- Lepine J. A., Podsakoff N. P., Lepine M. A. (2005), A Meta-Analytic Test of the Challenge Stressor-Hindrance Stressor Framework: an Explanation for Inconsistent Relationship Among Stressors and Performance, in "Accademy of Management Journal", 48, pp. 767-75.
- Loo R. (2001), Effective postvention for police suicide, «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», vol. 2, rivista on line <http://www.massey.ac.nz>.
- Lucchetti L. (2003), L'operatore di Polizia sfida lo stress, Roma, Laurus Robuffo.
- Mayhew C. (2001), Occupational health and safety risks faced by police officers, «Trends & Issues in Crime and Criminal Justice», n. 196, Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Mearns J. e Mauch T.G. (1998), Negative mood regulation expectancies predict anger among police officers and buffer the effects of job stress, «Journal of Nervous and Mental Disease», vol. 186, n. 2, febbraio, pp. 120-125.
- Patterson G.T. (2001), The relationship between demographic variables and exposure to traumatic incidents among police officers, «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», n. 2., rivista on line <http://www.massey.ac.nz>.
- Pietrantonio, L., Prati, G., & Morelli, A. (2003). Stress e salute nelle Forze dell'Ordine. Nuove tendenze della Psicologia, 1(3), 20-41.
- Salas E., Driskell J.E. e Hughes S. (1996), The study of stress and human performance. In J. Driskell e E. Salas (a cura di), Stress and human performance, Mahwah, Erlbaum, pp. 1-45.
- Selye, H. (1956), The stress of life, McGraw-Hill, New York.
- Stephens C., Long N. e Miller S.N. (1997), The impact of trauma and social support on post-traumatic stress disorder: A study of neozealand police officers, «Journal of Criminal Justice», vol. 25, n. 4, pp. 303-314.
- Storch, J.E. e Panzarella, R. (1996), Police stress: State-trait anxiety in relation to occupational and personal stressor, «Journal of Criminal Justice», vol. 24, n. 2, pp. 99-107.
- Violanti J.M. (2001), Post traumatic stress disorder intervention in law enforcement: Differing perspectives, «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», vol. 2.



CAREGIVER BURDEN E STILI DI COPING: UNA POSSIBILE CORRELAZIONE?

Carmela MessaPsicologa psicoterapeuta, specializzata
in Psicologia Clinica, Monopoli

RIASSUNTO

Fornire assistenza a un parente malato che necessita di cure a lungo termine è spesso un'esperienza stressante, che può influire negativamente sul benessere psicologico e sulla salute fisica del *caregiver*. Lo stress legato a questo tipo di assistenza è noto come *caregiver burden*. Tale costrutto ha assunto recentemente molta rilevanza in letteratura, ed è stato indagato sia in generale, in riferimento ai suoi effetti negativi in termini di qualità di vita e benessere psicofisico, che più nello specifico in relazione a diverse variabili relative al caregiver, al paziente assistito e all'ambiente. Una di queste variabili è rappresentata dagli stili di *coping* utilizzati dal caregiver per fronteggiare lo stress legato all'assistenza, intesi come mediatori dell'impatto del caregiving sulla qualità di vita e sul benessere percepito dei caregivers.

PAROLE CHIAVE

caregiving, caregiver burden, coping, qualità di vita, benessere.

INTRODUZIONE

Nella mia pratica clinica lavoro spesso con i caregivers, persone che si prendono cura di un familiare

gravemente malato che necessita di assistenza continuativa. Raramente queste persone arrivano in consultazione con la consapevolezza di aver bisogno loro stesse di aiuto e di sostegno psicologico per fronteggiare il difficile ruolo che ricoprono, più frequentemente si avvicinano alla terapia lamentando problemi di varia natura (disturbi del sonno, difficoltà lavorative, problemi relazionali, sintomi ansiosi o depressivi). Il lavoro con queste persone, al di là della cornice teorica di riferimento, richiede anche un'attenzione alla realtà del loro ruolo assistenziale e alle modalità con cui è possibile sostenerlo in maniera ottimale. In particolare, in letteratura si sostiene l'efficacia dei training sulle strategie di coping per affrontare lo stress legato all'assistenza, partendo dall'ipotesi secondo cui gli stili di coping rappresentino un importante mediatore dell'impatto dell'assistenza sulla qualità di vita e sul benessere percepito dei caregivers.

IL CAREGIVING E IL CAREGIVER BURDEN

Quando parliamo di *caregiving informale* facciamo riferimento all'assistenza gratuita prestata ad un paziente (solitamente un parente, ma non sempre) in condizioni di disabilità e/o non autosufficienza, che necessita di assistenza continuativa a lungo

termine. Si tratta di un ruolo assistenziale in crescita nei paesi industrializzati, a causa dell'allungamento della vita media e dell'incremento della popolazione anziana, della riduzione della mortalità (grazie ai progressi nella diagnostica preventiva e nell'erogazione delle cure) e dell'aumento della prevalenza delle patologie croniche invalidanti. In generale ci riferiamo a tutte quelle situazioni in cui è necessario prendersi cura di un coniuge, un figlio o un genitore gravemente malato: anziani con demenza o non autosufficienti, familiari con patologie fisiche molto gravi e invalidanti (cancro, SLA, altre malattie croniche), familiari con disabilità mentali gravi che ne compromettono il normale funzionamento (schizofrenia e altre forme di psicosi), figli con diagnosi di autismo o di grave ritardo nello sviluppo neurologico.

Il caregiving richiede interventi diversificati e spesso variabili nel tempo. Il caregiver deve occuparsi dell'assistenza diretta, della "sorveglianza passiva" (quando il malato è a letto o bisogna assicurarsi che non arrechi danno a sé o agli altri), e di una serie di altri compiti correlati (questioni amministrative e burocratiche, gestione del rapporto con i medici, ecc.). Il caregiver non è necessariamente chi coabita con il malato; questo elemento può variare nel tempo a seconda delle necessità dell'assistito o della progressione della malattia. Sono altresì variabili l'intensità, il tipo e la durata dell'assistenza prestata.

Allo stato attuale delle disponibilità del Sistema Sanitario Nazionale e della distribuzione dei servizi, possiamo sostenere che il caregiving informale rappresenta una risorsa fondamentale per garantire il mantenimento del malato al proprio domicilio con una buona qualità delle cure. Si tratta di un "prendersi cura" che consolida il legame tra le generazioni, ma che rappresenta al contempo un'attività molto gravosa, in termini di risorse personali, ambientali, ed economiche, anche perché spesso il peso dell'assistenza non è distribuito ma grava su una singola persona (sempre più spesso ci si trova di fronte alla solitudine della diade curato-caregiver). È indubbio che l'assenza o la povertà di risorse erogabili va ad indebolire l'intero sistema di cura,

perché rischia di rompere l'equilibrio su cui si regge l'assistenza.

Numerosi studi hanno indagato l'importanza dell'attività assistenziale svolta dai caregivers e gli effetti sulla qualità di vita e sul benessere psicofisico generati dall'essere costantemente in contatto con la malattia invalidante di un proprio familiare. Da queste ricerche è emerso come spesso "tutelare un diritto ne mette a rischio un altro", nel senso che l'attività di cura diventa lesiva per i diritti dei caregivers alla salute, al riposo, alla vita sociale, alla realizzazione personale, in una parola al proprio benessere soggettivo.

È indubbio che l'assistenza informale viene prestata il più delle volte sotto la spinta di motivazioni affettive, nell'ambito di un legame relazionale, quindi è solitamente associata a sentimenti positivi. Tuttavia, le difficoltà e il carico associato a questo tipo di assistenza sono tanti: il ruolo è assunto in risposta a situazioni di necessità o emergenza (come l'insorgere di una malattia o un incidente), quindi di per sé stressanti; in molti casi la persona che si assume il ruolo di caregiver è impreparata, non ha piena consapevolezza del proprio compito e delle implicazioni per la salute propria e del proprio familiare, non sa bene quello che deve fare, non sa come e a chi chiedere aiuto. Il caregiver può trovarsi a prestare un numero elevato di ore di assistenza, spesso concentrate la notte o nei fine settimana, fatica che si somma a quella quotidiana della normale vita lavorativa e familiare. Si tratta di situazioni ed esperienze che possono incidere notevolmente in maniera negativa sull'emozionalità e la salute psicofisica.

Uno studio del 2008 (Schultz & Sherwood) ha esaminato i dati relativi alla salute fisica e psicologica dei caregivers ricavati dalla letteratura dei precedenti 30 anni, analizzando gli effetti combinati di alcuni fattori, come per esempio l'età, il sesso e lo status socio-economico di chi si prende cura, ma anche la coabitazione con il malato e il tipo e la durata delle cure fornite. Da questa ricerca è emerso che il prendersi cura di un parente malato sembra associato all'insorgenza di sintomi psicologici (principalmente ansia e depressione) e fisici



e sembra avere anche effetti negativi sullo stile di vita (in termini di dieta, qualità del sonno e attività fisica) e sulla sensazione di benessere percepito. In generale l'impatto dell'assistenza sembra essere maggiormente negativo nelle donne, nelle persone meno giovani e negli individui socialmente più isolati. Anche la convivenza con il malato sembra influenzare il livello di stress psicofisico percepito, con la relazione coniugale che sembra essere quella di maggiore impatto negativo. Inoltre, il livello di stress è maggiore quando il malato presenta problemi comportamentali, deficit cognitivi e disabilità fisica. In particolare, il prendersi cura di un parente con *demenza* è associato a livelli elevati di stress, depressione e sintomatologia fisica nel caregiver: il soggetto demente, infatti, richiede maggiore supervisione e vigilanza, esprime meno gratitudine per l'aiuto ricevuto, ed è spesso depresso.

In generale si parla di *caregiver burden* facendo riferimento al "peso assistenziale" derivante dal prendersi cura del proprio parente malato (Novak & Guest, 1989; Pinquart & Sorensen, 2003; Vitaliano et al., 2003; Lucchetti et al., 2009, 2011; D'Anastasio et al., 2012; Litwin et al., 2014; De Beni e Borella, 2015; Ullo e De Domenico, 2015). Si tratta di un costrutto *multidimensionale*, che comprende: - problematiche di tipo psicologico ed emotivo: ansia, depressione, sensazione di affaticamento, pensieri e sentimenti negativi (tristezza, senso di colpa, sensazione di impotenza, frustrazione, sentimenti di solitudine, senso di vuoto, rabbia); - problematiche fisiche: stanchezza, disturbi del sonno, disturbi somatici influenzati dallo stress (mal di testa, problemi gastrointestinali, algie di varia localizzazione). I caregivers spesso riferiscono un peggioramento generale del loro stato di salute dopo l'insorgenza della malattia del loro caro. Possono insorgere comportamenti scorretti che influenzano negativamente lo stato generale di salute: fumare troppo, bere alcol, non prestare attenzione alla dieta e non dedicare il tempo necessario all'attività fisica; - problematiche di tipo lavorativo e sociale: frequentemente l'assunzione del ruolo di caregiver è seguita da un notevole cambiamento nel proprio stile di vita. Si ha molto meno tempo

per sé stessi e per le proprie attività, si fa fatica a concentrarsi sul lavoro, spesso (soprattutto per le donne) ci si sente costretti a chiedere il part-time, possono esserci tensioni familiari (per es. se ci sono anche altre persone che dovrebbero occuparsi dell'assistenza ma non lo fanno, o se il peso dell'assistenza verso un genitore grava sul nucleo familiare del caregiver).

Nella mia attività clinica incontro più frequentemente caregivers di persone con demenza, una diagnosi in forte crescita negli ultimi anni (Secondo le stime dell'Alzheimer's Disease International, nel 2015 i malati di demenza erano più di 46 milioni, con una previsione di raddoppio ogni vent'anni, e con una stima di incidenza di un nuovo caso ogni 3,2 secondi). La demenza può essere considerata un evento di vita fortemente stressante, a causa soprattutto della sua cronicità e del progressivo peggioramento nel corso del tempo; possiamo dire che si tratta di una sindrome "ad alto impatto socio-sanitario", che incide non solo sul malato ma anche sulla sua famiglia, sia per l'impegno assistenziale che per gli aspetti emotivi e relazionali legati a questo tipo di assistenza. Secondo le indagini sul caregiving di persone con demenza, in Italia in circa l'80% dei casi l'assistenza è a carico di un familiare, nella maggior parte dei casi figli che si prendono cura di un genitore, e sono soprattutto le donne a ricoprire il ruolo di caregiver (con percentuali molto alte nei diversi studi). In un caso su tre la cura di una persona anziana ricade su una persona a sua volta anziana (solitamente una donna anziana che assiste una mamma con più di 80 anni). La combinazione di sforzo fisico e psicologico che la cura di un malato con demenza richiede può determinare nel caregiver un vero e proprio deterioramento della salute generale, fino a renderlo una "seconda vittima" (D'Anastasio et al., 2012) delle patologie invalidanti che colpiscono l'anziano e, in quanto tale, a sua volta bisognoso di assistenza. Lo strumento attualmente più utilizzato per la misurazione del peso assistenziale nei caregivers è il *Caregiver Burden Inventory* (CBI, Novak & Guest, 1989), inizialmente elaborato per i caregivers di pazienti affetti da demenza, ma attualmente

utilizzato per valutare il burden assistenziale associato anche ad altre patologie. Il CBI è composto da 24 items, che fanno riferimento a cinque aree di problematicità legate all'assistenza: burden tempo-correlato (restrizioni nel tempo personale del caregiver), burden evolutivo (senso di fallimento relativo alle proprie speranze e aspettative), burden fisico (stress fisico e disturbi somatici), burden sociale (conflitti nel lavoro e nella famiglia), burden emotivo (sentimenti negativi verso il paziente).

Come già sottolineato, il caregiver burden è stato studiato in relazione a diverse variabili, sia oggettive che soggettive, relative a caregiver, paziente e ambiente, considerate come *mediatori* dell'impatto del caregiving sulla qualità di vita e sul benessere percepito. Tra queste, molto interessante è considerare le strategie di *coping*, spesso un elemento centrale degli interventi di sostegno ai caregivers (vd. Selwood et al., 2007; Livingston et al., 2013; De Beni e Borella, 2015; Borella e Faggian, 2019).

STRATEGIE E STILI DI COPING

I processi di *coping* sono concettualizzati come dimensioni psicologiche coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti. In maniera più specifica, si parla di *coping* in riferimento all'insieme di sforzi cognitivi e comportamentali che il soggetto mette in atto in risposta a determinate richieste, interne e/o esterne, che valuta eccedenti rispetto alle sue risorse. Il coping è pertanto un processo dinamico, in cui individuo e ambiente si influenzano a vicenda, che comprende una serie di tentativi intenzionali e finalizzati a contenere l'impatto negativo dell'evento valutato stressante (cfr. Lazarus and Folkman, 1984; Lazarus, 1991, 1996; Zeidner & Endler, 1996; Zani e Cicognani, 1999; Steca et al., 2001; Connor-Smith & Compas, 2004). Una distinzione comunemente accettata in letteratura è quella proposta da Lazarus e Folkman (1984), tra *problem-focused coping* (coping centrato sul problema) e *emotion-focused coping* (coping centrato sulle emozioni). Il coping centrato sul problema ha come elemento fondamentale l'azione, consistendo nel tentativo di modificare/risolvere la situazione percepita come stressante. Il coping

centrato sulle emozioni consiste nella regolazione delle emozioni negative conseguenti alla situazione stressante; non sempre si tratta di un atteggiamento passivo, talvolta questo tipo di strategie comporta uno sforzo cognitivo che spesso esita in una nuova attribuzione di significato.

Un secondo filone di indagine distingue tra strategie *finalizzate all'approccio* e strategie *finalizzate all'evitamento* (Miller, 1987; Atala e Carter, 1993; Stanton e Snider, 1993). Quando gli individui esperiscono un maggiore senso di controllo, sembra facciano maggiormente ricorso a strategie finalizzate all'approccio, che sono considerate più adatte rispetto alle strategie di evitamento (utili solo nel breve termine, per esempio in caso di eventi improvvisi e incontrollabili).

Molte ricerche infine si sono concentrate sulla *ricerca di sostegno sociale*, che rappresenterebbe una comune dimensione sottostante a molte strategie di coping (cfr. Lazarus, 1996).

Secondo Carver e Scheirer (trad. it. 2004), le strategie di coping che l'individuo utilizza dipendono dalle sue aspettative di raggiungere un obiettivo/risolvere un problema. Questo modello concettuale ha guidato gli autori nella costruzione di un questionario self-report per la rilevazione delle strategie di coping, il *COPE* (Coping Orientations to Problem Experienced), che nella sua versione finale è costituito da 60 items, attraverso i quali il soggetto risponde sulla frequenza (su scala da 1 a 4, da "di solito non lo faccio" a "lo faccio quasi sempre") con cui mette in atto i processi di coping descritti. Il questionario indaga l'utilizzo di quindici diverse strategie di coping (Attività, Pianificazione, Soppressione di attività competitive, Contenimento, Ricerca di informazioni, Ricerca di comprensione, Sfogo emotivo, Reinterpretazione positiva e crescita, Accettazione, Dedicarsi alla religione, Umore, Negazione, Distacco comportamentale, Distacco mentale, Uso di droghe/alcol).

Attualmente è disponibile una versione aggiornata dello strumento (COPE-NVI, Nuova Versione Italiana, Sica et al., 2008). L'analisi fattoriale condotta su questa versione ha permesso di raggruppare le strategie in cinque dimensioni: Sostegno sociale,



Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Orientamento al problema e Orientamento trascendente. È stata valutata la correlazione di queste dimensioni con alcune misure del benessere e del disagio psicologico: coerentemente con la letteratura precedente, le strategie raggruppabili nelle dimensioni *Orientamento al problema* e *Attitudine positiva* risultano più adattive, cioè maggiormente correlate con misure positive del benessere, al contrario delle strategie di *Evitamento*. Il Sostegno sociale e l'Orientamento trascendente, invece, non sono risultate correlate al benessere psicologico: queste modalità, se usate in maniera esclusiva, non sono sufficienti a garantire una condizione di benessere, anzi potrebbero rinforzare un atteggiamento di passività (risultano infatti correlate ai punteggi di preoccupazione patologica nel PSWQ-Penn State Worry Questionnaire).

CAREGIVER BURDEN E STRATEGIE DI COPING: QUALE CORRELAZIONE

La correlazione tra Caregiver Burden e strategie di coping è stata meno studiata rispetto a quella con altri *mediatori*, come alcuni fattori sociodemografici e tratti di personalità (cfr. De Beni e Borella, 2015). La maggior parte degli studi finora condotti ha riguardato gli stili di coping e il livello di burden in caregivers di pazienti con patologia psichiatrica (Chad-da et al., 2007; Cotton et al., 2013; Ghannam et al., 2017; Dadson et al., 2018; Aylaz and Yildiz, 2018). In uno studio del 2017 (Aylaz & Yildiz) si è cercato di esaminare proprio la capacità di fronteggiare lo stress e il peso dell'assistenza in caregivers di pazienti con patologia psichiatrica cronica, attraverso la comparazione dei punteggi ottenuti alla Zarit Burden Interview (vd. Zarit et al., 1980) per la misurazione del caregiver burden e allo Styles of Coping Inventory (vd. Folkman & Lazarus, 1980) per le strategie di coping. I caregivers di questo studio hanno dichiarato di utilizzare sia strategie "emotion-focused" che strategie "problem-focused", il caregiver burden è risultato correlato con le strategie di coping inadeguate e le strategie di coping più efficaci sono risultate positivamente correlate con livelli di istruzione e redditi più elevati.

Una ricerca correlazionale del 2017 (Ghannam et al.) ha analizzato il caregiver burden (attraverso il Burden Assessment Schedule di Thara et al., 1998) in relazione all'emotività espressa (EE), le strategie di coping (rilevate con il COPE di Carver, 1997) e le caratteristiche di personalità di caregivers di pazienti con grave patologia psichiatrica (disturbo bipolare e schizofrenia). Le strategie di *evitamento* sono risultate correlate a una percezione più elevata del carico assistenziale da parte dei caregivers, e gli autori raccomandano il ricorso a strategie efficaci di coping, anche attraverso appositi interventi di sostegno al caregiver, come importante possibilità per attenuare la percezione del carico assistenziale.

Anche in uno studio longitudinale del 2007 (Chad-da et al.) le strategie di coping basate sull'*evitamento*, misurate questa volta con la Ways of Coping Checklist (per un approfondimento vd. Folkman & Lazarus, 1980; Vitaliano et al., 1985) sono risultate correlate ai livelli di caregiver burden (rilevati attraverso la Burden Assessment Schedule di Thara et al., 1998).

Ancora in uno studio di Cotton e collaboratori (2013) le strategie di *evitamento* sono risultate correlate al disagio psicologico, all'eccessivo coinvolgimento emotivo e all'aumento del burden in caregivers di giovani con esordio psicotico. Circa la metà dei caregivers coinvolti in questo studio ha riferito (alla Ways of Coping Checklist) di usare frequentemente tecniche efficaci di coping, come il dialogo interiore, il problem solving attivo e la ristrutturazione positiva, e gli autori hanno sottolineato l'importanza di promuovere interventi per i caregivers che facilitino il ricorso a strategie di coping considerate adattive.

Altri studi hanno indagato la correlazione tra strategie di coping e caregivers burden in caregivers di pazienti anziani. Del-Pino-Casado e collaboratori (2011) hanno condotto una review di articoli sugli effetti delle strategie di coping sul burden soggettivo in caregivers informali di anziani. Sono stati considerati gli studi originali che mettevano in correlazione il burden soggettivo con le strategie di coping, concettualizzate in modo da essere

compatibili con le classificazioni di Lazarus & Folkman o Moos e collaboratori, dal primo anno incluso in ciascun database fino a gennaio 2010. Dopo un'attenta valutazione sulla qualità delle ricerche esaminate, sono stati considerati solo dieci studi, dai quali è emersa una correlazione tra uso di strategie di *evitamento* e *burden* soggettivo nei caregivers.

Molti sono gli studi che hanno considerato il caregiver *burden* nei caregivers di pazienti con demenza, ma pochissimi quelli che hanno messo in relazione i livelli di *burden* con le strategie di coping. In questi studi è emerso il ricorso sia a strategie centrate sul problema che a strategie centrate sulle emozioni, talvolta in associazione a fasi diverse della malattia. Per esempio nelle prime fasi della malattia, quando i sintomi non sono ancora gravi o totalmente comprensibili, può essere frequente (e in qualche modo adattiva) la negazione; successivamente il caregiver avrà bisogno di utilizzare delle strategie più elaborate per ridurre il livello di stress.

Uno studio del 1997 (Almberg et al.) ha esaminato lo stress dei caregivers (concettualizzato come *burnout*) e le strategie di coping messe in atto, evidenziando una correlazione tra alto *burnout* e strategie *emotion-focused* (nello specifico, speranza, stoicismo, afflizione, preoccupazione, autoaccusa, accettazione), mentre livelli più bassi di *burnout* sono risultati associati all'utilizzo di strategie *problem-focused* (affrontare il problema e cercare un modo per risolverlo, procurarsi informazioni, procurarsi supporto sociale).

Uno studio correlazionale del 2011 (Papastavrou et al.) ha considerato il caregiver *burden* e le strategie di coping in 172 caregivers di pazienti con demenza di Alzheimer. Il caregiver *burden* è stato misurato con la versione greca della Caregiver Burden Scale di Zarit e collaboratori (Zarit et al., 1980; Papastavrou et al., 2007), una scala *self-report* di 22 items, mentre le strategie di coping sono state valutate con una versione modificata del Ways of Coping Questionnaire (Folkman & Lazarus, 1988), in cui sono state individuate cinque sottoscale, raggruppabili nelle due dimensioni del coping attivo e dell'*evitamento*. Mentre il coping

attivo correla negativamente con il *burden*, questo sembra correlare positivamente con la dimensione dell'*evitamento*, principalmente con gli items della sottoscala denominata "*wishful thinking*". Il ricorso a questa strategia in particolare da parte dei caregivers è stato addirittura associato a una riduzione dell'età di sopravvivenza dei pazienti con demenza (McClendon et al., 2004).

Snyder e collaboratori (2015) hanno condotto uno studio longitudinale sull'associazione nel tempo (hanno considerato un arco temporale di 5 anni) tra strategie di coping ed esiti di salute fisica e mentale in un campione di 226 caregivers di pazienti con demenza. Le strategie di coping sono state valutate con la Ways of Coping Checklist-Revised (Vitaliano et al., 1985), mentre lo stato di salute fisica e mentale dei caregivers è stato valutato attraverso il Beck Anxiety Inventory (BAI- Beck & Steer, 1990) e attraverso un questionario sullo stato di salute. Dalla ricerca è emerso che il ricorso alle diverse strategie di coping ha un andamento stabile nel tempo, e che alcune strategie sono associate a esiti di salute più negativi. In particolare, le strategie "*incolpare sè stessi*" e "*wishful thinking*" sono risultate associate a livelli più elevati di ansia, e inoltre un ricorso maggiore alla strategia "*incolpare gli altri*" nei maschi e alla "*wishful thinking*" nei caregivers più giovani ha mostrato una correlazione con un peggiore stato di salute autoriferito (in base alle risposte al questionario). Gli autori sottolineano l'importanza delle strategie di coping per la salute e il benessere dei caregivers, e riflettono sulla possibilità di utilizzare le ricerche condotte fino a questo momento per individuare sottogruppi di caregivers "*a rischio*" di sviluppare esiti peggiori di salute, a cui rivolgere opportuni interventi per promuovere l'utilizzo di strategie di coping efficaci.

CONCLUSIONI

Si parla molto di strategie di coping e del loro impatto sulla salute fisica e psicologica delle persone (per una rassegna vd. Zani e Cicognani, 1999), tanto che queste sono state anche considerate un importante mediatore degli effetti del caregiving



sulla qualità di vita e sul benessere psicofisico dei caregivers. Molti studi infatti hanno indagato gli esiti, su salute emotiva e fisica dei caregivers, di opportuni training miranti all'acquisizione di strategie di coping efficaci, evidenziando nella maggior parte dei casi risultati positivi (Acton & Kang, 2001; Brodaty et al., 2003; Akkerman & Ostwald, 2004; Selwood et al., 2007; Parker et al., 2008; Livingston et al., 2013; Ullo e De Domenico, 2015). Nell'indagine sulla correlazione tra strategie di coping e burden nei caregivers c'è però una evidente difficoltà a integrare i risultati ottenuti dalle ricerche, a causa dei diversi strumenti utilizzati, a cui spesso sottendono definizioni differenti dello stesso costrutto. È il caso soprattutto del costrutto di coping, la cui eterogeneità nella misurazione riflette la variabilità delle definizioni e delle sotto-classificazioni che si sono sviluppate nel tempo. In generale negli studi esaminati si evidenziano esiti peggiori quando è preponderante il ricorso a strategie di evitamento, tuttavia tale dimensione può comprendere strategie diversificate e variamente definite, a seconda di quale scala di misurazione è stata utilizzata. Sarebbe interessante avere la possibilità di confrontare i contenuti dei programmi di training per le strategie di coping ritenuti efficaci con la concettualizzazione delle dimensioni del coping considerate adattive nei diversi modelli proposti.

BIBLIOGRAFIA

- Acton G.J. & Kang J. (2001). "Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult With Dementia: A Meta-Analysis". *Research in Nursing & Health*, 24:349-360.
- Akkerman, R.L. & Ostwald, S. (2004) "Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention". *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19:117-23.
- Atala, K.D. & Carter, B.D. (1993). "Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention". *Child Psychiatry and Human Development*, 23: 117-130.
- Aylaz, R. & Yıldız, E. (2018). "The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers". *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 54 Issue 2: 230-241.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *BAI manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Borella, E. e Faggian, S. (2019). *Sostenere chi sostiene. Strumenti e indicazioni per supportare chi si occupa di persone con demenza*. Franco Angeli.
- Brodaty, H., Green, A., Koschera, A. (2003). "Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia". *Journal of American Geriatrics Society*, 51: 657-664.
- Carver, C.S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope". *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2004). *Autoregolazione del Comportamento*. Trento: Erickson.
- Chadda R.K., Singh T.B. & Ganguly KK. (2007). "Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11): 923-930.
- Connor-Smith, J.K. & Compas, B.E. (2004). "Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems". *Cognitive Therapy and Research*, 26: 39-55.
- Cotton, S.M., McCann, T.V., Gleeson, J.F., Crisp, K., Murphy, B.P. & Lubman, D.I. (2013). "Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis". *Schizophrenia Research*, 146(1), 118-124.
- Del-Pino-Casado, R., Firas-Osuna, A., Palmino-Moral, P.A. & Pancorbo-Hidalgo P.L. (2011). "Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: A quantitative systematic review". *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2311-2322.
- Dadson, D.A., Annor, F. & Salifu Yendork, J. (2018). "The Burden of Care: Psychosocial Experiences and Coping Strategies among Caregivers of Persons with Mental Illness in Ghana". *Issues*

- in *Mental Health Nursing*, 39(11): 915-923.
- D'Anastasio, C., Ferriani, E., Ciarrocchi, R., Tale-rico, T., Struffi, M., Tabarroni, S., Ruggero, C. e Pedone, V. (2012). "Demenza: qualità di vita e salute psichica del caregiver". *G. Gerontol.*, 60: 99-105.
 - De Beni, R. e Borella, E. (a cura di) (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Il Mulino.
 - Faronbi, J.O. (2018). "Correlate of burden and coping ability of caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 32 Issue 4: 1288-1296.
 - Ferrara, M., Langiano, E., DBrango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L. & Bauco, C. (2008). "Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers". *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1): 93.
 - Folkman S., Lazarus R.S. (1980). "An analysis of coping in a middle-aged community sample". *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3): 219-239.
 - Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). "Coping as a mediator of emotion". *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 466-475.
 - Ghannam, B.M., Hamdan Mansour, A.M. & Al Abeiat, D.D.(2017). "Psychological Correlates of Burden Among Jordanian Caregivers of Patients With Serious Mental Illness". *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 53 Issue 4: 299- 306.
 - Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
 - Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Pxxford University Press.
 - Lazarus, R.S. (1993). "Coping theory and research: Past, present and future". *Psychosomatic medicine*, 55, 237-247.
 - Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw- Hill.
 - Litwin, H., Stoeckel, K.J. & Roll, A. (2014). "Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers". *Aging Ment Health*, 18(2): 225-231.
 - Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., Livingston, D., Mummery, C., Walker, Z., Hoe, J., Sampson, E. and Cooper, C. (2013). "Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomized controlled trial". *British Medical Journal*, 347: f6276.
 - Lucchetti, L. Porcu, N., Dordoni, G. e Franchi, F., 2011. "Il carico soggettivo dei familiari (caregiver burden) di anziani con polipatologia ricoverati in una unità operativa di geriatria ospedaliera per acuti". *Giornale di gerontologia*, 59: 217-224.
 - Luchetti L., Uhummwangho E., Dordoni G., Lorigo, A., Barbieri, S., Bolognesi, A.G., Gobbi, g., Franchi, F. (2009). "The subjective feeling of burden in caregivers of elderly with dementia: how to intervene?". *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 49(Suppl 1):153-161.
 - McClendon, M.J., Smyth, K.A. & Neundorfer, M.M. (2004). "Survival of persons with Alzheimer's disease: Caregiver coping matters". *Gerontologist*, 44: 508-519.
 - Miller, S.M. (1987). "Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
 - Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1993). "Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures". In Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds), *Handbooks of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.
 - Novak, M. & Guest, C. (1989). "Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory". *Gerontologist*, 29: 798-803.
 - Papastavroua, E., Tsangarib, H., Karayiannisc, G., Papacostasd, S., Efstathioua, G. & Sourtz, P. (2011). "Caring and coping: The dementia caregivers". *Aging & Mental Health*, Vol. 15, No. 6: 702-711.
 - Parker, D., Mills, S. & Abbey, J. (2008). "Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review". *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2): 137-172.
 - Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). "Differences



- between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2): 250-267.
- Schultz, R. and Sherwood, P.R. (2008). "Physical and Mental Health Effect of Family Caregiving". *American J. Nurs.*, 108, 23-27.
 - Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., and Livingston, G. (2007). "Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia". *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3): 75-89.
 - Snyder, C.M., Fauth, E., Wanzeka, J., Piercy, K.W., Norton, M.C., Corcoran, C., Rabins, P.V., Lyketsos, C.G. & Tschanz, J.T. (2015). "Dementia caregivers' coping strategies and their relationship to health and well-being: the Cache County Study". *Aging & Mental Health*, Vol. 19 (5):390-399.
 - Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). "Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study". *Health Psychology*, 16-23.
 - Steca, P., Acardo, A. e Capanna, C. (2001). "La misura del coping: differenze di genere e di età". *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235: 47-56.
 - Thara, R., Padmavati, R., Kumar, S. & Srinivasan, L. (1998). "Burden Assessment Schedule. Instrument to assess burden on caregivers of chronic mentally ill". *Indian Journal of Psychiatry*, 40(1), 21.
 - Ullo, A. e De Domenico, C., 2015. "Il caregiver vittima nascosta della demenza: letteratura a confronto". *Psicogeriatría*, 2, 46-52.
 - Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). "The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties". *Multivariate Behavioral Research*, 20: 3-26.
 - Vitaliano, P.P., Zhang, J. & Scanlan, J.M., 2003. "Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis". *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 6, 946- 972.
 - Zanetti, O., Frisoni, G.B., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V. e Trabucchi, M., 1998. "Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors". *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 13: 358-367.
 - Zani, B. e Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Carocci: Roma.
 - Zarit, S.H., Reever, K.E. & Back-Peterson, J. (1980). "Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden". *The Gerontologist*, 20, 649-655.
 - Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.) (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Oxford, England: John Wiley & Sons.





IL DISTURBO DI PANICO: IL DIARIO DI V.

Dalila A. Manti

Psicologa, Psicologa giuridica,
Specializzanda in psicoterapia
cognitivo-comportamentale
ad indirizzo neuropsicologico presso
Istituto Santa Chiara, Lecce

RIASSUNTO

Il presente contributo mira ad illustrare il Disturbo di Panico all'interno di una cornice teorica di matrice cognitivo – comportamentale. Il Disturbo di Panico è tra i più frequenti disturbi dello spettro ansioso ed è una manifestazione d'ansia intensa, breve e transitoria, caratterizzata da paura, apprensione e preoccupazione accompagnata da sintomi somatici (palpitazioni, tremore, sensazione di soffocamento) e cognitivi (depersonalizzazione, derealizzazione). Sul piano soggettivo sono riferite sensazioni di impotenza, disagio e terrore culminanti, spesso, nella paura di morire, impazzire e perdere il controllo, la cui interpretazione negativa sembra essere un importante fattore di rischio.

Dopo un breve inquadramento diagnostico verrà presentato il modello teorico di riferimento che prende in esame le variabili interne ed esterne all'individuo coinvolte nell'attivazione dei meccanismi che definiscono il circolo vizioso del panico. Saranno, poi, presentate brevemente le principali tecniche di trattamento cognitivo-comportamentale e, infine, verranno allegati alcuni stralci di appunti del diario tenuti da una paziente trattata.

PAROLE CHIAVE

panico, ansia, pensieri disfunzionali, evitamenti, terapia cognitivo-comportamentale.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Il DSM-5 definisce il disturbo di panico in funzione dei seguenti criteri (APA, 2013):

a) Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesie
11. Derealizzazione o depersonalizzazione
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire"
13. Paura di morire

b) Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le conseguenze (perdere il controllo, avere un attacco cardiaco,



impazzire)

2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari)
- c) L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (ipertiroidismo, disturbi cardipolmonari)
- d) Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale

Storicamente la prima definizione di attacco di panico fu attribuita da un medico militare ad alcuni soldati reduci dalla guerra civile americana, egli lo denominò "sindrome del cuore irritabile" (riportato in Gilberti, Rossi 2009). Il disturbo di panico, infatti, si definisce come uno stato psicofisico caratterizzato da sensazioni di apprensione, incertezza, paura, ansia, allarme con anticipazione di eventi negativi possibili e verso i quali si sperimenta impotenza. Alla sintomatologia cognitivo-emotiva si accompagnano manifestazioni neurovegetative, cioè le vie efferenti del circuito ansia-paura innescano una risposta automatica che chiama in causa il sistema simpatico e parasimpatico determinando sintomi somatici come: aumento della sudorazione, tachicardia, tensione muscolare, aumento della pressione sanguigna, tremori, iperpernea, tachipnea, disturbi dell'apparato digerente e urinario. Il disturbo di panico è uno dei disturbi d'ansia più diffusi (APA, 2013), perciò, al fine di approdare ad una sua esaustiva concettualizzazione, è fondamentale definire la differenza che intercorre tra ansia e paura.

La paura è una manifestazione fisiologica innata che permette di affrontare, con un livello di attivazione neurofisiologico adeguato, un eventuale e reale pericolo. Essa ha, quindi, una funzione adattiva in quanto garantisce all'individuo, attraverso l'attivazione del sistema flight or fight (Cannon, 1914), di operare sull'ambiente. "L'uomo è forse la creatura più timorosa che ci sia, poiché alla paura elementare dei predatori e dei membri ostili della

sua stessa specie, si aggiungono le paure esistenziali, portate dal suo stesso intelletto" (Eibl-Eibesfeldt, 1995, citato da LeDoux, 1996, p. 133). Gli studi condotti da LeDoux sulla paura dimostrano come l'informazione e gli stimoli vengano elaborati attraverso due vie, la via breve e la via lunga, che costituiscono, insieme all'amigdala, "il circuito della paura". L'amigdala è il centro della regolazione di risposte automatiche e comportamentali legate alla paura stessa, essa regola l'attribuzione di significato emotivo ad uno stimolo. I circuiti coinvolti nell'elaborazione dello stimolo, quindi, sono due: la via breve ipotalamo-amigdala (sottocorticale) è veloce e automatica, origina da stimoli esterni percepiti dagli organi di senso che li traducono in impulsi elettrici che convogliano l'informazione al talamo e in seguito all'amigdala per la successiva elaborazione. Da qui nuovi impulsi elettrici comunicano agli organi effettori (polmoni, muscoli, cuore) la pronta attivazione dell'organismo in termini di acting out e azione finalizzata ad esprimere l'emozione. Quindi questo sistema di trasmissione fornisce all'amigdala una rappresentazione grossolana dello stimolo in quanto non mediata dalla neocorteccia. Di fronte ad un pericolo potenziale il circuito trasmette direttamente all'amigdala che attiva il sistema attacco-fuga assicurando la sopravvivenza dell'organismo, tale processo è funzionale nelle situazioni pericolose (LeDoux, 1996). I ricordi a forte risonanza emotiva codificati dall'amigdala inoltre, sono resistenti all'estinzione (LeDoux, 1992). La via più lunga, cortico-amigdaloidea, è invece più lenta e implica un'accurata valutazione del potenziale pericolo a livello corticale. Le informazioni, quindi, dal talamo arrivano all'ippocampo e alla corteccia pre-frontale. L'ippocampo riveste un ruolo importante nel compiere raffronti con le nostre esperienze passate ed è in grado di fornire informazioni sul contesto attorno all'oggetto della paura. La corteccia pre-frontale rappresenta una sorta di sistema di regolazione delle emozioni automatiche della paura. Qui vengono integrate tutte le informazioni sensoriali, emozionali, culturali e personali per calibrare un piano d'azione appropriato ai bisogni e al contesto della situazione incontrata.

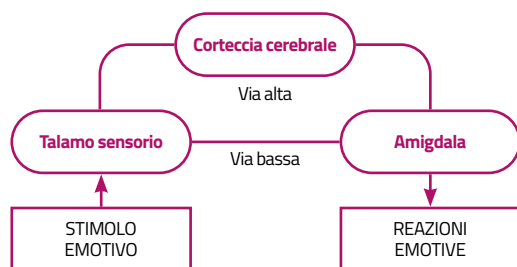


Grafico 1 - Il circuito della paura (LeDoux, 1996)

L'ansia è concettualizzata come una reazione alla percezione di una minaccia (Beck, Emery e Greenberg, 1985; Beck, 1976), si pone come un sistema di risposta multidimensionale che coinvolge il piano cognitivo, emotivo, comportamentale e fisiologico. Si attiva di fronte a eventi di vita particolarmente stressanti garantendo l'attivazione di iniziative comportamentali utili all'adattamento. Diviene disfunzionale quando, dotata di una propria autonomia, si manifesta indipendentemente da cause esterne scatenanti provocando nell'individuo un alto grado di sofferenza che ne compromette il normale funzionamento attraverso, ad esempio, l'evitamento di situazioni vissute come potenzialmente pericolose. Si parla, quindi, di ansia anticipatoria che consiste nella paura del possibile verificarsi di un attacco di panico.

L'approccio cognitivo-comportamentale fa riferimento alla teoria bifattoriale di Mowrer (1960) per spiegare, attraverso le teorie dell'apprendimento, il modello eziologico dell'ansia. Questa teoria poggia, quindi, sul condizionamento classico e sul condizionamento operante. Pavlov (1927) notò, durante i suoi esperimenti, che i cani aumentavano la salivazione (RI) quando gli veniva introdotto in bocca del cibo (SI), dopo diverse somministrazioni la loro reazione era tale anche quando vedevano semplicemente lo sperimentatore o il cibo pur non avendo alcuna sostanza in bocca. Pavlov introdusse allora un campanello (SN). L'esperimento che dimostrò l'esistenza del condizionamento classico fu l'associazione del suono di una campanella (SC) al cibo. Per ottenere questo risultato, Pavlov collegò ai cani un misuratore di salivazione, egli

suonava una campanella e subito dopo dava il cibo ai cani. Alla vista del cibo, naturalmente, i misuratori indicavano salivazione (RC) nei cani. Dopo aver presentato un certo numero di volte i due stimoli (campanella e cibo) in modo concomitante, Pavlov riuscì a creare un'associazione. Lo strumento sperimentale usato da Skinner (1938), invece, era la Skinner box: una gabbia in cui la cavia poteva esplorare liberamente l'ambiente e compiere comportamenti come pigiare una leva o premere un tasto. Alcuni comportamenti messi in atto dalla cavia erano però rinforzati, il che rendeva più probabile la ripresentazione, in futuro, del comportamento stesso. Ad esempio, se un piccione cavia scopriva che il pigiare un tasto portava all'erogazione del cibo (rinforzo), allora lo ripeteva più e più volte.

Il condizionamento classico si basa sull'associazione ripetuta tra uno stimolo neutro (SN) e uno incondizionato (SI) in modo che lo stimolo neutro (SN) sia in grado di elicitare una risposta condizionata (RC), divenendo così uno stimolo condizionato (SC). L'associazione tra stimolo condizionato e risposta d'ansia, in effetti, potrebbe formarsi in qualsiasi momento di vita. Questo condizionamento, però, non si estingue spontaneamente perché viene rinforzato per effetto del condizionamento operante che spiega l'attivazione di risposte emesse indipendentemente da stimoli identificabili che vengono continuamente rinforzate (o indebolite) dalle conseguenze prodotte sull'ambiente. Il condizionamento operante chiarisce, ad esempio, i comportamenti di evitamento e i meccanismi di generalizzazione dello stimolo. In sintesi le paure sarebbero apprese per effetto del condizionamento classico grazie all'associazione tra un evento emotivo sgradevole e una certa situazione stimolo. Queste, poi, si manterrebbero per effetto del condizionamento operante, la sensazione sgradevole elicitata dalla situazione stimolo porta il soggetto ad attivare risposte di evitamento che finiscono per rafforzare tale associazione.

IL MODELLO TEORICO

Il modello standard dei disturbi d'ansia pone al



centro le specifiche interpretazioni di uno stimolo interno o esterno valutato come pericoloso (Beck, 1985). La valutazione di pericolo per la minaccia di uno specifico scopo diviene fondamentale per l'analisi differenziale, infatti ognuno dei disturbi d'ansia ha uno specifico scopo che viene percepito come minacciato (Beck ed Emery, 1985), nel disturbo di panico, per esempio, gli stimoli vengono interpretati come pericolo catastrofico per la salute. Il modello di Clark (1986; Salkovskis, 1988; Wells, 1997) è sicuramente uno dei principali modelli esplicativi del Disturbo di panico. Egli ritiene che il panico sia l'esito di interpretazioni catastrofiche di normali sensazioni corporee. L'individuo è costantemente impegnato nel monitoraggio dei sintomi fisici e dell'ambiente circostante in attesa di incombenze negative. Ciò relega il soggetto in un costante stato d'ansia che lo incastra in un circolo vizioso in cui i sintomi dell'attivazione fisiologica vengono erroneamente letti come una conferma dell'interpretazione negativa e catastrofica che di conseguenza incrementa l'ansia. Infatti lo stimolo interpretato in termini preoccupanti scatena attenzione costante e selettiva e diviene pregnante attraverso rimuginazioni. L'aumento dell'attenzione da un lato incrementa l'intensità delle sensazioni fisiche (tachicardia, tremori....) dall'altro le sovrappone con i normali sintomi d'ansia generati da interpretazioni di pericolo (Clark, 1996; Clark e Fariburn, 1997). Il rimuginio (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec, Lyonfields, Wisner e Diehl, 1993; Borkovec, Ray e Stober, 1998) costituisce, quindi, un fattore di mantenimento per l'ansia, determinandone l'aggravamento. Questo circolo vizioso viene, dunque, supportato da tre elementi: comportamenti di evitamento, comportamenti protettivi associati alla situazione e processi di attenzione selettiva. Il modello cognitivo di Clark conferisce senso alla natura imprevedibile degli attacchi di panico e al potere dei triggers di attivare sensazioni somatiche legate all'arousal e ai processi cognitivi che reggono, e rendono credibili, le rappresentazioni catastrofiche connesse. Il ripetersi degli episodi di ansia e panico induce la persona a temere che questi si ripetano, sviluppando aspettative che a

loro volta diventano attivanti (Taylor, 2000) anticipando la sensazione sgradevole e abbassando la soglia di percezione delle stesse, col risultato che esse saranno percepite più facilmente e con maggiore intensità (Wells, 1997).

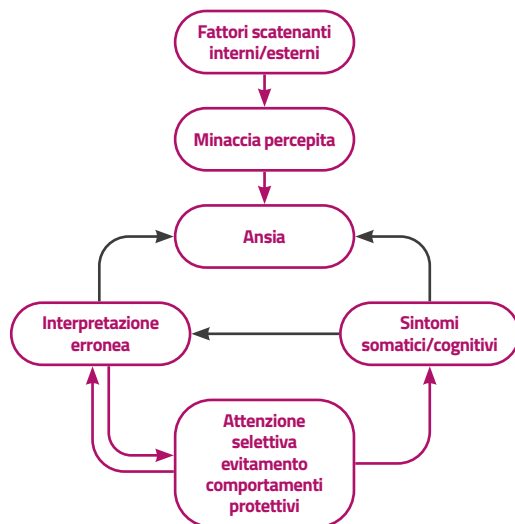


Grafico 2 - Modello del circolo vizioso del panico (Clark, 1986)

I contenuti cognitivi che definiscono il nucleo centrale dei disturbi d'ansia sono: la tendenza all'ipercontrollo, l'intolleranza all'incertezza, il timore dell'errore e il perfezionismo. L'intolleranza all'incertezza si definisce come l'incapacità a sopportare, a livello emotivo, anche la minima possibilità che il pericolo temuto possa verificarsi. Proviene, probabilmente, dall'assunzione ansiogena che una situazione incerta porti al fallimento, frutto del restringimento attenzionale tipico del soggetto ansioso che anticipa cognitivamente la catastrofe (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas e Ladouceur 1994). La dimensione cognitiva che potrebbe specificare la tendenza al perfezionismo è il timore dell'errore (Hamacheck, 1978), il soggetto ansioso non ammette incertezze e tenderà ad interpretare ogni minima discrepanza dall'obiettivo da raggiungere come un fallimento globale dello stesso. Ciò come frutto della scarsa flessibilità cognitiva che porta il soggetto ad aspettarsi che i suoi scopi

debbano avverarsi perfettamente. Lo scopo terminale, in questo caso, non è il raggiungimento del successo ma è un bisogno protettivo, è una strategia di coping volta all'evitamento del danno e dettata dal bisogno di controllo. Secondo Wells (2000, pp. 18-20) "le credenze riguardanti sé stessi si possono definire come un insieme di credenze metacognitive che dirigono l'attenzione e le valutazioni del soggetto in un senso negativo o positivo, e svolgono un ruolo chiave nella psicopatologia dell'ansia e dei disturbi emozionali in generale". Queste credenze autovalutative assumono un carattere di rigidità e ipergeneralizzazione di matrice negativa e portano il soggetto ansioso a definire sé stesso come incapace di fronteggiare incombenze improvvise. L'individuo teme di non essere in grado di controllare il proprio comportamento e le proprie emozioni, teme, quindi, di mostrarsi ansioso, spaventato, a disagio e sentirsi inadeguato, debole e fragile.

Il controllo è stato definito da Seligman (1975) come "la percezione soggettiva di una relazione contingente tra la risposta ad un evento temuto e un risultato di evitamento del danno", la tendenza all'ipercontrollo è sicuramente lo scopo finale del sistema cognitivo ansioso. Il soggetto è alla continua ricerca dell'illusione della certezza assoluta che egli possa impedire tutte le possibilità negative temute attraverso il monitoraggio di aspetti esterni (controllo dell'ambiente) ed interni (pensieri, arousal ..) proprio in virtù del timore pervasivo della catastrofe. Il controllo è quindi concepito come una premessa obbligata e indispensabile della condizione di tranquillità. Il soggetto ansioso, allora, concettualizza il controllo come stato obbligato e privo di alternative (Crosina, 2000; Lorenzini e Sassaroli, 2000) ma il controllo concepito come l'unica soluzione all'ansia è, in realtà, uno scopo irraggiungibile destinato a fallire.

I FATTORI DI MANTENIMENTO

Il rimuginio è un processo cognitivo che svolge un ruolo importante nel mantenimento del disturbo di panico in quanto garantisce la predominanza del pensiero verbale di valore negativo, sostiene l'evitamento cognitivo e favorisce l'inibizione della

processazione emotiva (Borkovec et al, 1998). Questo processo è caratterizzato dalla ripetizione mentale persistente di elementi caratterizzanti il problema, da predizioni catastrofiche legate al problema stesso ed ogni possibile soluzione viene giudicata come insufficiente e non risolutiva. La minaccia è invece vissuta come foriera di un attacco irresistibile, definitivo, catastrofico e sostanzialmente irreversibile e irreparabile. Il soggetto rimugina, ripete mentalmente a se stesso che le cose stanno andando male o che qualcosa di brutto potrebbe capitare da un momento all'altro, ma lo fa con una singolare mancanza di modulazione e di dettaglio (Williams et al., 1997). Il rimuginio è caratterizzato proprio da uno scarso livello di concretezza (Eysenck, 1992; Stöber e Borkovec, 2002) e dalla mancata elaborazione di piani di coping efficaci (Schönplflug, 1989). Il rimuginio è facilitato da stati di eccessiva vigilanza, di attenzione selettiva verso gli stimoli sia esterni che interni (perceptivi ed emozionali) minacciosi e di maggiore disponibilità nella memoria a lungo termine di informazioni negative e/o minacciose (Mathews, 1990). Il primo scopo positivo attribuito al rimuginio è l'attenuazione di uno stato d'animo immediatamente sgradevole, cioè l'ansia somatica, l'arousal neuropsicologico delle emozioni negative. Inoltre il rimuginio può essere scambiato per una strategia efficace di soluzione dei problemi, infatti è comunque un'attività mentale, sia pure povera e ripetitiva, e come tale può essere confusa con il pensiero produttivo. Molti ansiosi, quando rimuginano, ritengono di affrontare il problema, in realtà si tratta di una strategia fallace. Infine il rimuginio può essere ritenuto una strategia di distrazione.

L'orientamento cognitivo di tipo prudentiale sul piano comportamentale si traduce nell'adozione di comportamenti protettivi e di evitamento che impediscono di vivere esperienze in grado di disconfermare le proprie credenze catastrofiche, anzi contribuiscono al loro rafforzamento (Salkovskis, Clark e Gelder, 1996), inducendo il soggetto a ritenere erroneamente di aver scampato la minaccia per effetto dei provvedimenti presi. In linea con



quanto riportato in letteratura (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells e Gelder, 1999), taluni comportamenti protettivi hanno un effetto *rebound* sull'ansia e gli attacchi di panico, producendone l'aumento.

Il mood congruity effect (Bower, 1981; Teasdale e Russel, 1983) è un fenomeno cognitivo per cui i pensieri e le credenze si allineano con l'emozione provata avvalorando ancor di più la minaccia e lasciando il terreno fertile all'ansia anticipatoria e in seguito all'attacco di panico. L'emozione sperimentata influenza i nostri processi cognitivi mnestici, attentivi e di apprendimento selezionando solo le informazioni congrue allo stato emotivo prevalente in quel momento. Avviene un incremento di disponibilità di ricordi in linea con l'emozione provata. L'affect as information (Clark, 1986; Casey, Newcombe e Oei, 2005; Hunt, Keogh e French, 2006) è la tendenza a valutare con paura sensazioni quali aumento del battito cardiaco, senso di confusione e sbandamento e ad inferire la presenza di un pericolo a partire dal proprio stato emotivo negativo. La persona assume un orientamento prudentiale sia sul piano cognitivo che comportamentale privilegiando ipotesi di pericolo e focalizzando le informazioni congrue con esse che lo porteranno alla loro conferma.

DISTURBO DI PANICO CON AGORAFOBIA

L'Agorafobia viene attualmente definita come "paura o ansia marcate relative a due o più delle seguenti situazioni: utilizzo dei trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti o chiusi, stare in fila oppure tra la folla, essere fuori casa da soli. L'individuo teme o evita queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire o ricevere soccorso in caso di sintomi simili al panico (APA, 2013)". L'Agorafobia presenta bassi indici di remissione spontanea, e si riscontra in circa un 50% di soggetti che soffre di Disturbo di panico (Wittchen et al., 2008; Wittchen et al., 2010), normalmente si sviluppa come conseguenza di tale disturbo (Ballenger e Fyer, 1996) e ciò avviene solitamente entro un anno dall'esordio degli attacchi di panico (APA, 2000). Essa consiste sostanzialmente in evitamenti di tre generi

di situazioni: quelle caratterizzate da solitudine (intesa come lontananza da luoghi e persone familiari), da costrizione fisica (spazi chiusi quali: ascensori, teatri, cinema, chiese, metropolitana, treno, aereo, nave) e, infine, da spazi vasti e aperti, come piazze e ponti. L'agorafobia si sviluppa come risultato di un evitamento condizionato, di un apprendimento focalizzato, non appena il paziente apprende a evitare quelle situazioni, che suppone, possano portare ad altre situazioni minacciose e temute. L'elemento chiave, quindi, è la paura di avere un nuovo attacco. Molti pazienti con agorafobia presentano, dopo un certo tempo, una diminuita quantità di attacchi di panico in quanto essi evitano sempre più le situazioni "a rischio".

L'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Il trattamento elettivo per il disturbo di panico è quello cognitivo-comportamentale (APA, 2009; Sanches-Meca et al. 2010, Craske et al., 1997; Murphy et al., 1998; Goldberg, 1998; Arntz, 2002; Ost et al., 2004; Lyddon e Johns, 2000; Chambless e Hollon 1998; Roth e Fonagy 2005; Bergin e Garfield 1994; Dell'Erba et al. 2009) che risulta significativamente efficace nella remissione dei sintomi acuti e nel mantenimento dei successi ottenuti al follow-up, fino a 6 mesi dopo la fine della terapia.

Psicoeducazione

Condivisione del modello teorico cognitivo-comportamentale col paziente in cui vengono illustrati i fattori di organizzazione e mantenimento del disturbo. La condivisione di materiale psicoeducativo ha l'obiettivo di favorire una maggiore comprensione del disturbo, ricostruendo il funzionamento dello stesso come circolo vizioso. Si pone l'enfasi sugli effetti controproducenti di alcuni comportamenti protettivi e di evitamento attuati. Questa prima fase è fondamentale per il paziente in quanto è tesa a normalizzare il disturbo e a codificarlo all'interno di meccanismi di funzionamento precisi, così il paziente sarà propenso a partecipare alla terapia in modo più consapevole.

Tecniche di esposizione dal vivo o di esposizione enterocettiva

L'esposizione enterocettiva consente al paziente di

confrontare le sensazioni indotte da esercizi fisici con quelle causate dall'ansia e dal panico al fine di modificare le credenze e le interpretazioni erranee che generalmente le accompagnano. L'obiettivo è quello di conferire al soggetto maggiore consapevolezza delle sensazioni temute imparando a controllarle e tollerarle senza il bisogno di attivarsi in evitamenti. Naturalmente dopo il training in seduta l'obiettivo è quello di generalizzare l'esercizio anche in contesti naturali. Con l'esposizione in vivo si chiede al paziente di esporsi alla situazione temuta senza mettere in atto quei comportamenti protettivi e gli evitamenti ai quali solitamente ricorre ed è efficace contro gli evitamenti agorafobici, in quanto mira al cambiamento delle credenze negative circa i sintomi sperimentati in ambienti naturali.

Intervento cognitivo

Presentazione al paziente del modello ABC (Ellis, 1977) attraverso l'esame di situazioni problematiche in cui è possibile stabilire un collegamento tra stimoli, pensieri/credenze e reazioni emotive/fisiologiche/comportamentali, identificando le inferenze, le valutazioni e gli schemi legati a risposte disfunzionali del paziente. Si mira, cioè, all'interruzione dei circoli viziosi legati agli evitamenti, alle protezioni e rassicurazioni che il paziente mette in atto attraverso l'esposizione in vivo e la ristrutturazione.

Beck (1963, 1976) teorizza alcune distorsioni cognitive fondamentali:

Astrazione selettiva: tendenza a considerare assolutamente vero ciò che conferma i pensieri e ignorare le prove a disconferma degli stessi. La preoccupazione riguardo un possibile attacco cardiaco porterà il paziente a prestare estrema attenzione anche ai minimi cambiamenti cardiaci e corporei. Il monitoraggio continuo dei segnali provenienti dal corpo li rende più nitidi e intensi;

Catastrofizzazione: tendenza a considerare gli eventi o situazioni future come altamente negativi, ci si aspetta sempre un imminente disastro;

Ipergeneralizzazione: tendenza a trarre un'indiscriminata conclusione negativa che va ben oltre i dati di realtà, generalizzando il malessere a tutte le situazioni vissute. Se si è verificato un attacco il

paziente sarà sicuro di averne altri;

Pensiero tutto o nulla: i pazienti ragionano col un pensiero dicotomico che li porta a pensare di poter avere un completo successo o un totale fallimento, si prevedono solo due possibili alternative: una completamente positiva e una completamente negativa; Inferenza arbitraria: da un unico indizio dedurre immediatamente come stanno le cose senza prima aver vagliato le possibili alternative.

In seguito all'identificazione dei pensieri automatici, alla credenze ad essi associati e alla concettualizzazione cognitiva che conferisce senso alle reazioni emotive e comportamentali disfunzionali si attiva il processo di cambiamento attraverso la ristrutturazione cognitiva cioè "l'insieme di strategie di intervento collaborative, strutturate e orientate all'obiettivo, focalizzate sull'esplorazione, valutazione e sostituzione di pensieri, interpretazioni e credenze maladattive che mantengono i disturbi psicologici" (Burns e Beck, 1978; Dobson e Dozois, 2010; Hollon e Dimidjian, 2009).

L'ultima fase viene dedicata alla prevenzione delle ricadute, è importante valutare se e quali aspetti della storia e della personalità del paziente possano predisporlo a ricadute e quali aspetti debbano essere modificati per potenziare la capacità di affrontare eventuali situazioni critiche senza ulteriori scompensi.

IL DIARIO DI V.: PRIMA E DOPO L'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Primi incontri

"Il momento in cui gli attacchi si sono manifestati comprendono un periodo in cui mai mi sarei aspettata di doverne affrontare. Venivo da un momento molto felice e soddisfacente seppur molto stressante. Dopo la laurea ero partita in Irlanda, qui avevo viaggiato e lavorato per un totale di circa 4 mesi, gli obiettivi che mi ero posta di dover raggiungere attraverso questa esperienza erano stati ampiamente soddisfatti. Tornata in Italia a metà settembre, piena di entusiasmo e un bagaglio di esperienze da sfruttare mi sono imbattuta nuovamente nell'inferno del precariato, negli investimenti che non portano a nulla e nelle aspettative sempre deluse del



mondo del lavoro. Lentamente la delusione stava divorzando tutte le mie energie fisiche e mentali, inoltre le risorse economiche di cui disponevo stavano finendo. Non avevo altra scelta che rinunciare alle chiamate del ministero dell'istruzione, fermarmi da mia madre e cercare un lavoro per rimpiazzare i soldi spesi"

Inoltre iniziavo a non tollerare in modo particolare i luoghi chiusi ed affollati. Questi mi creavano spesso disagio, nervoso, sensazioni di malessere che non riuscivo a comprendere, non capivo cosa mi stesse succedendo e soprattutto non ero cosciente mi stesse succedendo qualcosa, ero solo totalmente confusa. Sopportavo a fatica le situazioni sociali, i giudizi, lo sguardo e le domande della gente. Iniziai senza rendermene conto ad evitare e ridurre il più possibile le situazioni che implicavano dover stare in luoghi chiusi o affollati e situazioni sociali. In questo lungo periodo, mi sono isolata molto, ho perso contatti, limitandomi ad una cerchia molto stretta di persone, tenendo presente che io sono una persona già di per sé molto selettiva. Qualunque cosa facessi che non fosse camminare in un luogo aperto, in mezzo alla natura possibilmente, mi risultava un pugno nello stomaco. Espormi mi provocava mal di testa, capogiri, sentivo un nodo alla gola, deglutivo a fatica e con dolore, ingoiavo aria, dunque mal di stomaco e naturalmente avevo forti palpitazioni. Mi sentivo distrutta, tutto questo mi stancava e tendevo a stare sempre sdraiata nel tentativo di riprendermi, ma ogni qualvolta provavo a rimettermi in piedi i capogiri aumentavano e la vista si offuscava"

"L'ansia stanca, ti rende inerme, ti fa apparire pigra ed egoista, ti distrugge lo stomaco, ti fanno male le mani e le gambe perché sempre contratte, anche di notte. Non ti fa dormire, e quando ci riesci capita spesso che ti svegli d'improvviso come se stessi affogando e ti mancasse l'aria, ti senti ballare lo stomaco, come se le viscere tremassero, ti viene da piangere, perché ti senti stupida e disarmata. La notte al buio o nei luoghi stretti e affollati ho la sensazione che le pareti si avvicinino, la testa gira e l'aria viene meno. Tutto il mio corpo è impegnato nell'atto più importante: respirare. Un'attacco d'ansia per strada significa camminare attaccati al muro, tendendo ad accasciarsi, indossando immediatamente gli occhiali da sole anche con la pioggia perché ti scendono le lacrime, non capire più dove

si stava andando"

"Il primo attacco di panico è avvenuto quando ero in prova in un locale come cuoca. In cucina le cose andavano decisamente bene, ritmi serrati a parte e situazioni nuove da affrontare. In un momento di relativa calma il titolare del locale mi chiese di andare alla cassa, e dopo aver battuto il conto, la cliente mi porse del denaro, nel momento in cui volsi gli occhi in basso verso la cassa, non riuscì a vedere più nulla, la testa mi girava, gli arti mi tremavano e facevo fatica a respirare, l'unica cosa che ricordo davvero bene di quel momento è la faccia annoiata e schifata di quella donna che mi fissava con sguardo contrariato. Il malessere fu evidente agli occhi del titolare che intervenne chiudendo il conto e invitandomi a prendere un bicchiere d'acqua. Passò tutto in pochi minuti ma la paura di rivivere ancora quella situazione mi portò qualche giorno dopo a rinunciare al lavoro. Ero ossessionata da alcuni pensieri che si erano fatti strada nei mesi precedenti e che adesso mi martellavano incessantemente la testa, togliendomi il sonno: "Non ho più una vita", "tutto questo non finirà mai", "sto perdendo tempo", "non posso più sbagliare", "non so fare niente che serva", "i miei studi non servono a niente".

"Non riuscivo a mangiare a causa delle nausee, mi sentivo molto agitata, soffrivo d'ansia, avevo la sensazione di stare peggio, avevo tachicardie forti, tremori, formicolii. Mi stancavo subito senza fare niente ed ero sempre intorpidita, avevo spasmi muscolari in posizione di riposo, avevo difficoltà di digestione, inoltre non riuscivo a mantenere la concentrazione, avevo perso il piacere della lettura, di vedere un film o ascoltare musica, non avevo motivazioni. Tutti questi sintomi pervasivi mi davano la sensazione di sprofondare sempre più in uno stato da cui non potevo uscire, mi gettavano ancora di più nello sconforto, e spesso mi sentivo di vivere in una bolla, isolata da tutto ciò che stava fuori, tanto erano forti le sensazioni del mio corpo. Ero totalmente concentrata su di esso, e i miei pensieri spesso non erano razionali. Non ero al momento in grado di agire e affrontare correttamente ciò che stavo vivendo."

Intervento cognitivo-comportamentale

"Decisi quindi di provare a parlare con una psicologa consigliata da una cara amica, nonostante i dubbi, i

timori e la difficoltà ad aprirmi realmente con qualcuno, mi sono ritrovata in poco tempo di fronte ad una relazione di mutua fiducia. Dopo i primi colloqui conoscitivi, ho tenuto nota di tutti i miei pensieri e cosa provavo e sentivo nel momento in cui si generavano. Tenevo nota anche dei miei attacchi d'ansia o di panico, cercando di individuare i pensieri e le immagini mentali della situazione che stavo vivendo. Registravo comportamenti, pensieri, emozioni e stati fisici del momento in cui insorgeva il disturbo, spesso in un secondo momento mi soffermavo anche al lasso di tempo precedente. Provavo a seguire le istruzioni che mi venivano date con molta determinazione, e tra alti e bassi è arrivato il momento in cui sono riuscita davvero ad individuare i pensieri disturbanti, e i pensieri automatici che mi generavano ansia e sconforto. Scrivere mi ha aiutato tantissimo, e ancora adesso scrivo e identifico le mie distorsioni cognitive, e solo attraverso la scrittura riesco a farle emergere. Mi sono resa conto che i pensieri squalificanti che avevo su me stessa, mai li avrei rivolti a qualcun altro, allora perché li rivolgo a me stessa? Ho dovuto scrivere per guardarli, perché mai me li sarei detti tanto sono orgogliosa, ma erano dentro anche se non volevo ammetterlo. Grazie al supporto psicologico per la prima volta sono riuscita a sentire la mia voce pronunciare delle parole, dire delle cose che non avevo il coraggio pronunciare, dire a qualcuno qualcosa di importante, qualcuno a cui ho messo in mano la mia fiducia mia ha scagionata da alcuni sensi di colpa che si erano sedimentati. Quello che ho imparato a fare in questi importantissimi cinque mesi di percorso psicoterapico non è quello che da profani si potrebbe pensare, ovvero sviluppare a tutti i costi un pensiero positivo, ma ho imparato a convivere con la mia vulnerabilità, a rispettarla ed amarla e soprattutto a ristrutturarmi. Non ho fretta, voglio rispettare i miei tempi, ci mettiamo una vita a sedimentare le distorsioni cognitive e ci vuole fiducia e pazienza per produrre delle modificazioni nel proprio modo disfunzionale di pensare. Abbiamo successivamente posto l'attenzione sugli evitamenti, prendendo nota anche di questi e attraverso tecniche di esposizione ho potuto progressivamente sperimentare l'innocuità di alcune situazioni, valutando in maniera più realistica l'esperienza che mi creava disagio e superando le generalizzazioni del pensiero. Questo mi ha permesso di sentirmi più autosufficiente e sicura

di me stessa. Oggi sto riprendendo in mano la mia vita, la mia quotidianità e sto impegnandomi per ricostruire me stessa alla luce dei nuovi strumenti che posseggo. Iniziare questo percorso è stato il regalo più prezioso che mi sia concessa.”

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association –APA. (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali - Quinta Edizione. (DSM-5)*. Edizione italiana a cura di Massimo Bioni, Raffaello Cortina Editore
- Beck J.. (2013). *La terapia cognitivo comportamentale*. Edizione Italiana a cura di A. Montano. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore
- Craske M.G., Simos G., (2013). Panic Disorder and Agoraphobia. *CBT for Anxiety Disorder: A Practitioner Book*, 1-24
- Gilberti F., Rossi R. (2009). *Manuale di Psichiatria*. Piccin
- Gragnani A., Cosentino T., Bove A., Mancini F. (2011). Trattamento breve con l'uso dell'esposizione enterocettiva in un caso di disturbo di panico con agorafobia.. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17 n 2, 235-270
- LeDoux J., (2003). The Emotional Brain, Fear, and the Amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23, 727-738
- Melli G., Sica C. (2015). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Eclipsi
- Montano A., Borzi R. L'ansia e il disturbo da attacchi di panico. Modulo 1. Istituto A.T. Beck
- Rovetto F. (2003). *Panico.Origini, dinamiche e terapie*. Milano: McGraw-Hill
- Roy-Byrne P., Craske M.G., Stein M.S., (2006). Panic disorder. *www.thelancet.com*, 368 (1023-1032)
- Sassaroli S., Ruggiero G.M. (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negative e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 45-59
- Von Korff, M. R., Eaton W.M., Keyl P.M. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder. In *American Journal of Epidemiology Vol 122, N 6*, (970-981).



LA GUARIGIONE NEUROPLASTICA: IL CONTRIBUTO DI NORMAN DOIDGE

Mariangela Rendini

dottoranda in psicologia,
tirocinante c/o U.O.C. Oncologia
Medica & Breast Unit ASL Brindisi

Dario Loparco

psicologo esperto in Psico-oncologia,
Ass. Salentina Angela Serra c/o
UOC Oncologia Medica & Breast Unit
ASL Brindisi

Manuela Caloro

psicologa e psicoterapeuta esperta in
Psico-oncologia, Ass. Salentina Angela
Serra c/o UOC Oncologia Medica &
Breast Unit ASL Brindisi

RIASSUNTO

Le recenti scoperte neuroplastiche vedono tra i nomi più noti la firma di Norman Doidge. Psichiatra, psicoanalista e ricercatore canadese, lavora attualmente alla Columbia University Psychoanalytic Center di New York e al dipartimento di psichiatria dell'Università di Toronto.

Autore di 3 libri e 170 articoli, scientifici e popolari, vincitore di numerosi premi, tra cui l'US National Psychiatric Endowment e il premio COST dell'American Psychoanalytic Association, Norman Doidge ha consacrato la sua carriera internazionale con la pubblicazione del libro *"The Brain That Changes Itself"*, ora disponibile in 100 paesi e tradotto in 26 lingue.

L'interesse relativo alla plasticità neuronale lo ha portato a percorrere un meticoloso cammino di ricerca che gli ha permesso di incontrare personalità importanti, come Micheal Merzenich e persone comuni che sono riuscite a trasformare la propria vita affrontando la malattia con innovative tecniche riabilitative. I suoi libri sono una raccolta di *case history* che descrivono nel dettaglio i sorprendenti progressi di persone affette da varie patologie, prive di cura, le cui condizioni erano state dichiarate prive di speranza. Analizzando nel dettaglio queste

storie di "guarigione neuroplastica", Doidge ricerca, con il supporto di figure specializzate, le ragioni sottostanti con l'intento di cercare risposte che possano dare una soluzione applicabile a patologie analoghe. I lavori di Doidge sono considerati una svolta importante per la ricerca ma soprattutto per i volti privi di speranza che lottano ogni giorno con patologie neurodegenerative e irreversibili.

PAROLE CHIAVE

neuroplasticità, Doidge, rimodellamento, guarigione

LE TEORIE DI NORMAN DOIDGE: IL CERVELLO E LE SUE TRASFORMAZIONI

Le teorie neuroplastiche oltre a testimoniare concretamente l'impatto che ha la psicoterapia sull'encefalo, di recente hanno dato un enorme contributo in ambito riabilitativo per patologie ad oggi prive di cura.

Nel libro *"Le guarigioni del cervello"*, Norman Doidge (2015) tratta ampiamente il tema della guarigione neuroplastica riportando storie vere di pazienti che grazie a terapie neuroplastiche hanno potuto "guarire" differenti patologie. In riferimento alla guarigione neuroplastica Doidge individua due perni centrali: l'esercizio fisico e mentale e il ricorso

all'energia, stimolata con suoni, vibrazioni o luci (Da Silva, 2015).

In questa prospettiva il cervello è penetrabile e malleabile con l'ausilio dei sensi che permettono in modo assolutamente non invasivo di intervenire ed agire sulle strutture neuronali per recuperare le funzioni.

L'autore, sulla base delle precedenti evidenze scientifiche, individua due processi generali che spesso si verificano nel cervello quando presenta dei problemi (Doidge, 2016):

1. Il *"learned non use"*: Già nel 1904 Henry Meigs parlava di "amnesia motoria funzionale" nei pazienti colpiti da ictus suggerendo che parte del deficit motorio fosse basato su un meccanismo di apprendimento indotto da tentativi senza successo di muovere l'arto lesa, con abbandono finale della funzione (*"learned helplessness"* – "inutilità appresa"). Intuizione confermata, parecchi anni dopo, da studi sperimentali condotti da Edward Taub, neuroscienziato comportamentale, che cominciò a condurre esperimenti su scimmie in cui produceva chirurgicamente e volontariamente una lesione tale da tagliare le vie nervose del movimento di un arto superiore e osservava, poi, il successivo comportamento degli animali. Senza interventi particolari, gli animali smettevano di usare l'arto lesa e sviluppavano compensi sull'arto sano. Dopo alcuni mesi ebbe l'intuizione di impedire il movimento dell'arto sano degli animali: con grande sorpresa, le scimmie, quando costrette a farlo, ricominciarono a usare l'arto lesa a livello neurale. In altre parole l'animale con un arto lesa cercava immediatamente di farne uso e non riuscendovi cominciava allora a compensare questa sua menomazione abbastanza bene in condizioni di laboratorio, con un'espressione esaltata dei tre arti rimanenti: ciò si traduceva in un rinforzo positivo che si stabilizzava nel tempo. Inoltre, i tentativi di usare l'arto deafferenziato (scollegato dal cervello) portavano spesso a conseguenze avverse quali la caduta di cibo e oggetti e in generale il fallimento in

ogni attività. Queste reazioni avverse venivano vissute dall'animale come una punizione rappresentante un potente fattore di soppressione comportamentale. Di conseguenza, le scimmie non imparavano mai che dopo alcuni mesi dalla deafferenziazione l'arto diventava potenzialmente riutilizzabile grazie alla neuroplasticità.

A questo fenomeno fu dato il nome di *"learned non use"* (letteralmente non uso appreso) e si accertò il suo instaurarsi durante la fase acuta dell'ictus, quando il movimento di solito realmente non è possibile per una sorta di "shock" in cui versa il sistema nervoso centrale. Si scoprì, con altri studi, che il *learned non-use* sembrava di fatto esistere anche nell'essere umano. La disabilità conseguente una lesione cerebrale diventava quindi la somma del danno ai tessuti del cervello, più la quota di non uso appreso. È stato dimostrato che questa quota, in realtà, può avere un peso pari o addirittura superiore alla lesione in sé nella determinazione del danno funzionale totale. La grande occasione che si delineò risiede nella possibilità di rimuovere dal danno totale la quota relativa al non uso appreso, riducendo, a volte in modo molto significativo, la limitazione funzionale e la disabilità. Nel 1993 il gruppo di Taub pubblicò l'articolo *"Technique to improve chronic motor deficit after stroke"*, presentando l'applicazione agli esseri umani del fenomeno del *learned non-use* (Ballester, 2016);

2. Il "cervello rumoroso", cervello che ha problema di attivarsi in tempo. Si ha quando il sistema cerebrale non è in grado di riconoscere i segnali normali perché sono troppo deboli rispetto al "rumore di fondo" (Taub, 2012). Si tratta di pazienti che non sono in grado di eseguire alcuni compiti perché una parte dei neuroni coinvolta nel compito sono morti, altri sono vivi ma sono sofferenti ed emettono segnali irregolari e confusi. Altri ancora sono semplicemente dormienti. La perdita di alcuni neuroni singoli, nel caso di un disturbo o in seguito a morte cellulare, non necessariamente porta alla perdita di una funzione



mentale fino a che restano neuroni a sufficienza per generare quei pattern (Doidge, 2016). La nostra essenza non si trova nei singoli neuroni ma è inscritta nei pattern energetici generati dal cervello che possono sopravvivere ad un danno strutturale.

RIMODELLAMENTO DEL CERVELLO: I CONTRIBUTI DEGLI STUDI DI MICHEAL MERZENICH

Micheal Merzenich è un protagonista di spicco delle innovazioni e dei successi legati alla neuroplasticità. Neurologo dinamico, definito il miglior ricercatore al mondo nel campo della neuroplasticità, ha dimostrato come rimodellando il cervello attraverso l'esercizio di aree cerebrali specifiche si riesca a migliorare la capacità delle persone di pensare e percepire in modo da svolgere un'attività mentale più intensa (Merzenich, 2013). Ha mostrato con mezzi scientifici come cambiano le aree cerebrali dedicate all'elaborazione cognitiva e il suo lavoro attuale aiuta gli studenti con problemi di apprendimento a migliorare le facoltà cognitive e percettive (McClelland, 2001).

Merzenich sostiene che gli esercizi mentali potrebbero avere un'efficacia pari a quella dei farmaci nel trattamento di disturbi gravi, come per esempio la schizofrenia (Merzenich, 2013). L'esercizio di una capacità nuova, in condizioni adeguate, può modificare milioni e miliardi di connessioni neurali nella mappa cerebrale.

Una delle sue grandi scoperte riguarda la mappa sensitiva e motoria. Ha dimostrato infatti che queste mappe sono topografiche: ad aree adiacenti sulla superficie del corpo corrispondono zone adiacenti sulle mappe cerebrali (Merzenich, 1983). Ha scoperto inoltre che stimolando specifiche parti del cervello nell'uomo vengono suscitati determinati ricordi o immagini oniriche. Questo lo ha portato a dedurre che anche le attività mentali più complesse sono mappate nel nostro cervello (Merzenich, 2013). Con una serie di esperimenti scoprì che le mappe cerebrali non sono né immutabili né universali e i confini e le loro dimensioni variano da individuo a individuo: si modificano a seconda di ciò che l'individuo esperisce nella

propria vita (Peterson, 1995).

Negli anni '50 ha dimostrato che è possibile descrivere l'architettura cerebrale mediante l'analisi dell'attività elettrica neuronale, utilizzando la mappatura con microelettrodi ad aghi (Merzenich, 2013). I microelettrodi sono in grado di rilevare quando un singolo neurone invia un segnale elettrico ad altri neuroni. Questa importante invenzione ha permesso di decodificare la comunicazione tra neuroni. La micro mappatura è più precisa delle odierne tecniche di *neuroimaging*, però ad oggi non le ha sostituite perché richiedono interventi chirurgici complicati.

Una scoperta decisiva, che condizionò il lavoro di Merzenich ci fu negli anni '60: degli scienziati che lavoravano con lui scoprirono che negli animali giovani il cervello è plastico eseguendo degli esperimenti sui gatti. Analizzarono l'area visiva e notarono che dalla terza all'ottava settimana di vita vi era un periodo critico in cui il cervello doveva ricevere degli stimoli visivi affinché si sviluppasse normalmente (Wong-Riley, 1981). Durante questo periodo critico il cervello dei gatti è plastico e la loro struttura si forma attraverso l'esperienza. Scoprirono inoltre che se la zona cerebrale veniva privata dagli input necessari allo sviluppo in questo periodo critico, non restava inattiva, elaborava i dati visivi provenienti dall'occhio aperto, come se trovasse un modo per ricablarli: ulteriore dimostrazione della plasticità cerebrale (Wong-Riley, 1981). Per ricablaggio si intende che le alterazioni sinaptiche rinforzano e aumentano o diminuiscono e indeboliscono il numero di connessioni neuronali. Per questa ricerca Hubel e Wiesel ricevettero il premio Nobel.

La scoperta del periodo critico divenne una delle scoperte più importanti nel campo della biologia nella seconda metà del Novecento. Ricerche successive dimostrarono che anche lo sviluppo di altri sistemi cerebrali richiedevano degli stimoli ambientali. Ogni sistema neurale ha un diverso periodo critico durante il quale è particolarmente plastico e sensibile all'ambiente (Merzenich, 2013). La nozione psicologica di periodo critico risale a

Freud, il quale sosteneva che le fasi del nostro sviluppo corrispondono a brevi finestre temporali nel corso delle quali è necessario vivere determinate esperienze perché si abbia una crescita sana. Sono periodi che si ripercuotono su tutta la vita del soggetto (Doidge, 2007).

La nozione di plasticità e periodo critico trasformarono letteralmente la pratica medica.

I numerosi esperimenti condotti da Merzenich portarono a confermare inoltre la tesi secondo cui quando un soggetto smette di esercitare delle facoltà mentali la mappa cerebrale relativa a quelle funzioni viene affidata ad altre che invece continuano ad esser svolte: a questo proposito illustra la natura competitiva della plasticità che spiega alcuni limiti presenti nell'apprendimento in età adulta (Merzenich, 2013).

I contributi che questo brillante neurologo ha dato alla scienza neuroplastica sono innumerevoli, gli ultimi esperimenti condotti hanno dimostrato che (Doidge, 2007):

- neuroni che si attivano insieme e nello stesso momento si legano fra loro per formare un'unica mappa;
- i neuroni che non si attivano insieme non si legano fra loro;
- il cervello adulto è flessibile;
- l'esperienza modifica il cervello;
- se i neuroni vengono esercitati, diventano più efficienti ed elaborano i dati più rapidamente: la velocità del nostro pensiero è plastica;
- l'attenzione è essenziale per cambiamenti neuroplastici a lungo termine.

Gli studi e le scoperte sono state seguite da concrete applicazioni cliniche, nel 1996 il neurologo ha fondato insieme ad altri colleghi la *"Scientific Learning"*, una società che si occupa di utilizzare la ricerca neuroplastica per ricablare il cervello. Lo staff è composto da psicologi, ricercatori, logopedisti, ingegneri, programmatori e animatori. Hanno ideato tra le varie tecniche la *"Fast For World"*, un programma di esercizi dedicato ai bambini con problemi linguistici e di apprendimento che consiste nel far esercitare ogni funzione mentale di base coinvolta nel linguaggio (Doidge, 2007).

Merzenich ha fondato anche la *"Posit Science"* (2002), una società che si occupa di aiutare le persone a preservare la plasticità del cervello durante l'invecchiamento ed allungare la vita media della mente. Il neurologo sostiene che abbandonare l'apprendimento durante l'invecchiamento deteriora i sistemi cerebrali che modulano e regolano la plasticità, ha perciò elaborato degli esercizi mentali correlati all'età per impedire il declino cognitivo (Mahncke, 2006).

Esistono varie forme di guarigione neuroplastica, quella proposta da Merzenich si concentra su aspetti funzionali neuronali specifici e (grazie alla plasticità competitiva) sulla possibilità di ricablare il cervello indebolendo un circuito patologico tramite la mente.

LE FASI DELLA GUARIGIONE NEUROPLASTICA

Doidge individua delle fasi nella guarigione neuroplastica durante il percorso di riabilitazione, fasi che si susseguono nell'ordine presentato ma che possono subire delle variazioni in base al paziente e alla patologia: per alcuni pazienti sono sufficienti alcune delle fasi proposte per "guarire", per altri è necessario affrontarle tutte (Doidge, 2016).

I fase: Correzione delle funzioni generali cellulari dei neuroni e delle cellule.

Questa fase non riguarda direttamente il cablaggio dei tessuti, si concentra sulle condizioni generali dei neuroni e sulle funzioni che condividono con altre cellule (Doidge, 2016). Molti problemi cerebrali presentano un cervello cablato male dovuto all'azione di una fonte esterna che ha colpito i neuroni e le cellule gliali.

Per fonti esterne si intendono: infezioni, tossine, metalli pesanti, pesticidi, farmaci o intolleranze alimentari. Affinché il paziente ottenga dei benefici è bene che i problemi generali di questo tipo vadano affrontati prima di procedere con le fasi successive.

Le successive quattro fasi sfruttano le capacità neuroplastiche del cervello alterando le connessioni fra i neuroni e modificando il cablaggio.



II fase: Neurostimolazione.

Luce, suono, elettricità, vibrazione, movimento e pensiero sono tutte delle fonti di neurostimolazione (Da Silva, 2015). Questo tipo di stimolazione permette di riattivare dei circuiti ormai dormienti nel cervello danneggiato e porta ad una seconda fase del processo di guarigione che consiste in una maggiore capacità del cervello rumoroso di tornare a regolarsi e modularsi da solo e di ristabilire l'omeostasi. Alcune forme di neurostimolazione dipendono da fonti esterne, altre da fonti interne. Il pensiero è uno degli strumenti più potenti per stimolare i neuroni: nel momento in cui un soggetto elabora un pensiero alcuni circuiti si accendono ed altri si spengono (Moskowitz, 2008). Quando un circuito importante viene acceso dal pensiero, si attiva ed il sangue irrorerà quel circuito per compensare la carenza di energia. La neurostimolazione serve per predisporre il cervello a formare nuovi circuiti e a superare il *"learned non use"* (Da Silva, 2015).

III fase: Neuromodulazione.

Metodo interno con cui il cervello contribuisce alla propria guarigione, ristabilisce rapidamente l'equilibrio tra eccitazione e inibizione nei networks neuronali e placa il cervello rumoroso. I soggetti che presentano diversi problemi cerebrali non sono in grado di regolare in modo adeguato le sensazioni, spesso sono troppo sensibili agli stimoli esterni o sono del tutto insensibili: la neuromodulazione ristabilisce questo equilibrio (Wildenberg, 2011). La neurostimolazione può stimolare la neuromodulazione migliorando l'autoregolazione del cervello. Una delle modalità con cui agisce la neuromodulazione consiste nel resettare il livello generale di allerta del cervello interessando due sistemi corticali (ibidem):

- il sistema reticolare (RAS): attivatore coinvolto nella regolazione del livello di coscienza del soggetto e del generale livello di allerta. Si trova nel tronco dell'encefalo e si estende nelle zone superiori della corteccia (Doidge, 2016). Accendere il cervello e regola il sonno-veglia. Resettarlo è essenziale per permettere al cervello di recuperare le proprie energie;

- sistema nervoso autonomo: studi recenti condotti da Micheal Hasselmo e colleghi di Harvard (1997) hanno dimostrato che disattivare il sistema simpatico migliora il rapporto segnale-rumore nei circuiti cerebrali. Attivare il sistema parasimpatico è un'altra modalità per calmare il cervello rumoroso (Hasselmo, 1997);

IV fase: Neurorilassamento.

Disattivando la modalità "attacco-fuga" il cervello può accumulare o immagazzinare l'energica di cui necessita per riprendersi. Una scoperta dell'University of Rochester (2013) mostra che durante il sonno le cellule gliali aprono dei canali che consentono di eliminare dal cervello prodotti di rifiuto ed accumuli tossici attraverso il fluido cerebrospinale in cui è immersa buona parte del cervello (Xie, 2013). Si tratta di un canale attivo dieci volte di più nel cervello di un soggetto che dorme rispetto ad un soggetto sveglio (Xie, 2013). Questo spiega perché le funzioni cerebrali di un soggetto che ha problemi di insonnia vede un peggioramento delle funzioni cerebrali: dormire troppo poco intossica il cervello. Il neurorilassamento corregge questo problema.

V fase: Neurodifferenziazione e apprendimento.

Fase finale in cui il cervello è a riposo: il cervello rumoroso è stato modellato ed è più tranquillo perché i circuiti sono in grado di regolarsi da sé. Il paziente recupera le capacità attentive ed è pronto ad apprendere nuove informazioni (Doidge, 2016). Queste cinque fasi costituiscono la dose necessaria per generare un cambiamento neuroplastico. Nell'approccio neuroplastico i miglioramenti di un paziente non dipendono soltanto dalla tecnica ma dal soggetto stesso: non esistono due cervelli simili, quindi nemmeno due lesioni cerebrali simili.

LE TESTIMONIANZE DELLA GUARIGIONE NEUROPLASTICA

La scoperta della neuroplasticità ha portato all'ideazione di terapie in grado di curare e trattare molte patologie, totalmente diverse tra loro, come:

- dolore cronico,
- ictus,
- trauma cranico,
- lesioni cerebrali,
- morbo di Parkinson,
- sclerosi multipla,
- autismo,
- disturbo da deficit di attenzione/iperattività,
- disturbo dell'apprendimento,
- disturbi percettivi,
- ritardo dello sviluppo,
- cecità,
- sindrome di down,
- mancanza di una regione cerebrale. (Doidge, 2016)

Gli interventi riportati nel libro *"Le guarigioni del cervello"* di Norman Doidge (2015) utilizzano varie forme di energia, come: la luce, il suono, la vibrazione, l'elettricità e il movimento, fornendo canali naturali e non invasivi che passano attraverso i sensi o il corpo per riattivare le capacità del cervello di guarire.

Ciascun organo di senso traduce le molte forme di energia intorno a sé in segnali elettrici che il cervello utilizza per il proprio funzionamento. Lo stesso pensiero stimola i circuiti cerebrali (Da Silva, 2015). Nella medicina orientale non è una novità l'utilizzo dell'energia della mente per guarire, ignorata per lungo tempo dalla medicina occidentale perché ritenuto inverosimile che la mente potesse modificare il cervello, la neuroplasticità è stata in grado di gettare un ponte fra due tradizioni mediche importanti: la medicina occidentale e la medicina orientale (Doidge, 2016).

Una ragione per cui i medici hanno ignorato l'utilizzo del corpo per curare il cervello è la tendenza recente a considerare il cervello più complesso del corpo e a identificarlo come la nostra essenza: noi siamo il nostro cervello, quindi esso è il dispositivo di controllo principale da cui il corpo dipende e di cui deve eseguire gli ordini (ibidem). Questa concezione è totalmente errata, lo dimostra il fatto stesso che il cervello si è evoluto molti milioni di anni dopo il corpo e per sostenere il corpo.

Esiste una comunicazione costante tra corpo e

cervello: il corpo è ricchissimo di neuroni, solo nel tratto digerente ce ne sono cento milioni (Doidge, 2016).

I neuroplastici perciò hanno imparato ad utilizzare i canali che collegano il corpo al cervello per favorire la guarigione. Corpo e mente lavorano insieme per "guarire" il cervello: un paziente colpito da un ictus cerebrale che non riesce ad usare il piede a causa di una lesione cerebrale se lo muove può in alcuni casi riattivare i circuiti cerebrali danneggiati (ibidem). Gli approcci neuroplastici richiedono il coinvolgimento attivo, nella cura del paziente, nella sua totalità: mente, cervello e corpo.

Norman Doidge ha riportato nei suoi libri esempi e storie vere di pazienti con patologie diverse che grazie all'ausilio di terapie neuroplastiche sono riusciti a "guarire": di seguito è riportata la storia di Cheryl Schitz, John Pepper e David Webbe, soggetti affetti da tre patologie totalmente diverse e fortemente invalidanti che mediante tecniche di riabilitazione neuroplastiche sono riusciti a guarire o ad attenuare i sintomi della propria patologia (Doidge, 2007).

LA STORIA DI CHERYL SCHILTZ

Cheryl Schiltz nel 1997 dopo un intervento di isterectomia, all'età di trentanove anni contrasse un'infezione postoperatoria. Le fu somministrata la gentamicina, antibiotico che a dosaggi eccessivi provoca danni alla struttura dell'orecchio interno: questo porta alla perdita dell'udito oltre che a gravi conseguenze al sistema dell'equilibrio. La paziente in questione non perse l'udito, le vene gravemente lesionate il sistema dell'equilibrio, diventando una *"wobblers"*: il suo sistema vestibolare era compromesso tra il novantacinque e il cento per cento (Doidge, 2007).

L'apparato vestibolare presenta tre canali semicirculari situati nell'orecchio interno, comunicano al cervello quando il corpo è in posizione eretta e i movimenti nello spazio tridimensionale (Kandel, 2014). Due canali segnalano i movimenti sul piano orizzontale e verticale, il terzo i movimenti in avanti ed indietro. I canali semicirculari hanno internamente delle cellule cigliate immerse in un liquido (ibidem). Quando si muove il capo il fluido



muove le ciglia le quali inviano il segnale al cervello informandolo del cambio di velocità ed in quale direzione. Ogni movimento richiede una adeguata coordinazione del resto del corpo. I segnali che provengono dall'apparato vestibolare vengono trasmessi da un nervo fino ad un gruppo di neuroni nel cervello, il nucleo vestibolare, che elabora i segnali ed invia i comandi ai muscoli (Kandel, 2014). Il malessere di Cheryl era intollerabile e dopo varie ricerche le venne consigliato di contattare Paul Bach-y-Rita, tra i più grandi pionieri nella comprensione neuroplastica. In uno dei suoi laboratori ha potuto sperimentare uno dei prototipi sul quale stava lavorando da anni insieme ai suoi collaboratori. La funzione della macchina messa a punto da Bach-y-Rita era quella di sostituirsi all'apparato vestibolare della paziente e inviare dei segnali al suo cervello attraverso la lingua (Danilov, 2007). Il danno di Cheryl riguardava nello specifico la connessione tra l'apparato vestibolare ed il sistema visivo, i suoi occhi non erano in grado di seguire un oggetto in movimento (Doidge, 2007).

La macchina ideata da Bach-y-Rita è costituita da un elmetto e da un dispositivo di plastica con degli elettrodi che vanno posizionati sulla lingua: un dispositivo linguale (Danilov, 2007).

Sull'elmetto è presente un accelerometro che rileva i movimenti su due piani, se la paziente piega la testa all'indietro delle piccole scosse elettriche sulla punta della lingua la informano che si è piegata troppo indietro (ibidem).

Con l'ausilio di questa macchina Cheryl sin dalla prima prova è riuscita a mantenere la posizione eretta, per la prima volta dopo cinque anni.

Il suo cervello decodificava i segnali provenienti dall'apparato vestibolare artificiale, il formicolio sulla lingua provocato dagli elettrodi raggiungeva la corteccia sensoriale arrivando fino alla regione che elabora l'equilibrio lungo un nuovo percorso cerebrale (Doidge, 2007).

Dopo la prima prova, che è durata un solo minuto, nel momento in cui Cheryl ha tolto il dispositivo linguale e l'elmetto è stata in grado di rimanere in piedi senza l'ausilio della macchina: era palesemente visibile un effettuo residuo, che durò la

prima volta venti secondi, pari ad un terzo del tempo in cui Cheryl aveva tenuto il dispositivo.

Nelle prove successive, in proporzione all'aumento del tempo in cui veniva utilizzata la macchina, aumentava anche il tempo residuo.

Il sistema vestibolare della paziente era rumoroso, disorganizzato, inviava segnali senza senso (Doidge, 2007). Il rumore provocato dal tessuto compromesso bloccava il segnale inviato dal tessuto sano. La macchina di Bach-y-Rita ha aiutato a rinforzare i segnali provenienti dai tessuti sani e a ristabilire altri percorsi cerebrali (Danilov, 2007).

Il cervello è costituito da numerosi percorsi neurali, se alcuni sono bloccati il cervello ne utilizza altri, questi percorsi secondari vengono scoperti con l'uso e potenziati: ogni seduta ha allenato il cervello di Cheryl estendendo il tempo residuo e dopo circa un anno la paziente è guarita, non usa più la macchina e non si considera più una "wobbler".

LA STORIA DI JOHN PEPPER

Nel libro *"Le guarigioni del cervello"*, Doidge (2015) racconta la storia di John Pepper un uomo che vive in Sud Africa a cui è stato diagnosticato il morbo di Parkinson nel 1968.

Oggi John Pepper fa molto esercizio fisico e ha imparato ad utilizzare il cervello conscio per controllare i movimenti normalmente controllati dal cervello subconscio e fa sette chilometri a piedi al giorno tre volte alla settimana. Si muove più velocemente di un paziente affetto dal Parkinson e non mostra i classici sintomi: trascinarsi dei piedi, tremore, rigidità muscolare, *freezing*, acinesia paradossa. Ha un buon senso dell'equilibrio e muove anche gli arti superiori. Non assume farmaci per il Parkinson da nove anni ma cammina perfettamente.

Ottantaquattrenne, soffre di questa malattia da quando aveva circa trent'anni. Piuttosto che degenerare è stato capace di sconfiggere i sintomi più gravi che portano all'immobilità e ci è riuscito seguendo un programma di esercizio fisico parallelamente a una forma particolare di concentrazione. Ritene che la spiegazione di questa "guarigione" sia nel fattore neurotrofico derivato da linee cellulari gliali (GDNF, *glial cell line-derived neurotrophic factor*)

prodotto dal cervello che ripara le cellule danneggiate (Zigmond, 2009).

Si tratta di un fattore di crescita del cervello, simile ad un fertilizzante, che favorisce la crescita cerebrale (Doidge, 2016).

Il GDNF è prodotto dalle cellule gliali che rivestono un'importanza fondamentale nel cervello: infatti il 15% delle cellule cerebrali sono neuroni, il restante 85% sono cellule gliali (Kandel, 2014).

Le cellule gliali comunicano costantemente fra loro, interagendo con i neuroni e modificando i segnali elettrici. Svolgono inoltre una funzione neuroprotettiva nei confronti dei neuroni, contribuendo a cablare e ricablare il cervello (Kandel, 2014).

Il GDNF è stato scoperto nel 1993 da Frank Collins e i suoi colleghi che notarono come contribuisse al cambiamento plastico cerebrale promuovendo lo sviluppo e la sopravvivenza dei neuroni dopaminergici, cellule che muoiono nei malati di Parkinson (Doidge, 2016). Il GDNF aiuta inoltre il sistema nervoso nella guarigione delle lesioni.

Micheal Zigmond ed altri ricercatori scoprirono che l'esercizio fisico provocava un aumento del GDNF negli animali da laboratorio e Pepper è sempre stato a conoscenza di questa scoperta (Zigmond, 2009)). Nei malati di Parkinson i deficit non coinvolgono esclusivamente il sistema motorio, possono presentarsi anche deficit cognitivi: una mobilità limitata indebolisce il cervello in modo secondario, un soggetto costretto all'immobilità, per mancanza di stimoli porta il cervello ad atrofizzarsi ed è possibile così notare nel paziente una riduzione della vista o dell'udito (ibidem).

I malati di Parkinson sviluppano infatti deficit cognitivi con un tasso più elevato della popolazione sana, deficit che possono sfociare in demenza (Doidge, 2016).

I farmaci attuali migliorano in modo significativo le capacità motorie, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, però non ne interrompono la progressione (ibidem). Chi si sottopone alle cure farmacologiche infatti nota che l'effetto del medicinale inizia a diminuire dopo circa cinque anni, questo comporta la necessità di aumentare il dosaggio del farmaco aumentando il rischio di effetti collaterali,

quali (Doidge, 2016):

- Discinesia: perdita del controllo motorio;
- Problemi psichiatrici: allucinazioni psicotiche dovute all'aumento della dopamina.

Il morbo di Parkinson è provocato da una incapacità della regione cerebrale, la substantia nigra, di produrre la dopamina (Zigmond, 2009).

Nel 1957 Avid Carlsson scoprì che la dopamina era uno dei neurotrasmettitori utilizzato per inviare segnali da un neurone all'altro e che l'80% della dopamina si concentra nella regione cerebrale che contiene la substantia nigra (Yeragani, 2010). Tra le varie funzioni svolte dalla dopamina vi è il consolidamento del cambiamento neuroplastico (ibidem).

Oleh Hornykiewicz dimostrò come bassi livelli di dopamina provochino la comparsa dei sintomi del Parkinson e di come la somministrazione di farmaci dopaminergici allevi i sintomi (Riederer, 2006). I livelli di dopamina possono scendere del 70% senza alcuna conseguenza ma all'80% i sintomi parkinsoniani aumentano. Queste ricerche hanno portato alla conclusione che la carenza di dopamina ha un aspetto centrale nei malati di Parkinson (Riederer, 2006). Cosa provochi il calo della dopamina nella substantia nigra e il motivo per cui altre regioni cerebrali smettano di funzionare non è ancora chiaro, motivo per cui il morbo di Parkinson viene chiamato idiopatico, non è certa cioè la causa ultima, sono noti però i sintomi, le aree danneggiate e quindi la patologia (Doidge, 2016).

Per il morbo di Parkinson esistono terapie sintomatiche efficaci, non esiste però alcun trattamento che ne rallenti la naturale progressione, questo è il motivo per cui gli scienziati sono alla ricerca di trattamenti non farmacologici.

Pepper riporta la sua testimonianza perché crede nell'efficacia delle strategie che sta utilizzando per combattere la malattia, smettesse di fare con costanza attività fisica è estremamente convinto di peggiorare radicalmente e nell'immediato, motivo per cui crede di poter aiutare molti pazienti a cui è stato diagnosticato il Parkinson incoraggiandoli a fare una attività fisica regolare: ha seguito un programma che prevedeva inizialmente di camminare



10 minuti, massimo 20 minuti al giorno (Pepper, 2013). Doveva coprire una certa distanza per due settimane prima di aggiungere un chilometro. L'istruttrice lo spronava a camminare dritto con la schiena e con lo sguardo rivolto in avanti data la sua postura curva e la testa rivolta verso il basso. Utilizzando un approccio a piccoli passi, allenandosi a giorni alterni, consentendo alla propria muscolatura di riposarsi, cominciò a migliorare sensibilmente. Nel giro di qualche mese camminava per otto chilometri alla velocità di circa otto minuti e quarantantacinque secondi. L'obiettivo era quello di raggiungere i cento battiti cardiaci al minuto e mantenerli per circa un'ora, tre volte a settimana. Il cambiamento avvenne in modo graduale e solo in retrospettiva Pepper riuscì a rendersene conto. A questo allenamento seguì successivamente un esercizio di consapevolezza nel passo e nel relativo movimento del piede durante la camminata: suddivise un'azione complessa e automatica come il camminare in tante piccole parti analizzando in modo meticoloso ogni singola contrazione muscolare, movimento, spostamento del peso, posizione delle braccia, delle gambe e dei piedi. Così riuscì a comprendere quelli che erano i suoi problemi maggiori. Si rese conto che la camminata lenta è una specie di caduta in avanti controllata e ciò che impedisce la caduta è il fatto che i piedi sostengono il peso, prima su un lato e poi sull'altro. Nel suo caso, quando camminava, il suo peso non era mai sostenuto in modo corretto dall'avampiede sinistro, impedendogli di sollevare in modo adeguato la gamba destra e questo lo portava a trascinare il piede destro. Non sollevava il piede sinistro e non lo spingeva verso l'alto e in avanti, perciò il tallone era ancora a contatto con il suolo quando il tallone dell'altro piede destro poggiava a terra, di conseguenza il piede destro non si sollevava mai quando superava la gamba sinistra: questo lo portava a trascinare i piedi. Non riusciva ad eseguire una caduta in avanti controllata. John Pepper impiegò circa tre mesi a superare questo problema: concentrandosi in modo da far sì che il piede sinistro sostenesse il peso del corpo in modo tale che il suo ginocchio destro avesse il tempo di raddrizzarsi

prima che il tallone toccasse terra. Tutto questo richiedeva una concentrazione estremamente focalizzata, ai limiti della meditazione. Questa tipologia di osservazione lo portarono a far emergere tutti i seguenti problemi relativi all'andatura: passi corti, mancata oscillazione delle braccia, si piegava in avanti all'altezza delle anche e la testa pendeva verso sinistra. Lentamente allungò il passo e per far oscillare le braccia iniziò a trasportare un peso da 1kg. Corresse la postura imponendosi di stare dritto, spingendo le spalle all'indietro e il petto in fuori ogni volta che si rendeva conto di assumere una postura scorretta. Ci volle un anno di pratica per interiorizzare tutti questi cambiamenti. Tornò a camminare normalmente purché si concentrasse su ogni piccolo gesto. Ancora oggi si osserva in modo dettagliato ogni volta che cammina: si tratta di un controllo conscio della camminata. Questo miracolo neuroplastico richiede un impegno ed una concentrazione costante.

Ha scritto un libro, auto pubblicato, che parla della sua esperienza *"There Is Life After Being Diagnosed with Parkinson's Disease"* al cui inizio è presente la prefazione del suo medico Colin Kahanovitz che conferma la diagnosi di Parkinson testimoniandone i miglioramenti, le innovazioni, l'onestà e la determinazione del paziente (Pepper, 2013). L'intento di Pepper non è quello di dichiarare di aver curato la sua malattia ma di aver fatto regredire i sintomi più temuti con una attività quotidiana specifica ed il fatto che esistono nuove modalità neuroplastiche per gestirli, interromperne la progressione ed in alcuni casi farli regredire (Pepper, 2013). Pur non assumendo più alcun farmaco il messaggio di Pepper non è quello di interrompere il trattamento farmacologico, lo stesso ha interrotto la cura farmacologica del tutto solo dopo essersi dedicato per diversi anni all'attività motoria e sottolinea che probabilmente il suo percorso di guarigione può non essere adatto a chiunque ma la sua testimonianza e le innovazioni introdotte da Pepper con la sua storia sono coerenti con le recenti scoperte nel campo della neuroplasticità (Pepper, 2013).

La comunità scientifica nel 2011 ha preso in considerazione l'esperienza di John Pepper

pubblicandola su una delle riviste mediche ufficiali più importanti: il *Neurology* (Doidge, 2016). Studi hanno confermato l'importanza e il ruolo centrale che ha un'intesa attività fisica nel trattamento del morbo di Parkinson e hanno confermato che in soggetti affetti da questa malattia camminare tre volte alla settimana per quarantacinque minuti, per sei mesi, porta miglioramenti nei sintomi motori, nell'umore e riduce l'indebolimento.

LA STORIA DI DAVID WEBBER

Nel libro *"Le guarigioni del cervello"*, Doidge (2015) racconta la storia di David Webber, un uomo che ha perso la vista all'età di quarantatré anni.

Dopo anni di terapie farmacologiche e numerosi interventi agli occhi, tutti fallimentari, oggi Webber ha smesso di assumere farmaci e ha recuperato la vista. I danni recati dalla malattia sono ad oggi molto evidenti: l'occhio destro è leggermente ruotato verso l'esterno, la pupilla è dilatata e l'iride dell'occhio destro è marrone-verde, molto più scura dell'occhio sinistro. Oggi David vede, ma si muove con cautela e con i movimenti e la consapevolezza tipica delle persone non vedenti.

I cenni della malattia che lo hanno condotto alla cecità comparvero nel 1996, a lavoro durante una presentazione un collega gli fece notare che aveva un occhio arrossato. Giunse dall'oculista, il quale gli diagnosticò l'uveite, malattia autoimmune a causa della quale gli anticorpi dell'organismo provocano un'inflammatione oculare: negli Stati Uniti la cecità è provocata per il 10% da questa malattia (Doidge, 2016). L'inflammatione si diffuse molto rapidamente e interessò l'iride, il centro della retina ed il cristallo e questo portò gradualmente David a perdere la vista. Dopo numerose cure farmacologiche e vari interventi Webber non riuscì a fermare la malattia e perse gradualmente la vista.

Un giorno ricevette dal suo medico di famiglia un fascicolo informativo relativo ad un approccio alternativo messo a punto da un medico oculista e chirurgo oftalmico di New York: William Bates vissuto dal 1860 al 1931 che aveva trattato con successo molti problemi oculistici comuni, riuscendo in alcuni casi a risolvere anche forme di cecità

utilizzando degli esercizi di riorganizzazione neurolastica (Di Noto, 2013).

Bates dimostrò che la vista non è il prodotto di un processo sensoriale passivo, implica il movimento ed è influenzata da movimenti abitudinari degli occhi (ibidem).

Bates, in seguito a degli studi si rese conto di come la chiarezza visiva sia soggetta a costante fluttuazione, soprattutto nel caso in cui l'individuo è sottoposto a stress. Mise in dubbio l'idea secondo cui la messa a fuoco dipendesse unicamente dalle modificazioni della curvatura del cristallino e dimostrò che i muscoli esterni dell'occhio permettono l'accomodazione causando l'allungamento o l'accorciamento del globo oculare (Di Noto, 2013). La scoperta che i muscoli extra oculari possono far accorciare o allungare l'occhio si è dimostrata cruciale: quando il globo oculare è troppo allungato l'immagine che attraversa il cristallino non riesce a raggiungere la retina e la visione diventa sfocata (Doidge, 2016). Secondo Bates la visione sfocata è da attribuire quindi all'ipertonicità dei muscoli oculari esterni che frequentemente si riscontra nella persona miope. Riteneva inoltre che il movimento degli occhi fosse fondamentale per una visione nitida: la porzione centrale della retina, la macula, si muove continuamente quando si legge una parola o anche una singola lettera (Doidge, 2016). Convinto che l'affaticamento visivo e l'ipertonicità muscolare disturbassero la vista ideò degli esercizi per rilassare gli occhi e scoprì che mettendoli in pratica i suoi pazienti potevano usare lenti con una gradazione minore e che molti di loro potevano addirittura togliere gli occhiali: curava la vista con metodi naturali (Di Noto, 2013).

Il metodo batesiano non era idoneo per la problematica presentata da Webber che aveva una inflammatione molto grave, fu il metodo Feldenkrais, con le lezioni di ATM (*Awareness Through Movement*) ad aiutarlo, metodo che presentava molte analogie e tecniche simili al metodo batesiano (Doidge, 2016).

In un primo momento, le lezioni di ATM avevano il fine di attenuare l'ansia e il generale nervosismo di Webber. Successivamente seguì in modo specifico



una delle lezioni lasciate in eredità da Feldenkrais dedicata unicamente agli occhi, chiamata "Movimenti per l'Occhio". Si trattava di esercizi che presentavano numerose analogie con quelli della tradizione buddista che avevano il fine di migliorare la vista in persone vedenti (Rywerant, 2003). Questa lezione consentì a Webber di reintegrare i propri occhi nella propria immagine corporea, soprattutto l'occhio destro, quello morto. Il fine dell'esercizio era quello di tornare a sentire i propri occhi facendo movimenti oculari lenti e consapevoli ad occhi chiusi, prevedendo anche tecniche meditative immaginative relative soprattutto al colore nero/blu. L'*imaging* cerebrale ha dimostrato che chi fa esercizi mentali di questo tipo genera cambiamenti nelle stesse aree del cervello di un soggetto che fa esercizio fisico (Doidge, 2016).

Dal momento in cui era diventato cieco David aveva tolto totalmente dalla propria immagine mentale il proprio occhio destro. Nella creazione dell'immagine corporea sono presenti una componente mentale ed una componente neurologica. Webber aveva rimosso dalla sua testa la percezione della posizione occupata dal suo occhio ed il cervello, essendo un organo che se non usato perde la propria funzionalità, porta con il tempo la mente o a cessare di rappresentarsi una parte del corpo non utilizzata o all'alterazione della rappresentazione nella mappa cerebrale. Micheal Merzenich ha dimostrato infatti, con l'ausilio di microelettrodi che quando un animale non utilizza una parte del corpo la mappa cerebrale relativa a quell'organo si rimpicciolisce o viene assegnata alla rappresentazione di altre parti (Merzenich, 2003).

Webber cominciò così a riacquistare la vista lentamente e iniziò anche a ridurre l'assunzione di corticosteroidi. Nella tecnica di Feldenkrais introdusse delle personali varianti, imparando a stimolare gli occhi strizzandoli con l'uso esclusivo dei muscoli extra oculari in modo da incalzare il drenaggio delle cellule morte e ridurre la pressione intraoculare e con l'esercizio "mano a campana" di Feldenkrais fece in modo che la parte del corpo di cui aveva maggior consapevolezza (la mano) potesse insegnare a quella meno consapevole (occhi) come

muoversi e rilassarsi. Lentamente, eseguendo quotidianamente questi esercizi il tono muscolare dell'occhio tornava alla normalità, aumentava la circolazione sanguigna, l'ampiezza e la fluidità dei movimenti oculari, ricevendo più informazioni da rimandare alla corteccia visiva (Doidge, 2016). Oggi Weber vede e indossa gli occhiali solo per svolgere alcune attività data la rimozione del cristallino in seguito ai numerosi interventi subiti.

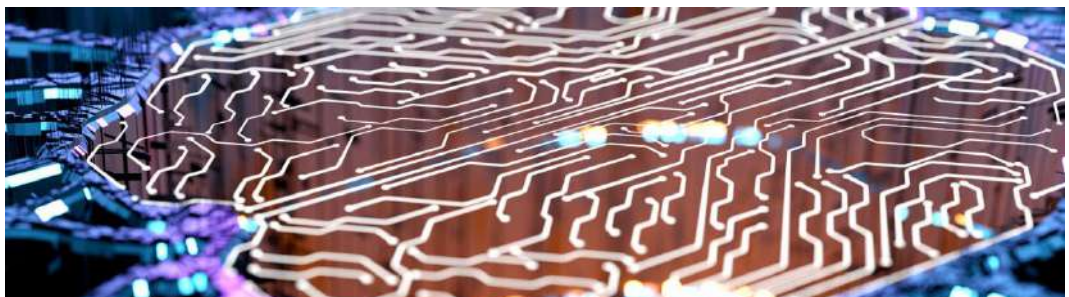
CONCLUSIONE

In questo articolo sono state citate alcune delle recenti tecniche di riabilitazione neuroplastica che hanno aperto uno spiraglio di speranza per alcune patologie ad oggi prive di cura. Quello che Doidge e colleghi hanno mosso è solo il primo passo di un lungo cammino di ricerche e scoperte. Si tratta però di un passo importante, determinate, che ha permesso di percorrere una strada ancora inesplorata dalla scienza, modificando l'idea secolare che il cervello fosse immutabile. Gli studi sul cervello negli anni non hanno seguito un percorso lineare, non è stato un crescendo di acquisizioni e scoperte integrate reciprocamente, la stessa teoria neuroplastica ha visto numerosi oppositori che hanno rallentato le ricerche e l'affermarsi della stessa malgrado le dimostrazioni scientifiche. Tutt'ora fatica ad affermarsi con le nuove tecniche riabilitative da essa proposte, tecniche dotate di una reale credibilità scientifica grazie agli studi che hanno permesso di dimostrare di poter essere sostitutive in alcuni casi a delle assunzioni farmacologiche. Si è aperto ufficialmente un nuovo capitolo per le neuroscienze che in tempi rapidi porterà nuove scoperte e tecniche riabilitative sul tema dell'umano.

BIBLIOGRAFIA

- Ballester, M. (2016). *Counteracting learned non-use in chronic stroke patients with reinforcement induced movement therapy*. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation.
- Danilov, Y. et. al. (2007). *Efficacy of electrotactile vestibular substitution in patients with peripheral and central vestibular loss*. J Vestib. Res., pp. 119-130.

- Da Silva, R. D. (2015). *Stimulation by Light and Sound: Therapeutics Effects in Humans. Systematic Review*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, pp. 150-154.
- Di Noto, U. D. (2013). *Eye Exercises Enhance Accuracy and Letter Recognition, but Not Reaction Time, in a Modified Rapid Serial Visual Presentation Task*, PLoS One.
- Doidge, N. (2007). *Il cervello infinito*. Milano, Adriano Salani Editore s.u.r.l.
- Doidge, N. (2015). *Le guarigioni del cervello*. Milano, Adriano Salani Editore s.u.r.l.
- Doidge, N. (2016). *The Brain's Way of Healing; Remarkable Discoveries and Recoveries from the Frontiers of Neuroplasticity*. USA, Penguin Group USA.
- Hasselmo, M. et. al. (1997). *Noradrenergic Suppression of Synaptic Transmission May Influence Cortical Signal-to-Noise-Ratio*. Journal of Neurophysiology, Vol. 77, pp. 3326 - 3329.
- Kandel, S. J. (2014). *Principi di neuroscienze*. Milano, Zanichelli.
- Mahncke, B. M. (2006). *Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention*. Prog Brain Res., pp. 81-109.
- McClelland, S. (2001). *Mechanisms of Cognitive Development: Behavioral and Neural Perspectives* London, Lawrance Erlbaum Associates
- Merzenich, M. et. al. (1983). *Topographic reorganization of somatosensory cortical areas 3b and 1 in adult monkeys following restricted deafferentation*. Neuroscience, pp. 33-55.
- Merzenich, M. (2013). *Soft-Wired: How the New Science of Brain Plasticity Can Change Your Life*. San Francisco, Lightning Source Inc.
- Moskowitz, MH. (2008). *Central Influences on Pain*. Interventral Spine, pp. 39-52.
- Pepper, J. (2013). *Reverse Parkinson's Disease*, Pittsburgh, RoseDog Book.
- Peterson, M. (1995). *MAP: a Macintosh program for generating categorical maps applied to cortical mapping*. J Neurosci Methods, pp. 133-144.
- Riederer, R. Y. (2006). *Parkinson's Disease and Related Disorders*. Vienna, Springer.
- Rywerant, F. (2003). *The Feldenkrais Method: Teaching by Handling*. Basic Health Pubns.
- Taub E. (2012). *The Behavior-Analytic Origins of Constraint-Induced Movement Therapy: An Example of Behavioral Neurorehabilitation*. Behav Anal., pp. 155-178.
- Wildenberg, T. D. (2011). *High-resolution fMRI detects neuromodulation of individual brainstem nuclei by electrical tongue stimulation in balance-impaired individuals*. Neuroimage, pp. 2129-2137.
- Wong-Riley, M. et. al. (1981). *Maintenance of neuronal activity by electrical stimulation of unilaterally deafened cats demonstrable with cytochrome oxidase technique*. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 90 (2 Pt 3), pp. 30-32.
- Xie, L. et al. (2013). *Sleep Drives Metabolite Clearance from the Adult Brain*. Science 342, pp. 373 - 377.
- Yeragani, T. C. (2010). *Arvid Carlsson, and the story of dopamine*. Indian J Psychiatry, pp. 87-88.
- Zigmond, M. et al. (2009). *Triggering Endogenous Neuroprotective Processes Through Exercise in Models of Dopamine Deficiency*. Parkinsonism and Related Disorders, Vol. 15, pp. 42-45.





LA SEPARAZIONE DI UN LEGAME SIMBIOTICO ATTRAVERSO UN INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO PSICOMOTORIO

Efisia SattaDirigente Psicologa-Psicoterapeuta,
A.S.L. Taranto,
Dipartimento di Salute Mentale**Mariarosa Ambrosi**Psicomotricista, A.S.L. Trento,
Dipartimento di Salute Mentale**Brigida Ruggieri**

Psicologa-Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Il presente articolo è la sintesi di un percorso psicoterapeutico con una bambina con grave ritardo del linguaggio. L'intervento a "quattro" prevedeva che la bambina giocasse con la psicomotricista e la madre osservasse e riflettesse con la psicoterapeuta. Parallelamente, con la coppia si è lavorato sulle capacità e ruolo genitoriale.

PAROLE CHIAVE

legame, simbiosi, separazione, genitorialità, comunicazione, parole vuote.

PREMESSA

La storia della psicoterapia, è per molti aspetti, la storia degli incontri tra modelli terapeutici esistenti e nuove popolazioni cliniche, spesso diversa da quelle per le quali erano stati pensati i concetti e le tecniche esistenti (D.N. Stern 1995).

La psicoterapia dell'età evolutiva vede oggi un periodo florido e sempre più in rapida espansione.

I vari operatori si ritrovano, partendo da concetti teorici di base noti, a percorrere strade (spesso poco note) che tendono all'integrazione degli stessi. Il tutto per raggiungere la nuova popolazione di giovani pazienti.

Già da molto tempo, i clinici che si occupano della relazione madre-bambino, hanno dato origine ad un'ampia gamma di concetti teorici e programmi di intervento.

Come afferma Stern (1995) la relazione genitore-bambino offre numerosi aspetti peculiari. Tra i più significativi per quanto verrà poi esposto troviamo che: il bambino non è una persona ma una relazione, quella tra il bambino e i suoi genitori e questo viene influenzato dal loro vissuto che va ad integrarsi con la storia del bambino. Inoltre, spesso, non è dato di sapere quanto la natura psicologica del bambino sia il frutto dei desideri, paure, ecc. dell'immaginario generale.

Inoltre, la relazione tra bambino e genitore, avviene in modo esclusivamente non verbale e pre-simbolico, da cui la patologia come risultato di queste interazioni preverbalì (Stern 1995).

PRESENTAZIONE

Al momento dell'invio al Servizio di Psicologia Clinica, Claudia ha 5 anni, frequenta la scuola materna con sostegno scolastico. Due anni prima, nel momento del suo ingresso alla Scuola Materna viene inviata, al Servizio di Neuropsichiatria Infantile per grave ritardo del linguaggio. Viene attivato il sostegno scolastico e intervento logopedico. Claudia è figlia unica di una donna di 34 anni operaia e di un uomo di 42 anni camionista, che trascorre molto del suo tempo fuori dall'ambito familiare. La madre, all'avvicinarsi del parto chiede che le venga fatto il cesareo per "paura". Alla nascita la bambina non presenta alcun problema neurologico.

Il primo intervento dura circa un anno e mezzo, dove la richiesta formulata dalla madre era stata rinforzata dalla presa in carico del sintomo.

La logopedista era preoccupata dalla velocità, con cui la bambina imparava parole in quanto vuote e senza referente, usate solo a livello ripetitivo.

Nello stesso tempo durante la terapia logopedica, sviluppa una serie di stereotipi, quali la richiesta di utilizzare carta, penna e fogli, soprattutto trasparenti, con l'intento, di voler scrivere, ma l'uso era di "vederci attraverso"; come chi cerca oltre, nell'impossibilità di passare attraverso.

Questi ed altri stereotipi stavano a manifestare quanto, le pressioni riguardo alle richieste di apprendimento del linguaggio, fossero per la bambina svianti rispetto al suo reale bisogno di comunicare.

Di contro, la madre ripeteva che per lei era "essenziale" che la figlia "parlasse". Al di là della comunicazione, come un suo bisogno di riempire un vuoto nella comunicazione.

L'invio viene fatto con indicazioni precise di trattamento psicomotorio, ancora una volta, basato sulla comunicazione.

Percorso terapeutico

Durante il primo colloquio la madre, di sé riporta un rapporto idealizzato e conflittuale con la propria madre, di cui teme il giudizio. Inoltre, emerge un bisogno di "perfezionismo" accompagnato dal

dare di sé un'immagine apparentemente in armonia con le richieste sociali.

Ai primi colloqui di osservazione il padre di Claudia appare chiaramente ai margini della relazione, intervenendo al dialogo solo se invitato quasi in "punta di piedi", mantenendo comunque una posizione esterna alla relazione madre bambina, dettata nel colloquio dalle continue intrusioni e sovrapposizioni della moglie.

La madre di Claudia, a domande precise, sembra non riuscire a focalizzare la risposta ma appare perdersi nei meandri dei suoi pensieri, mostrando un'apparente capacità a dialogare senza però riuscire a contenere le domande o il dialogo stesso.

Nell'osservazione emerge un disagio della bambina espresso attraverso vari tipi di atteggiamenti come regressione (fare la pipì addosso in seduta), o mostrarsi in un'immagine di bambina "che sa fare", quasi come se immaginasse che questo la mamma si aspettasse dall'osservazione, nominando le scritte e i disegni nella stanza senza poi però entrare in relazione con il terapeuta (fuga dello sguardo, di contatto sia fisico che a distanza) annullando come a negare la presenza. Di fronte all'impossibilità della bambina di fermarsi su un oggetto la mamma rilevava la "competenza", senza notare l'evidente fuga dalla relazione.

Da ciò risultò chiara l'impossibilità a lavorare solo con la bambina, in quanto sussistevano forti fantasmi nella madre di quello che poteva succedere, sia in sua presenza sia in sua assenza. Di contro, la madre anche invitata, non riusciva a leggere e a vedere le emozioni che circolavano sia in lei sia nella bambina, come in una rete con i fili interrotti, dove i segnali partono, ma non passano e non arrivano all'emittente, il tutto reciprocamente.

Valutato quanto emerso durante l'osservazione, si rese necessario impostare un lavoro non più incentrato sulla bambina, ma su un disagio circolare familiare.

Da qui la presa incarico psicologica-psicomotoria. L'inizio è stato dare la "regola" che la madre potesse guardare senza intervenire con la "regola" di comunicare con lo psicologo in setting a



quattro settimanalmente.

Il setting concordato con la madre fu: la bambina gioca con la psicomotricista e la madre osserva (senza intervenire nella relazione tra la psicomotricista e la bambina), ma poteva condividere i propri vissuti, emozioni, angosce e anche gioie con la psicologa, riflettendo, con la stessa, su quello che il gioco esprimeva e comunicava. Inoltre venivano effettuati incontri quindicinali di psicoterapia con la coppia genitoriale.

Il passo iniziale più importante e più difficile da elaborare, fu quello di spostare la focalizzazione del problema, centrato sulla bambina ed esteso quindi alla famiglia e la successiva richiesta di coinvolgimento attivo del padre nel lavoro psicoterapeutico, assente fino a quel momento.

Le resistenze della madre erano molto forti per escludere il padre dal lavoro con la coppia madre-bambina. Da una parte il padre era "troppo" occupato, dall'altra c'era la presenza di una figura "tecnica" che "basta a tutto" dove, inoltre, sussisteva la difficoltà presentata da entrambi di diversi pensieri, sentimenti e di pensare di poter agire ma di demandare ad altri le decisioni e responsabilità (... "la maestra ha detto...il dottore ha detto..."). Questo mise molto in crisi la madre di Claudia perché la costrinse ad entrare in quel vuoto che la richiesta di "parlare" alla figlia riempiva. Così come il demandare ad una autorità esterna denotava una "con-fusione" nella madre della figura parentale madre padre, indifferenziata e non interiorizzata.

Tutto ciò ha comportato un lungo e sofferto travaglio, durato mesi, in quanto significava per la madre dirsi, per la prima volta, quali erano le sue emozioni, in relazione alla figlia e al marito e quindi anche quale posizione ognuno aveva, poteva e doveva avere.

La madre aveva difficoltà a viverci, nella stanza, separata dalla figlia; anche lei mostrava momenti di forte angoscia non riuscendo a dargli un nome. Nei momenti più angoscienti ripeteva con la mimica gli sguardi e le espressioni della bambina. Per la prima volta costretta ad essere dentro ma fuori, osservatrice della relazione; presente e

attiva sul piano emotivo, ma impotente sul piano fisico.

La prima volta piange, rigida, sulla sedia e poi commenta, come spesso accadrà in seguito, con frasi colpevolizzanti. "Forse ho sbagliato tutto..." "Quando è così (si disperde nell'ambiente) ... non riesco a fermarla" "... la nostra casa è molto grande".

La seconda volta è meno barricata anche se risponde rigidamente e anaffettivamente alla bambina e a quanto osserva, riuscendo a controllare le emozioni, il pianto. Come la bambina dovrà, prima di provare ad esprimere emozioni, passare da una rigidità cattiva a una rigidità buona.

E' possibile per lei sentire gli aspetti più arcaici-emotivi della bambina collocandoli nella bambina e non in se stessa. Anche se rimane ancora impossibile mentalizzare.

La madre è in seguito coinvolta nel gioco e appare rigida come chi osserva ossessivamente prima di agire. Ma diventa capace di sentire la paura e l'angoscia della bambina ("non erano capricci") e di cercare soluzioni, con un contenimento posturale meno rigido.

E inoltre, giocando si riappropria della sua bambina chiedendo attivamente di poter avere parte nel suo gioco.

Parallelamente, durante un colloquio di coppia, per la prima volta, la madre si era sentita separata nelle emozioni e pensieri della figlia; significativo per lei fu la scoperta che Claudia aveva pensieri per il padre (il budino messo da parte per lui), che non erano partiti dalla madre, ma erano nella mente e nelle emozioni della figlia. [Da qui l'accettazione del lavoro sulla coppia genitoriale e coppia madre-bambina].

RISULTATI

Nella coppia genitoriale emerge la possibilità di un reciproco scambio per stabilire le reciproche posizioni di ruolo e successive richieste emotive. Durante i primi colloqui, è il padre che manifesta maggiore vicinanza empatica con Claudia, sembra vedere e sentire ciò che per la madre risulta

intelligibile, successivamente e gradualmente (a distanza di mesi il parallelo alla terapia madre/bambina), la madre recupera l'alleanza con la bambina e una capacità a leggerne i bisogni, oltre a fare richieste di ruolo specifiche verso il padre. Di contro il padre sembra essere meno alleato della bambina e sempre più capace di uno spazio "tra" la madre e la figlia ponendosi come separatore che pone richieste di "presentazione" di regole (per es. che la bambina dorma nel letto da sola e senza la madre, o in campagna possa sperimentarsi senza l'occhio troppo coprente della madre ma con il solo ruolo di guida).

La bambina nei primi rapporti di gioco manifesta angoscia e timore del contatto con gli oggetti cose e persone. Si disperde passando da un gioco all'altro senza potersi fermare su nessuno.

La paura della RELAZIONE inizialmente è tale che malgrado Claudia identifica e riconosca la psicomotricista come il collegamento, all'interno del Servizio, con l'esperienza passata, si sposta verso altri adulti e spesso quando non regge il rapporto con l'oggetto, rivolge la sua attenzione alla libreria, guarda i libri e ... si perde.

Gradualmente cresce la fiducia nella relazione indicata anche dalla risposta positiva ai limiti e alle regole date dalla psicomotricista.

La difficoltà di staccarsi dal gioco e dalla relazione viene affrontata nel gioco di disequilibrio "di essere buttata via" e di ritrovarsi nell'abbraccio della madre.

Il primo gioco di relazione osservato, breve ma attivo, è consistito nel passarsi, facendolo giocare, un orsetto. Gioco che in seguito diventa lo scambio della pallina speciale, sferica, materna. E poi gioco del nastro, in cui madre/psicomotricista/Claudia si intrecciano in un cerchio che si può sciogliere mantenendo l'individualità di ciascuno. Anche la manipolazione è per lei male e per esempio dopo aver schiacciato una pallina di pongo, senza riuscire a costruire qualcosa, porta fuori la valigetta del dottore come a dire che lei ha qualche malattia, e accetta di riconoscere che la si può curare, che può ricevere una medicina buona. Il cibo, le palline di pongo miscelate con

la medicina può diventare buono. Rendendo possibile il passaggio dalla simbiosi all'individualità attraverso un'altra simbiosi BUONA in cui "Miscelarsi" per poter stabilire l'attaccamento e diventare se stessa.

Il GIOCO, è in principio dispersivo, frammentato come delle sequenze successive senza un filo conduttore. In particolare esprime attrazione e repulsione con le "cose morbide", sia se si trattava di una struttura su cui appoggiarsi in piedi o dove abbandonarsi fiduciosa e senza contrattare, sia un'orsetto da trattenere ed abbracciare. Il primo gioco è "affrontare" il "pericoloso" morbidone, sotto lo sguardo rassicurante, e scappare sul duro e solido per poi ritornare; come esperienza di continuità e integrità dell'io nel cambiamento con l'oggetto che conduce a fantasmi di fusionalità nel confondersi con nell'altro.

Il giocare di Claudia evolve perdendo la caratteristica di rigidità stereotipata. I vecchi giochi non la soddisfano più e sembra avere una sua idea di gioco anche se è ancora confusa e impossibile da realizzare per cui si osserva un'agitazione senza oggetto ma subito cerca e organizza un gioco che la coinvolge a livello di piacere senso motorio nella conquista attiva dello spazio e nel lasciarsi andare, abbandonarsi passivamente al morbido. Poi gioca simbolicamente questo piacere attivo e passivo attraverso l'orsetto che viene lanciato dolcemente verso l'altro che lo fa scivolare verso il basso in un gioco di scambio, di relazione attiva. Gradualmente lo spazio si fa simbolico; la casetta in cui "custodire" gli orsetti morbidi e uno spazio "fuori dallo sguardo" in cui cullando l'orsetto si prende cura dei propri bisogni più profondi. Per la prima volta può abbandonarsi ad un profondo contatto nel contenitore, protetta e contenuta dalla voce del terapeuta che la coccola con le parole e la "sostiene dal vuoto".

Dal momento in cui si appropria di questo contenitore, nel piacere del vissuto arrivano dall'esterno i ragni- draghi. Il fragile orsetto resta dentro al sicuro, lei esce col bastone a combattere.



Dopo la lotta, l'interiorizzazione del paterno recupera le parti buone dei ragni draghi, trasformati in esseri "ospitabili". Claudia può riappropriarsi di queste parti del Sé e della possibilità di giocare e l'ambivalenza tra amore e odio, esserci non esserci?

La lotta, l'aggressività possono essere giocate nel cuscino-spazio della rappresentazione a livello simbolico, in un movimento continuo dove può essere giocata la tenerezza.

Dopo aver affrontato la parte materna negativa (divorante insinuante) può permettersi di giocare con il cibo e lo sporco (nutrimento e pulizia, cura delle bambole).

Claudia può, dopo aver utilizzato questi "oggetti" solo in seduta, trattenere stabilire una continuità tra setting e casa usando gli oggetti ed eventi simbolici (didò, specchio, sporco, cacca). Infine gioca spesso con le bambole assumendo un ruolo di maternage.

Il pulire non è più solo un pulire ma è anche un creare disegni.

Gli elementi paterni sono via via più utilizzati (il gioco del pallone, dei birilli, dell'attacco) e le funzioni paterne più presenti (rimettere apposto i giochi). E gli elementi materni e paterni possono essere giocati insieme nel condurre utilizzando una mazza le palline lungo un percorso definito. Claudia porta un problema divorante e distruttivo di non separazione non suo ma tra la madre e la nonna che durante una seduta riesce ad esprimere attraverso la messa in scena di una famiglia "con i capelli" e il desiderio di tagliare i capelli (potere) della nonna.

Parallelamente al problema della separazione madre-figlia, nel momento in cui questa si può affrontare, Claudia mostra il problema della sua identità ancora molto angosciante.

Dimostra, così come la madre, una grande tenacia, una notevole ostinazione positiva anche su temi angoscienti. Ogni gioco è il "suo" gioco, una sua ricerca di forme, di legami, di distanze che possono essere ricostruite e ri-distrutte ogni volta. Il gioco diventa ricerca attiva di differenziazione, nel costruirsi un'identità che deve

anche conoscere e comprendere l'altro differenziato. La relazione non è più pericolosa l'elemento materno non è più simbolico e indifferenziato e il legame può essere giocato potendo essere più vicino/ più lontano.

Il progetto di gioco può essere contenuto dal pensiero e ostinatamente portato avanti non più ostacolato dall'angoscia di frammentazione poiché sostenuto da un Io unitario.

La bambina porta in seduta, giocandole attraverso gli animali, parti animate di Sé che vengono consegnate alle terapeute (parti più infantili) e alla mamma (parti più adulte).

L'introduzione e la simbolizzazione degli aspetti materni non necessitano più di una presenza materna reale.

L'armadio, contenitore delle parti buone e di quelle che fanno paura, comunque accessibili e rappresentanti un corpo materno unitario sono tutte giocabili. Vuole "scavare" e sperimentare che il contenuto non si perde nel contenitore. Ma è ancora presto per entrare liberamente nella vasca grande per il rischio simbiosi ancora presente.

CONCLUSIONI

Lo "spazio a quattro" e la psicoterapia con la coppia genitoriale, si sono dimostrati un intervento efficace per la "facilità e mobilità" con cui si è verificato il cambiamento, peraltro inatteso. In quanto il quadro iniziale si presentava molto "fisso" e qualsiasi cambiamento nella bambina, anche minore, si sarebbe potuto pensare "pericoloso", se non vissuto e accolto e accompagnato dalla presenza e cambiamento della madre (e del padre). Infatti, più volte durante il percorso madre - bambina, si è visto confermare che, se la madre fosse stata tenuta fuori, questo avrebbe potuto ingigantire i fantasmi in entrambe. Così come all'interno, l'"apprendimento" del linguaggio madre- bambina, potesse verificarsi solo in un vissuto condiviso, seppur separato, ma in un contenitore duplice per la madre e per Claudia. Essenziale l'azione avviata dal padre di separare e dare regole ma nello stesso tempo.



BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim B., (1988) "Un genitore quasi perfetto", Feltrinelli.
- Bowlby J (1969), Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby J (1973), Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bowlby J (1988), Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 1989
- Recamier, P., C., (1979). "De Psychanalyse en Psychiatrie", Payot, Parigi. Von Franz.
- Fonagy P (2001), Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Fonagy P, Target M (1997), Attaccamento e funzione riflessiva. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Kernberg O. (1993), "The Couple's Constructive and Destructive Superego Functions", J. Am. Psycho-Anal. Assoc., vol. 41.
- Recalcati M. (2011), Cosa resta del padre?, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Stern, D. (1995) " La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre bambino.", Bollati Boringhieri.
- Stern D. (1985), Il mondo interpersonale del bambino. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Winnicott, D. (1981) "Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti", trad. Corinna Ranchetti, Firenze, Martinelli.
- Winnicott, D. (1981) "Bambini", trad. Corinna Ranchetti, Firenze, Martinelli.



DISTORSIONI COGNITIVE E DEFICIT DELLE CAPACITÀ EMPATICHE NEGLI AUTORI DI REATI SESSUALI UNA REVISIONE INTEGRATA

Fabiana Perosce

Psicologa, Master in Psicologia
Giuridica, Operatrice della rete dei Centri
Antiviolenza della Rete Sanfra

RIASSUNTO

Da sempre l'interesse nei confronti degli autori di reati sessuali è particolarmente elevato da parte della collettività sociale, per il percepito carattere di pericolosità attribuito a soggetti spesso definiti come mostri perversi, insanabili, incorreggibili. L'ampio numero di vittime coinvolte e le rilevanti conseguenze psicologiche che in esse si ingenerano a seguito dell'abuso sessuale, rendono tale fenomeno un importante problema di salute pubblica e di intervento del sistema di giustizia (McMahon, 2000). Da tempo i ricercatori si interrogano nell'esaminare cosa spinge un uomo a violare il diniego esplicitato dalla vittima nell'essere coinvolta in attività sessuale, e di gran lunga più rilevante è l'interesse nei confronti di soggetti adulti che intrattengono attività sessuali con bambini. Il comportamento, impulsivo o fantasia sessuale causa

un disagio clinicamente significativo nell'area sociale, professionale o in altre importanti aree di funzionamento del soggetto" (Coleman, 2000). Il termine di perversione nel principale manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM V), nel tentativo di non essere giudicante, viene sostituito con quello di parafilie e suggerisce una definizione attuando la restrizione del termine alle situazioni sopracitate.

Il DSM-5 traccia una linea netta tra i comportamenti sessuali atipici, le parafilie, e i Disturbi Parafilici che devono necessariamente comportare disagio clinicamente significativo e alterazione del funzionamento.

Uno studio condotto su 1025 soggetti in trattamento per reati sessuali, come mostrato nella **Tab.1**, ha verificato l'elevata presenza di comportamenti parafilici (Abel et al., 1993; Abel, Osborn e Twigg, 2001).

Parafilia	% soggetti	Età media di insorgenza
Travestitismo	5,9%	13,6
Zoofilia	4,9%	17,4
Feticismo	4,7%	16
Voyeurismo	13%	17,7
Pedofilia a danno di vittime di sesso maschile	19%	18,2
Telefonate oscene	3,2%	19,3
Masochismo	3,2%	19,3
Sadismo	4,4%	19,4
Frotteurismo	8,5%	20,7
Esibizionismo	20,4%	21,1
Pedofilia a danno di vittime di sesso femminile	25,6%	21,6
Masturbazione in pubblico	3,9%	21,8
Violenza sessuale	15,9%	21,8
Pedofilia incestuosa a danno di vittime di sesso maschile	7,1%	23,5
Pedofilia incestuosa a danno di vittime di sesso femminile	24,1%	27,1

Tab. 1

Recentemente Ward, Keenan e Hudson (1998) hanno proposto che gli autori di reati sessuali possano soffrire di un deficit nella loro capacità di comprendere e attribuire gli stati mentali agli altri. La loro revisione della letteratura sull'eziologia dell'offesa sessuale ha suggerito che i deficit di intimità, i deficit di empatia e le distorsioni cognitive indicano una mancanza di consapevolezza delle credenze, dei desideri, delle prospettive e dei bisogni di altre persone, tutti associati alla genesi e al **mantenimento dell'abuso sessuale**.

In questo articolo si intende presentare una panoramica dei modelli teorici indicati in letteratura considerando il costrutto delle distorsioni cognitive e dell'empatia con particolare

approfondimento per gli aggressori sessuali, per i comprensibili motivi di maggiore allarme sociale che tali soggetti destano.

PAROLE CHIAVE

abuso sessuale, distorsioni cognitive, deficit di empatia

IL RUOLO DELLE DISTORSIONI COGNITIVE NEI REATI SESSUALI

Le distorsioni cognitive rappresentano un processo che può essere comune a tutti, ma spesso la loro presenza tipicizza i comportamenti di discontrollo degli impulsi (binge-eating, abuso di sostanze, gioco d'azzardo, etc.) (Petrucelli et al., 2015; Gagnon et al., 2013). Negli approfondimenti della letteratura sugli autori di reato si riscontrano considerazioni interessanti in termini di spiegazione della condotta criminosa, conservazione dell'immagine di sé da parte dell'autore, minimizzazione della responsabilità penale e delle conseguenze per la vittima (Abel et al., 1989; Ward, Hudson et al., 1997; Ward & Keenan, 1999; Burn & Brown, 2006; Di Tullio D'Elisiis, 2006).

È importante sottolineare che nell'area del reato sessuale, il termine distorsioni cognitive viene in genere usato per riferirsi a credenze e atteggiamenti disadattivi e stili di pensiero problematico (Ward et al., 1997). Gli stili di pensiero problematico si riferiscono a tali operazioni cognitive come scusare, incolpare e razionalizzare le azioni sessualmente abusive e in effetti, comprende il dominio dei processi cognitivi.

Se inevitabilmente, nell'insieme degli stimoli cui ognuno di noi è quotidianamente sottoposto, c'è la necessità di interpretare ed organizzare cognitivamente le varie esperienze, alcuni convincenti possono strutturarsi in maniera meno funzionale al benessere della persona: in tal senso, «i comuni disturbi psicologici hanno come aspetto centrale certe distorsioni del pensiero», e da ciò la necessità, nella pratica terapeutica, di «identificare i concetti errati, esaminarne la validità e sostituirli con concetti più appropriati»



(Beck, 1976). La centralità attribuita ai contenuti cognitivi ha indotto gli studiosi a darne quanto più opportuna definizione anche attraverso una classificazione in base al livello di profondità (Riso, DuToit, Stein & Young, 2007), tale che:

1. a livello più superficiale vi sono i *pensieri automatici* (PA): contenuti cognitivi rappresentati da brevi frasi o immagini mentali che, in risposta a situazioni specifiche, raggiungono la consapevolezza in maniera spontanea e rapida. In virtù di tale caratteristica sono direttamente responsabili ed influenti sullo stato emotivo ed umorale

gli altri. Si tratta in sostanza di verità assolute, più rigide ed ipergeneralizzate rispetto alle altre cognizioni.

Non vi è dubbio che varie attività cognitive, convinzioni disadattive e pensieri distorti, svolgono un ruolo importante nel facilitare le offese sessuali (Ward et al., 1997). Gran parte del lavoro empirico e teorico nell'area delle distorsioni cognitive ha esaminato il contenuto cognitivo, cioè ha esaminato il significato delle credenze e degli atteggiamenti dei trasgressori.

Samenhow (1984) ha sottolineato l'importanza di prendere di mira questi pensieri distorti al fine di affrontare il comportamento criminale. Infatti, l'importanza dei fattori cognitivi nella comprensione e nel trattamento dei trasgressori sessuali è stata evidenziata da numerosi ricercatori (Abel, et al., 1984; Abel & Rouleau, 1990; Field, 1978; Hanson, et al., 1994; Ward, Hudson e Marshall, 1995). Marshall, et al. (1999) indicano che le distorsioni cognitive degli



del soggetto, ma in terapia sono facilmente modificabili proprio perché facilmente accessibili;

2. a livello intermedio vi sono le *credenze intermedie*: idee o interpretazioni su di sé, sugli altri e sul mondo che, espresse sotto forma di regole e/o assunzioni disfunzionali, consentono di organizzare l'esperienza, prendere decisioni in tempi brevi e orientare le relazioni interpersonali;

3. a livello più profondo vi sono gli *schemi cognitivi* o *credenze di base* (*core beliefs*): strutture interpretative di base, tendenze cognitive stabili utilizzate per attribuire un certo significato agli eventi, rappresentare se stessi, gli altri e le relazioni con

autori di reati sessuali sono distinte in termini di natura, contenuto e obiettivi che servono a raggiungere uno scopo. Ad esempio, Murphy (1990) identifica le distorsioni cognitive dei molestatori come dichiarazioni di sé che vengono utilizzate per negare, minimizzare, giustificare o razionalizzare il loro comportamento offensivo. Allo stesso modo, Lonsway e Fitzgerald (1994) descrivono il pensiero degli stupratori come "...generalmente caratterizzato da false credenze sullo stupro che sono ampiamente e persistentemente sostenute e che servono a negare e giustificare l'aggressione sessuale".

C'è una tendenza per i trasgressori ad incentrare la responsabilità su fattori sociali o sulla provocazione delle vittime per il loro comportamento (Storms, 1973; West, Gunn e Chernicky, 1975). Questo ha lo scopo di ridurre la colpa e l'ansia e mantenere alta la loro autostima (Wortman, 1976).

I trasgressori sessuali, negano spesso tutti gli aspetti delle accuse mosse nei loro confronti nonostante prove schiaccianti del contrario. Anche quando tali trasgressori sono persuasi ad ammettere di aver compiuto un'azione (identificabile come reato), in genere affermano di non averla compiuta in modo estensivo o grave così quanto affermano i loro accusatori. Tale minimizzazione è spesso evidente anche in quei trasgressori che inizialmente ammettono la colpa. Inoltre, quasi tutti i trasgressori sessuali tentano di spostare la colpa lontano da se stessi. Potrebbero dire che il loro comportamento era dovuto interamente all'uso di alcol o altre sostanze. I molestatori possono dire che si sono rivolti a un bambino per affetto perché il loro partner adulto era sessualmente non collaborativo. Stupratori ed esibizionisti suggeriscono allo stesso modo che un partner sessuale inadeguato li guidava per cercare le vittime. Ancora, i trasgressori affermano spesso di essere stati vittime di violenza sessuale da bambini e che ciò li ha portati a compiere quel reato. I molestatori di bambini in genere vedono i bambini come sessualmente provocatori e desiderosi di fare sesso con loro. Comportamenti innocenti di tipo infantile (ad esempio, sedere in un modo che espone la biancheria intima del bambino o cercare un contatto fisico eccessivo) sono spesso interpretati dai molestatori di bambini come indicativi di un intento sessuale. Allo stesso modo, quando l'autore del reato coinvolge il bambino in atti sessuali, in genere vedrà la passività da parte del bambino come un accordo attivo per partecipare a tali comportamenti. Gli stupratori spesso accusano le vittime di vestirsi in modo provocatorio o in qualche altro modo di invitare l'assalto. Interpretano anche la passività o il

rispetto spaventato come desiderio e godimento dello stupro. Gli esibizionisti vedono le risposte scioccate delle donne come ammirazione per la loro virilità, o risposte indifferenti come espressioni di attrazione. Esempi di distorsioni cognitive che si trovano frequentemente nei molestatori di bambini includono; "I bambini spesso iniziano il sesso e sanno cosa vogliono", "i bambini godono del contatto sessuale con gli adulti", "il sesso fa bene ai bambini", "gli uomini commettono reati sessuali solo quando sono stressati e perdono il controllo", "i bisogni degli uomini sono più importanti di quelli dei bambini" e "gli uomini possono fare ciò che vogliono con i loro figli" (vedi Ward et al., 1997). Le distorsioni cognitive spesso identificate (ad es. Briere, Malamuth e Check, 1985; Bumby, 1996; Ward et al., 1997) includono frasi tipo: "le donne che vengono stuprate ottengono ciò che meritano", "non ci si può fidare delle donne", "gli uomini hanno il diritto di fare sesso con chi vogliono", "le donne amano essere dominate e controllate", "le donne amano il sesso in ogni momento" e "gli uomini vengono sopraffatti dai loro impulsi e non possono controllare i sentimenti sessuali". Per quanto riguarda i processi cognitivi, la ricerca sostiene l'idea che i trasgressori sessuali interpretano le informazioni sessuali in modi disadattivi, di solito in modo coerente con le loro credenze sottostanti, e che ciò è correlato all'eccitazione sessuale successiva (Pryor & Stoller, 1994; Stermac & Segal, 1989). Ad esempio, Murphy (1990) descrive tre tipi di processi che ritiene rilevabili nel modo in cui i trasgressori sessuali trattano le informazioni in arrivo: (a) giustificazione degli atti in termini di moralità o necessità psicologica, (b) minimizzazione del danno o della cattiva attribuzione delle conseguenze e, infine, (c) spostare la responsabilità da se stessi svalutando le vittime.

Molti attribuiscono la responsabilità allo stress o a qualche problema emotivo. Naturalmente, questi fattori sono importanti per comprendere **lo sviluppo e il mantenimento del reato, ma non giustificano i trasgressori**, come spesso sembrano pensare. In vari modi, quindi, i



trasgressori sessuali tentano di diminuire la loro colpa. Tali razionalizzazioni ovviamente consentono alle circostanze di svolgersi in un modo che facilita l'offesa, ma senza dubbio, una volta che si è verificata un'offesa, queste razionalizzazioni servono a evitare qualsiasi senso di colpa.

Quando si parla dei reati a sfondo sessuale, ricercatori e clinici sono stati spesso colpiti dal modo distorto in cui i trasgressori sessuali descrivono e giustificano il loro comportamento offensivo (Marshall, 1996; Ward, Hudson, Johnston e Marshall, 1997). Questi offenders descrivono i bambini come sessualmente provocatori e insinuano che avrebbero beneficiato dell'esperienza dell'abuso sessuale. Invece, rispetto le donne, sono descritte come aggressori sessuali e vengono accusate di flirtare con l'autore di reato. Incolpare la vittima, giustificare l'offesa o scusare il comportamento sessualmente abusivo, sono tutti esempi di distorsioni cognitive e costituiscono un'interpretazione imprecisa e egoistica delle situazioni di offesa.

In breve, le convinzioni e gli atteggiamenti degli autori di reati sessuali nei confronti di donne e bambini tendono ad essere tradizionali e conservatori (Howells & Wright, 1978; Scott & Tetreault, 1987), coerenti con opinioni fortemente condivise in merito al diritto sessuale dei maschi (Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994).

Alla luce di quanto descritto, è possibile evidenziare che la maggior parte dei ricercatori sembra presumere che le distorsioni cognitive siano credenze e atteggiamenti che legittimano l'abuso sessuale. Sono stati fatti pochi tentativi di sviluppare una descrizione teorica dei meccanismi che generano questi atteggiamenti distorti, e la posizione di default della maggior parte dei ricercatori e dei clinici sembra essere che sono semplicemente credenze generali (distorte).

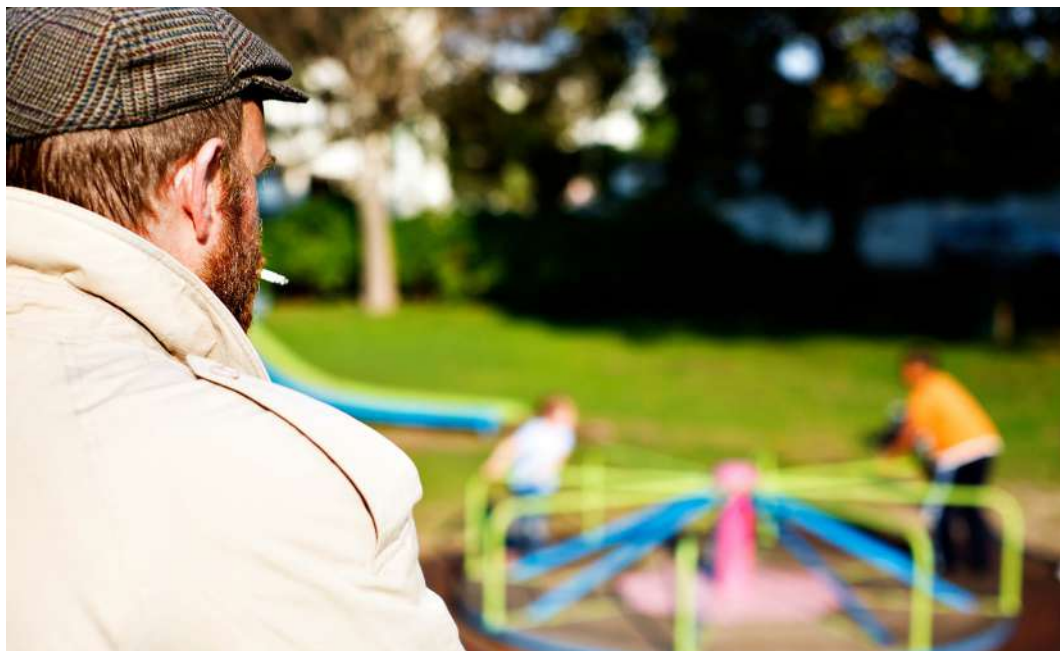
IL RUOLO DELL'EMPATIA NEGLI AUTORI DI REATI SESSUALI

L'empatia è un altro esempio di spiegazione psicologica che è stata suggerita per spiegare l'eziologia dell'offesa sessuale. I ricercatori

hanno sostenuto che **i trasgressori sessuali hanno deficit nella loro capacità di entrare in empatia con gli altri** (Marshall, Hudson, Jones e Fernandez, 1995; Burke, 2001; Roys, 1997). Questa scoperta ha portato i ricercatori a suggerire che quei deficit di empatia possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento di comportamenti sessualmente devianti (Marshall et al., 1995).

I trasgressori sessuali non riescono a considerare le conseguenze a lungo termine delle loro azioni al fine di soddisfare le esigenze a breve termine. Di conseguenza, non sperimentano alcuna incongruenza emotiva tra il loro comportamento e la loro immagine di sé, né provano angoscia per quanto riguarda le risposte della vittima. Questi processi e risultati rendono più probabile che gli individui rispondano ai desideri appetibili di piacere e commettano crimini sessuali. Questo è spesso usato per indicare un'incapacità generalizzata di ritardare la gratificazione o un deficit generalizzato nella capacità di provare emozioni e un'incapacità di empatia (Marshall, Hudson, Jones e Fernandez, 1995). Contrariamente a questi punti di vista, gli autori di reati sessuali mostrano generalmente pazienza e pianificazione a lungo termine al fine di ottenere l'accesso alle vittime e possono mostrare un notevole disagio emotivo di fronte alle conseguenze del loro comportamento, almeno nella misura in cui si ripercuotono su di loro. Inoltre, Marshall, Jones, Hudson e McDonald (1994) hanno recentemente scoperto che i molestatori di bambini sono generalmente empatici quanto gli altri uomini, anche se sembrano essere abbastanza insensibili verso le loro specifiche vittime.

Alcuni autori (Marshall, Anderson e Champagne, 1997) hanno evidenziato che gli stupratori potrebbero non soffrire di un deficit di empatia generalizzato, ma invece di sopprimere l'empatia nei confronti della propria vittima e che questo deficit può essere più appropriatamente considerato una distorsione cognitiva specifica della vittima. È stato quindi suggerito che la mancanza di empatia specifica delle vittime può funzionare



come un pregiudizio egoistico, consentendo all'autore del reato di superare qualsiasi disturbo emotivo o inibizione interna che potrebbe altrimenti sperimentare.

Marshall et al. (1995) hanno proposto un accattivante modello multicentrico di empatia che è stato progettato per esaminare potenziali carenze di autori di reati sessuali in ogni fase del processo. Questi autori hanno identificato quattro fasi nello sviluppo della risposta empatica: (a) riconoscimento dell'angoscia di un'altra persona; (b) capacità di vedere la situazione dal punto di vista dell'altra persona; (c) generazione delle stesse o simili emozioni mostrate dalla persona osservata e (d) intervenire per alleviare l'angoscia della persona osservata.

Come primo passo nella valutazione di questo modello, Hudson et al. (1993) hanno esaminato le capacità di riconoscimento emotivo. Hanno scoperto che i trasgressori sessuali e i violenti hanno avuto difficoltà a identificare accuratamente le emozioni nei soggetti target. I trasgressori sessuali hanno presentato una maggiore difficoltà nel discernere sorpresa, paura, rabbia

e disgusto negli altri. I molestatori sembravano essere particolarmente poveri nel riconoscere le emozioni mostrate da adulti e bambini. Sulla scia dello studio di Hudson et al. (1993), i risultati ottenuti da I. Gery, R. Miljkovitch, S. Berthoz, R. Soussignandi (2007) evidenziarono che i risultati ottenuti rimandavano che spesso gli aggressori confondevano la paura con sorpresa da un lato e disgusto con rabbia dall'altro. Quando si visualizzano espressioni di paura, i trasgressori sessuali spesso li interpretavano come segnali di sorpresa, mentre le espressioni di disgusto venivano spesso decodificate come segnali di rabbia. Y. M. Fernandez, W. L. Marshall S. Lightbody, and C. O'Sullivan (1999) misero in evidenza che i molestatori erano molto carenti nell'empatia verso le loro stesse vittime. Questi risultati suggeriscono la possibilità che i molestatori abbiano imparato a inibire le loro risposte empatiche verso le vittime di abusi sessuali e in particolare, alle loro stesse vittime. Gli stessi autori, sostenevano che le inibizioni dell'empatia consentirebbero ai molestatori di continuare ad abusare sessualmente senza provare rimorso,



poiché potevano sostenere di non aver danneggiato le loro vittime. Ancora, nello stesso studio, alcuni molestatori hanno anche mostrato poca empatia per le vittime di altri autori di reato e ciò potrebbe riflettere una tendenza più generalizzata a sostenere che le vittime in generale non sono interessate dalla vittimizzazione sessuale. Questa tendenza generalizzata può rendere più facile negare il danno causato alle proprie vittime. Ciò che emerge dalla letteratura scientifica è un forte suggerimento sull'attuazione di un possibile programma cognitivo-comportamentale completo che dovrebbe coinvolgere componenti che riducono l'eccitazione deviante aumentando al contempo l'eccitazione appropriata e dovrebbe includere la ristrutturazione cognitiva, la formazione delle abilità sociali, la consapevolezza dell'empatia delle vittime e la prevenzione delle ricadute.

CONCLUSIONI

Il concetto di anticamera criminale è importante nella misura in cui può costituire quel terreno su cui è possibile intervenire, sia a livello preventivo sia a livello trattamentale. La finalità sarebbe quella di creare quella barriera protettiva e di impedimento alla continuazione o strutturazione di uno stile di vita deviante e antisociale. Ritengo utile precisare che diversi studi hanno evidenziato come non sia automatico che il pensiero distorto conduca a degli agiti antisociali. Fantasie sessuali aggressive, di potere e dominio sembrano essere attive in quella sorta di 'anticamera deviante', continuando a rimanere recondite nella vita della persona senza mai venire esternalizzate e agite. La difficoltà principale in questo campo di ricerca risiede nel fatto che nessun risultato empirico abbia significativamente dimostrato se concezioni distorte e pro-criminali riflettano realmente strutture, schemi e teorie già presenti prima della messa in atto del comportamento sessualmente abusante (Abel, et al., 1984; Abel, et al., 1989); oppure se esse riflettano strategie di controllo delle impressioni emerse successivamente al comportamento, con finalità autoprotettive

e di riduzione della dissonanza cognitiva ed emozionale (Pollock & Hashmall, 1991; Quinsey, 1986). La ricerca scientifica sta dedicando ampio spazio a comprendere se il loro impatto sia significativo nell'attivazione del comportamento sessuale deviante oppure se la loro influenza sia consequenziale, ovvero un tentativo difensivo auto-discolpante ed auto-giustificativo da parte dell'aggressore sessuale, che emerge dopo che ha messo in atto il reato per il quale viene accusato e poi condannato. Tutte queste peculiarità ci forniscono un quadro più chiaro sul profilo psicologico del sex offender.

I deficit di empatia sono stati costantemente identificati dai professionisti come un obiettivo importante nel trattamento dei trasgressori violenti; e l'inclusione di contenuti specifici del programma in quest'area è una caratteristica di molti programmi contemporanei di trattamento di violenti e sex offenders.

McGuire (2008), nella sua recente recensione di interventi efficaci per ridurre l'aggressività e la violenza, conclude che "gli approcci di autogestione emotiva, abilità interpersonali, risoluzione dei problemi sociali e formazione alleata mostrano principalmente effetti positivi con un livello di affidabilità ragionevolmente elevato".

È necessario sottolineare come sia presente una volontà diffusa, espressa a più livelli (sociale, culturale, delle politiche governative) di procedere nella direzione di un trattamento specifico degli autori di reati sessuali, al fine di poter tutelare la sicurezza sociale. Pertanto, molti sono i programmi di trattamento sperimentali nel nostro paese, ma ad oggi, pare non esista ancora un preciso programma operativo che segua uno specifico *modus operandi*. Sulla scia delle esperienze sul campo, è possibile mettere in luce quanto appare funzionale un trattamento impostato su percorsi individuali e di gruppo che mirano sia alla ristrutturazione cognitiva al fine di demolire le distorsioni cognitive, che allo sviluppo e al potenziamento dell'empatia. L'obiettivo principale è quello di demolire quei

processi che conducono ad un mantenimento del comportamento sessualmente deviante e ridurre in questo modo la recidiva.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, G. G., Becker, J. B. & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*
- Abel G.G., Gore D.K., Holland C.L., Camp N., Becker J.V. & Rathner J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters, *Annals of Sex Research*
- Burn M.F. & Brown S. (2006). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse, *Aggression and Violent Behavior*
- Di Tullio D'Elisiis M.S. (2006). Trattamento degli autori di reato sessuale, in: De Leo G. & Patrizi P. (a cura di). *Lo psicologo criminologo*, Giuffrè, Milano
- Gagnon J., Daelman S., McDuff P. & Kocka A. (2013). UPPS dimensions of impulsivity: Relationships with cognitive distortions and childhood maltreatment, *Journal of individual differences*
- Hanson, K.R., Gizzarelli, R., & Scott, H. (1994). The attitudes of incest offenders: Sexual entitlement and acceptance of sex with children. *Criminal Justice and Behaviour*
- I. Gery, R.Miljkovitch, S. Berthoz, R. Soussignan (2007) Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls, *Psychiatry Research*
- Field, H.S. (1978). Attitudes towards rape: A comparative analysis of police, rapists, crisis counsellors and citizens. *Journal of Personality and Social Psychology*
- Lonsway. K.A., & Fitzgerald, L.F. (1994). Rape myths. *Psychology of Women Quarterly*
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). Cognitive behavioural treatment of sexual offenders. John Wiley & Sons
- Marshall, W.L., Hudson, S.M., Jones, R., Fernandez, Y.M., 1995. Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*
- Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theory and treatment of offenders*. New York: Plenum Press.
- McMahon P.M. (2000). The public health approach to the prevention of sexual violence, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical transactions of the Royal Society*
- Petruccielli I., Grilli S., Bruni J., Nimbi F., Navarro F. & Simonelli C. (2015). Trattati psicopatologici e distorsioni cognitive nei sex offenders: una ricerca sul campo, *Rivista di Sessuologia Clinica*
- Pollock, N. L., & Hashmall, J. M. (1991). The excuses of child molesters. *Behavioral Sciences and the Law*,
- Quinsey, V. L. (1986). Men who have sex with children. In D. N. Weisstub (Ed.). *Law and mental health: International perspectives* (Vol. 2, pp. 140–172). New York: Pergamon.
- Samenhow, S.E. (1984). *Inside the criminal mind*. New York: The Free Press.
- Y. M. Fernandez, W. L. Marshall S. Lightbody, and C. O'Sullivan (1999) *The Child Molester Empathy Measure: Description and Examination of Its Reliability and Validity*, *Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment*
- Ward T., Fon C., Hudson S.M. & McCormack J. (1998). Classification of cognition in sex offenders: A descriptive model, *Journal of Interpersonal Violence*
- Ward T. & Keenan T. (1999). Child molesters' implicit theories, *Journal of Interpersonal Violence*
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. (1998). A self-regulation model of the offense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*



DEMENTIA: LA TECNOLOGIA A SERVIZIO DEL SOSTEGNO E DELLA RIABILITAZIONE

Gianvito Lagravinese

Psicologo, Psicoterapeuta in
formazione presso Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo-Neuropsicologica Integrata
"Istituto Santa Chiara" - Roma

Vincenzo Ciccarese

Psicoterapeuta, direttore "Istituto
Santa Chiara" - Lecce e Roma

RIASSUNTO

Negli ultimi anni, il problema della demenza è diventato una delle più grandi sfide a livello globale. Infatti, la patologia rappresenta una minaccia significativa non solo per la salute e la qualità della vita dei pazienti da essa affetti ma anche per i loro cari e per i sistemi sanitari che sono coinvolti negli alti costi di gestione della patologia. Per il trattamento delle patologie neurodegenerative, i trattamenti disponibili sono limitati. Poiché la patologia non è reversibile, non esistono vere e proprie terapie. I trattamenti farmacologici sono i più utilizzati e, nonostante i gravi effetti collaterali, vengono considerati gli unici trattamenti disponibili in grado di migliorare i sintomi cognitivi. Oggi, vi sono numerosi dati a favore di trattamenti non farmacologici in grado di migliorare o ritardare il decadimento cognitivo. La nascita delle tecnologie assistive ha portato clinici e ricercatori a sviluppare diversi mezzi e tecniche per fornire il sostegno al paziente per promuovere l'indipendenza, per migliorare l'umore, il comportamento e la qualità della vita senza aumentare il carico del *caregiver*. In particolare, esistono

numerosi dati circa la facilità di utilizzo ed efficacia di applicazioni per *tablet touch screen* per pazienti affetti da demenza.

Il presente articolo si pone l'obiettivo di suscitare interesse nei confronti della sperimentazione *mHealth*, stimolare punti di riflessione che possano aiutare gli addetti del settore nella pratica clinica e favorire lo sviluppo di nuovi protocolli di ricerca atti allo studio di nuove strategie per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da demenza.

LE NUOVE PROSPETTIVE: LA TECNOLOGIA A SERVIZIO DEL SOSTEGNO E RIABILITAZIONE

Negli ultimi anni, il problema della demenza è diventato una delle più grandi sfide per la salute globale costituendo una minaccia significativa per la salute e la qualità della vita i cui costi minano gravemente gli individui ed i sistemi sanitari (Mort, Roberts, Callén, & illness, 2013). È stata di largo interesse tra i clinici e i ricercatori la messa a punto nuove tecnologie come servizio assistenziale sostenibile economicamente ed efficiente e che possa portare il paziente affetto



"Come sa chi per lei vita ha perduto".

da demenza ad essere indipendente per maggior tempo e ritardare l'ospedalizzazione.

Per questo motivo è iniziata a comparire in letteratura il termine di *eHealth*. La *World Health Organization* (2016) definisce la *eHealth* in questo modo: *"La eHealth è definita come l'uso di mezzi tecnologici per fornire informazioni, risorse e servizi che riguardano la salute. Essa copre diversi domini, che includono, tra le tante, le cartelle cliniche elettroniche, la salute mobile e il monitoraggio statistico della salute. La eHealth permette l'inserimento di informazioni nel giusto posto e nel giusto momento, fornendo maggiori servizi ad una più vasta popolazione sanitaria, il tutto in modo personalizzato"*(Organization, 2016).

L'eHealth quindi può essere definito come una vera e propria area di sviluppo che vede la

collaborazione di diverse discipline specialistiche, come per esempio l'informatica medica, sanità pubblica e affari, per migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale, regionale e mondiale utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) (Eysenbach, 2001).

Questa nuova frontiera di sostegno e riabilitazione ha portato alla creazione di una vasta varietà di interventi e servizi come *app*, siti web, gruppi di discussione online con la finalità di raccolta di dati medici reali, quali per esempio dispositivi di monitoraggio indossabili, che possono essere diversi per ogni ambiente e persona sanitaria (Boo-gerd, Arts, Engelen, & van De Belt, 2015).

La tecnologia assistiva (AT) è stata descritta come: *"Qualsiasi oggetto, equipaggiamento o sistema di prodotto acquistato commercialmente, modificato*



o personalizzato utilizzato per aumentare, mantenere o migliorare le capacità funzionali degli individui con disabilità" (Gupta, Mishra, Katyayan, & Joshi, 2018). Tuttavia, inizialmente le AT sono state create primariamente come soluzione per mettere in sicurezza e controllare i pazienti e rassicurare i familiari, *caregiver* e specialisti, più che come mezzo in grado di modificare gli stili di vita delle persone affette da demenza (S. K. Smith & Mountain, 2012). Un esempio sono le AT che mirano al monitoraggio comportamentale del paziente, come il sistema *telecare*, largamente utilizzato in Gran Bretagna e che si sta diffondendo in Europa, costituito da una serie di sensori disposti presso l'abitazione o attaccati al paziente che permettono la tracciabilità GPS (Draper & Sorell, 2013). In merito a questo, è ancora aperto un dibattito riguardo l'utilizzo delle AT in questo contesto e le sue implicazioni etiche.

Successivamente con il termine "tecnologia assistiva" si è incluso un ampio spettro di mezzi tecnologici dai molteplici scopi, che variano dalla sola gestione delle attività quotidiane e coinvolgimento nelle attività diurne, per mezzo di *reminders*, calendari elettronici (Miranda-Castillo, Woods, & Orrell, 2013) alla stimolazione cognitiva, riduzione del disagio psicologico e miglioramento della partecipazione sociale e supporto, per mezzo di siti web, applicazioni per *tablet* e video chiamate (Leonardo Martini et al., 2019; S. Smith & Astell, 2018; Topo, 2009).

Alcuni studi hanno riportato che i pazienti affetti da demenza hanno mostrato riscontri positivi circa l'utilizzo di dispositivi elettronici migliorandone l'indipendenza, i sintomi comportamentali, la qualità della vita, riducendo sostanzialmente lo stress percepito dai familiari (Gitlin, Winter, & Dennis, 2010; Topo, 2009). Inoltre, alcuni autori hanno proposto che i giochi al computer hanno permesso la stimolazione cognitiva e la riduzione dei sintomi della patologia (Yamagata, Coppola, Kowtko, & Joyce, 2013).

Una recente metaanalisi ha individuato 12 studi che valutano l'efficacia di protocolli di stimolazione cognitiva computerizzata, concludendo

che l'approccio computerizzato nel trattamento porterebbe benefici sul piano cognitivo e sul piano dell'umore, riducendo ansia e depressione (Garcia-Casal et al., 2016). Generalmente, la AT ha molti vantaggi, quali, per esempio, può aiutare le persone con demenza a sentirsi indipendenti e anche dalle persone che li circondano, può aiutare a gestire i potenziali rischi dentro e fuori casa, può diminuire il tempo in cui gli anziani entrano nelle case di cura e negli ospedali, può migliorare la memoria e richiamo, può ridurre lo stress per i *caregiver* e migliorare la qualità della vita dei pazienti (Maresova & Klimova, 2015).

Tuttavia, bisogna considerare che molti degli studi presenti in letteratura sono stati condotti su bassa scala ed alcuni autori sottolineano la mancanza di studi validi su larga scala che abbiano valutato l'efficacia e la convenienza delle tecnologie assistive (Fleming & Sum, 2014).

LE SMART APP AL SERVIZIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

La comunità scientifica ritiene che la *mobile technology* (*mHealth*) possa migliorare la qualità della vita dei pazienti migliorando la loro sicurezza ed autonomia (Navarro & Favela, 2011; Yamagata et al., 2013). Tuttavia, oltre agli aspetti qualitativi e contenutistici, è importante comprendere come rendere fruibili le diverse *mHealth app* (Zapata, Fernández-Alemán, Idri, & Toval, 2015). Pertanto, sulla base dell'analisi delle principali *mHealth app* presenti negli *store online*, è stato introdotto il concetto di "*usability*", termine ombrello che comprende alcune caratteristiche che l'*app* deve avere per dimostrarsi efficace e alla portata di tutti (Zapata et al., 2015). Tra le caratteristiche vengono incluse: la facile comprensione dell'utilizzo dell'*app*, la operabilità, la facilità di apprendimento, attrattività, efficienza e soddisfazione (Arlene J. Astell et al., 2016; Pang & Kwong, 2015; Zapata et al., 2015). È stato evidenziato che la "*usability*" potrebbe rappresentare una delle principali barriere, specialmente per i soggetti anziani e bambini che hanno bisogno di interventi specializzati. Pertanto, è importante che

i creatori di *app* tengano conto dei bisogni degli anziani e della loro adozione della tecnologia (Zapata et al., 2015). Bisogna prendere in considerazione che proprio perché le applicazioni per *smartphone* di uso medico e di sostegno sono di origine piuttosto recente, non è ancora chiaro come adattarle ai loro bisogni e come massimizzare la loro efficacia. Inoltre, poiché oggi tali *app* vengono utilizzate da generazioni che non hanno molta confidenza con la tecnologia, le difficoltà che gli adulti possono incontrare nell'utilizzo di tecnologie potrebbero costituire una barriera nella loro adozione (de Barros, Leitão, & Ribeiro, 2014). Tuttavia, questo limite applicativo sembra destinato a cambiare in quanto, anche a causa delle sempre più precoci diagnosi di demenza, i *caregivers* ed i pazienti di domani avranno più familiarità con la tecnologia (Arlene Jean Astell, Malone, Williams, Hwang, & Ellis, 2014).

In merito a questo, la diffusione delle *app* a servizio dei pazienti ha portato allo sviluppo di *app* che possano essere utili per finalità cliniche. Infatti, alcuni studi hanno creato ed utilizzato *app* per somministrare test di screening cognitivi, *assessment* e per effettuare diagnosi di demenza, mostrandone l'efficacia per tale utilizzo (Pitts et al., 2015; Thorpe et al., 2016; Zorluoglu, Kamasak, Tavacioglu, Ozanar, & biomedicine, 2015). Il potenziale delle *app* per la somministrazione di test è dimostrato dal fatto che il *touch screen* sia di facile somministrazione e comprensione da parte degli anziani. Tale praticità sembra essere giustificata dal fatto che non sono necessari molti materiali che potrebbero favorire la dispersione attentiva del paziente, vengono minimizzati i *bias* dell'esaminatore e offrono la possibilità di auto-somministrazione dei test (Fukui et al., 2015; Ishiwata et al., 2014; Pitts et al., 2015; Thorpe et al., 2016; Weir et al., 2014; Zorluoglu et al., 2015). Per di più, alcuni autori hanno messo a punto questionari costruiti ad hoc per l'utilizzo sul *touch screen* mostrandone la totale comparabilità con i test normalmente utilizzati nella clinica come, per esempio, l'MMSE (Onoda & Yamaguchi, 2014), il MCS e il MoCA (Zorluoglu et al., 2015).

È importante puntualizzare che la progettazione di *app* per test cognitivi è totalmente diverso dalle *app* per la terapia di stimolazione cognitiva (Pang & Kwong, 2015). I test cognitivi durano generalmente pochi minuti e sono stati progettati per fornire uno screening rapido che possa determinare la gravità della demenza. Al contrario, le *app* per la terapia di stimolazione cognitiva sono progettate con obiettivi specifici quali il miglioramento di una o più funzioni cognitive dell'utente, che possono includere attenzione e concentrazione, memoria, linguaggio, abilità visuocostruttive, calcolo e orientamento. L'*app* per la terapia di stimolazione cognitiva è concepita per essere utilizzata giornalmente e per un periodo prolungato. Inoltre, il dispositivo *touchscreen* è personalizzato e l'utente può utilizzarlo per vari scopi come, per esempio, per effettuare telefonate o per messaggistica agli amici, o per ricordarsi di eseguire un determinato compito o di prendere una prescrizione medica (Pang & Kwong, 2015). Per quanto concerne la fruibilità, diversi studi hanno dimostrato che le *app* (A. P.-H. J. C. D. Q. Kong, 2015; A. P.-H. J. D. Kong, 2017) e la tecnologia *touchscreen* possano essere un mezzo sia efficace che fruibile per pazienti affetti da demenza (Wandke, Sengpiel, & Sönksen, 2012). Infatti, l'utilizzo di *app* per mezzo di tecnologia *touchscreen* offre molteplici vantaggi: per esempio, è stato dimostrato che le *app* per dispositivi *touchscreen* riduce il carico cognitivo richiesto perché richiede minore coordinazione visuomotoria se paragonata all'utilizzo di un computer con il mouse (Wandke et al., 2012). Il largo schermo dei *tablet* è vantaggioso nei pazienti con compromissione cognitiva, in particolare quando è presente anche una compromissione visiva (Riley, Alm, & Newell, 2009), perché grande ma anche maneggevole se paragonato agli schermi degli *smartphone* che sono risultati essere problematici per i pazienti affetti da demenza (Armstrong, Nugent, Moore, & Finlay, 2010). Le *app* presentate su dispositivi *touchscreen* possono essere multifunzionali e personalizzabili, permettendo così un più facile adattamento del



paziente al dispositivo e al design dell'*app*, poiché più adeguato ai bisogni dell'utilizzatore (Arlene Jean Astell et al., 2014) nonché evitare l'apprendimento di risposte (Satler, Belham, Garcia, Tomaz, & Tavares, 2015). Nonostante l'uso incoraggiato o condiviso in compagnia di clinici o *caregivers* sia il più comune (Leuty, Boger, Young, Hoey, & Mihailidis, 2013; Pringle & Somerville, 2013; Purves et al., 2015; Tomori et al., 2015; Weir et al., 2014), molti studi hanno mostrato che la maggior parte dei pazienti erano in grado di utilizzare i dispositivi *touchscreen* in modo del tutto indipendente (Alm et al., 2007; Arlene J. Astell et al., 2016; Kerssens et al., 2015; Lim, Wallace, Luszcz, & Reynolds, 2013; Manera et al., 2015). Inoltre, sono presenti in letteratura dati che dimostrano che istruire il paziente ad usare il dispositivo e permettergli di familiarizzare con esso in compagnia di un ricercatore o clinico, ne favorirebbe il successivo uso in maniera indipendente (Arlene Jean Astell et al., 2014; Satler et al., 2015; Zmily, Mowafi, Mashal, & uHealth, 2014). Alcuni autori affermano che tale dimostrazione possa essere necessaria poiché i pazienti affetti da demenza hanno generalmente meno esperienza con la tecnologia (Zmily et al., 2014). Tuttavia, Lim e collaboratori hanno messo in evidenza che l'efficacia di utilizzo dei *tablet touchscreen* dei pazienti dipende molto dalla motivazione e dall'interesse che essi mostrano nei confronti del dispositivo (Lim et al., 2013).

Per quanto concerne l'efficacia, numerosi studi sono stati in grado di dimostrare i benefici dei pazienti affetti da demenza a livello cognitivo, comportamentale, relazionale e di qualità della vita derivanti dall'uso del *touchscreen*. Infatti, Pringle e collaboratori hanno mostrato che tali pazienti erano in grado di richiamare alla memoria maggiori informazioni utilizzando un dispositivo *touchscreen* se comparato all'uso di libri o alla conversazione spontanea (Pringle & Somerville, 2013).

Tyack ha identificato miglioramenti a livello cognitivo, comportamentale, emotivo e di qualità

della vita dopo aver fatto usare il dispositivo a pazienti e *caregiver* per visualizzare immagini a tema artistico (Tyack & Camic, 2017). Inoltre, la collaborazione partecipativa tra il paziente e il *caregiver* ha migliorato notevolmente la relazione tra loro, confermando quanto mostrato precedentemente da Upton e collaboratori che hanno identificato miglioramenti significativi nella comunicazione e interazione tra i pazienti e i loro *caregiver* tramite osservazioni sul campo delle interazioni dirette e indirette (Upton et al., 2011). Dall'osservazione diretta e dalle interviste ai pazienti, Cutler e collaboratori hanno scoperto che i *tablet touchscreen* offrivano l'opportunità di imparare nuovi compiti, ottimizzare la stimolazione fisica, sociale e mentale migliorando la qualità della vita dei pazienti (Cutler, Hicks, Innes, & Culture, 2016). Il dedicarsi ad attività significative stimolanti ha portato ad importanti riduzioni dei punteggi nel *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, un test utilizzato in clinica per valutare la presenza e la gravità di 12 sintomi neuropsichiatrici e il disagio (Loi et al., 2017).

Nonostante i dati promettenti, come sollevato da alcuni autori, le applicazioni disponibili per pazienti affetti da demenza si pongono dei singoli obiettivi quali, per esempio, la promozione dell'esercizio fisico (de Barros et al., 2014), l'assistenza con una agenda e promemoria (Navarro & Favela, 2011), ma non consentono l'integrazione di gestione con molteplici sintomi o disturbi simultaneamente (Joe & Demiris, 2013). L'utilizzo delle *smartapp* a servizio dei pazienti affetti da demenza è ancora in fase iniziale di sviluppo e pertanto è necessario che la ricerca continui il suo percorso per migliorarne l'efficacia.

CONCLUSIONI

La demenza è una delle maggiori sfide a livello globale e il suo trattamento è un problema complesso per la salute e la qualità della vita dei pazienti, degli operatori sanitari e dei costi di gestione della malattia. I medici e le cure ospedaliere adottano la terapia farmacologica come la terapia elettiva che agisce sui sintomi cognitivi

o comportamentali ma esprime parecchi sintomi collaterali. Sono necessari ulteriori studi per identificare un adeguato trattamento farmacologico. Il crescente interesse per i trattamenti non farmacologici ha portato i clinici a testare diversi metodi per evitare il declino cognitivo e controllare i sintomi comportamentali. Nonostante gli effetti piccoli ma coerenti mostrati sull'efficacia dei trattamenti non farmacologici, c'è ancora molto da esplorare in questo campo.

Ad esempio, sono necessarie ulteriori ricerche per identificare la frequenza ed i tempi ottimali per le terapie cognitive, scoprire nuovi metodi che potrebbero supportare e migliorare l'aderenza ai trattamenti a domicilio e, infine, definire in che modo integrare la tecnologia a beneficio della riabilitazione cognitiva e funzionale nei pazienti con demenza. Come riportato da Livingston e collaboratori, i trattamenti che considerano più sintomi con un solo tipo di intervento, sia farmacologico che non farmacologico, non sembrano efficaci (Livingston et al., 2017). In effetti, i *trials* riguardanti l'uso congiunto di più di un intervento cognitivo rivelano migliore funzionalità cognitiva nei pazienti affetti da demenza (Barban et al., 2016; Lee, Choi, Oh, Sohn, & Lee, 2016; Panerai et al., 2016). Al contrario, alcuni autori riportano che non tutti i metodi sono ugualmente efficaci, ma i limiti del successo differirebbero a seconda del caso. Ad esempio, secondo Buschert e collaboratori (Buschert et al., 2011), il *training* di specifiche funzioni cognitive non è molto efficace con pazienti gravemente compromessi, mentre la stimolazione e l'attivazione delle funzioni quotidiane porterebbe a maggiori possibilità di successo.

Infine, a causa delle caratteristiche multifattoriali della demenza, alcuni autori sostengono che gli studi futuri dovrebbero preferire approcci multimodali non farmacologici che includano non solo interventi cognitivi, fisici e psicologici, ma anche diete nutrizionali, riduzione dello stress, terapia del sonno e ormonali, e promuovere, agendo in maniera olistica, l'attenuazione della degenerazione cognitiva dei pazienti (Chalfont, Milligan, &

Simpson, 2018). A causa degli elevati costi finanziari e di risorse psicologiche per il trattamento della demenza, sta emergendo un crescente interesse per lo sviluppo di nuove tecnologie economiche ed efficienti per sostenere il servizio di assistenza, come la *eHealth*. Numerosi ricercatori con diversi *background* professionali sono alla ricerca di soluzioni di assistenza tecnologica per i pazienti ogni giorno. Tuttavia, la maggior parte dei dispositivi ad oggi disponibili permettono principalmente di monitorare i pazienti, raccogliere dati clinici, comunicare con loro e renderli sicuri. Le *app* rappresentano un ulteriore mezzo per servire il paziente e il medico. I pochi dati disponibili riguardanti la riabilitazione cognitiva per i pazienti affetti da demenza emergono da protocolli scientifici e poster di studi ancora in corso (Fabbri et al., 2018; Michelini, Tirelli, Gardini, Caffarra, & Association, 2016), da studi pilota che testano l'usabilità dell'*app* con campioni molto bassi o infine da studi che si riferiscono a dati preliminari (Cardullo, GAMBERINlab, Milan, MAPELLlab, & TELEMEDICINE, 2016; L. Martini et al., 2019). Nonostante i pochi dati disponibili sull'argomento, i dati preliminari ci consentono di ipotizzare la loro efficacia. In conclusione, è presente la fiducia che le *app* intelligenti di *eHealth* potrebbero portare a una nuova soluzione di trattamento per i pazienti affetti da demenza. In ogni caso, sembra necessario che ricercatori e clinici conducano studi RCT (*Randomized Controlled Trial*) e sviluppino *app* ottimizzate per stimolare e controllare un ampio spettro di domini bio-psicologici in grado di migliorare il successo e gli esiti terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- Alm, N., Astell, A., Gowans, G., Dye, R., Ellis, M., Vaughan, P., & Newell, A. F. (2007). *An interactive entertainment system usable by elderly people with dementia*. Paper presented at the International Conference on Universal Access in Human-Computer Interaction.
- Armstrong, N., Nugent, C., Moore, G., & Finlay, D. (2010). *Developing smartphone applications*



- for people with Alzheimer's disease. Paper presented at the Proceedings of the 10th IEEE International Conference on Information Technology and Applications in Biomedicine.
- Astell, A. J., Joddrell, P., Groenewoud, H., de Lange, J., Goumans, M., Cordia, A., & Schikhof, Y. (2016). Does familiarity affect the enjoyment of touchscreen games for people with dementia? *International Journal of Medical Informatics*, 91, e1-e8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.02.001>
 - Astell, A. J., Malone, B., Williams, G., Hwang, F., & Ellis, M. J. J. o. A. T. (2014). Leveraging everyday technology for people living with dementia: a case study. *8*(4), 164-176.
 - Barban, F., Annicchiarico, R., Pantelopoulous, S., Federici, A., Perri, R., Fadda, L., . . . Scalici, F. J. I. j. o. g. p. (2016). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *37*(4), 340-348.
 - Boogerd, E. A., Arts, T., Engelen, L. J., & van De Belt, T. H. J. J. r. p. (2015). "What Is eHealth": time for an update? , *4*(1), e29.
 - Buschert, V. C., Friese, U., Teipel, S. J., Schneider, P., Merensky, W., Rujescu, D., . . . Buerger, K. J. J. o. A. s. d. (2011). Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: a pilot study. *25*(4), 679-694.
 - Cardullo, S., GAMBERINLab, L., Milan, S., MAPELLLab, D. J. A. R. O. C., & TELEMEDICINE. (2016). Rehabilitation Tool: A Pilot Study On A New Neuropsychological Interactive Training System. 168.
 - Chalfont, G., Milligan, C., & Simpson, J. J. D. (2018). A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. 1471301218795289.
 - Cutler, C., Hicks, B., Innes, A. J. G., & Culture. (2016). Does digital gaming enable healthy aging for community-dwelling people with dementia? , *17*(1-2), 104-129.
 - de Barros, A. C., Leitão, R., & Ribeiro, J. J. P. C. S. (2014). Design and evaluation of a mobile user interface for older adults: navigation, interaction and visual design recommendations. *27*, 369-378.
 - Draper, H., & Sorell, T. J. B. (2013). Telecare, remote monitoring and care. *27*(7), 365-372.
 - Eysenbach, G. J. J. o. m. I. r. (2001). What is e-health? , *3*(2), e20.
 - Fabbri, L., Mosca, I. E., Gerli, F., Martini, L., Pancani, S., Lucidi, G., . . . Macchi, C. J. F. i. n. (2018). The Games for Older Adults Active Life (GOAL) project for people with mild cognitive impairment and vascular cognitive impairment: a study protocol for a randomized controlled trial. *9*.
 - Fleming, R., & Sum, S. J. J. o. A. T. (2014). Empirical studies on the effectiveness of assistive technology in the care of people with dementia: a systematic review. *8*(1), 14-34.
 - Fukui, Y., Yamashita, T., Hishikawa, N., Kurata, T., Sato, K., Omote, Y., . . . Hatanaka, N. J. I. M. (2015). Computerized touch-panel screening tests for detecting mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *54*(8), 895-902.
 - Gitlin, L. N., Winter, L., & Dennis, M. P. J. G. i. j. o. t. f. a. o. t. s. t. a. s. (2010). Assistive devices caregivers use and find helpful to manage problem behaviors of dementia. *9*(3), 408.
 - Gupta, S., Mishra, C., Katyayan, P., & Joshi, N. (2018). Assistive Technology for Neurological Disorders.
 - Ishiwata, A., Kitamura, S., Nomura, T., Nemoto, R., Ishii, C., Wakamatsu, N., . . . geriatrics. (2014). Early identification of cognitive impairment and dementia: results from four years of the community consultation center. *59*(2), 457-461.
 - Joe, J., & Demiris, G. J. J. o. b. i. (2013). Older adults and mobile phones for health: a review. *46*(5), 947-954.
 - Kerssens, C., Kumar, R., Adams, A. E., Knott, C. C., Matalenas, L., Sanford, J. A., & Rogers, W. A. (2015). Personalized Technology to Support Older Adults With and Without Cognitive Impairment Living at Home. *30*(1), 85-97. doi:[10.1177/1533317514568338](https://doi.org/10.1177/1533317514568338)

- Kong, A. P.-H. J. C. D. Q. (2015). Conducting cognitive exercises for early dementia with the use of apps on iPads. *36*(2), 102-106.
- Kong, A. P.-H. J. D. (2017). The use of free non-dementia-specific Apps on iPad to conduct group communication exercises for individuals with Alzheimer's disease (Innovative Practice). 1471301217727630.
- Lee, J., Choi, B. H., Oh, E., Sohn, E. H., & Lee, A. Y. J. J. o. C. N. (2016). Treatment of Alzheimer's disease with repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *12*(1), 57-64.
- Leuty, V., Boger, J., Young, L., Hoey, J., & Mihailidis, A. (2013). Engaging Older Adults with Dementia in Creative Occupations Using Artificially Intelligent Assistive Technology. *Assistive Technology*, *25*(2), 72-79. doi:10.1080/10400435.2012.715113
- Lim, F. S., Wallace, T., Luszcz, M. A., & Reynolds, K. J. J. G. (2013). Usability of tablet computers by people with early-stage dementia. *59*(2), 174-182.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Cohen-Mansfield, J. J. T. L. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *390*(10113), 2673-2734.
- Loi, S. M., Mazur, A., Huppert, D., Hoy, B., Swan, J., & Lautenschlager, N. T. J. I. p. (2017). A pilot study using "apps" as a novel strategy for the management of challenging behaviors seen in people living in residential care. *29*(4), 637-643.
- Manera, V., Petit, P.-D., Derreumaux, A., Orvieto, I., Romagnoli, M., Lyttle, G., . . . Robert, P. H. (2015). 'Kitchen and cooking,' a serious game for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a pilot study. *Frontiers in aging neuroscience*, *7*, 24-24. doi:10.3389/fnagi.2015.00024
- Maresova, P., & Klimova, B. J. I.-P. (2015). Supporting technologies for old people with dementia: a review. *48*(4), 129-134.
- Martini, L., Fabbri, L., Pancani, S., Mosca, I., Gerli, F., & Vannetti, F. (2019). Preliminary Investigation of a Newly Developed Tele-Rehabilitation Program for People Living with MCI Condition. In *Biosystems and Biorobotics* (pp. 707-710): Springer International Publishing AG.
- Martini, L., Vannetti, F., Fabbri, L., Gerli, F., Mosca, I., Pazzi, S., . . . Bocchi, L. (2019). *GOAL (Games for Olders Active Life): A Web-Application for Cognitive Impairment Tele-Rehabilitation*. Paper presented at the World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering 2018.
- Michelini, G., Tirelli, P., Gardini, S., Caffarra, P. J. A. s., & Association, D. T. J. o. t. A. s. (2016). THE DEVELOPMENT OF A HOME-BASED AND COMPUTERIZED COGNITIVE STIMULATION THERAPY FOR PERSONS LIVING WITH DEMENTIA. *12*(7), P426.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., & Orrell, M. J. B. h. s. r. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *13*(1), 43.
- Mort, M., Roberts, C., Callén, B. J. S. o. h., & Illness. (2013). Ageing with telecare: care or coercion in austerity? , *35*(6), 799-812.
- Navarro, R. F., & Favela, J. (2011). *Usability assessment of a pervasive system to assist caregivers in dealing with repetitive behaviors of patients with dementia*. Paper presented at the Proceedings of the 4th International Conference on Pervasive Technologies Related to Assistive Environments.
- Onoda, K., & Yamaguchi, S. J. P. o. (2014). Revision of the cognitive assessment for dementia, iPad version (CADi2). *9*(10), e109931.
- Organization, W. H. (2016). *Atlas of EHealth Country Profiles: The Use of EHealth in Support of Universal Health Coverage: Based on the Findings of the Third Global Survey on EHealth 2015* (Vol. 3): World Health Organization.
- Panerai, S., Tasca, D., Musso, S., Catania, V., Ruggeri, F., Raggi, A., . . . Ferri, R. J. F. i. B. N. (2016). Group intensive cognitive activation in patients with major or mild neurocognitive di-



- sorder. 10, 34.
- Pang, G. K.-H., & Kwong, E. (2015). *Considerations and design on apps for elderly with mild-to-moderate dementia*. Paper presented at the 2015 International Conference on Information Networking (ICOIN).
 - Pitts, K., Pudney, K., Zachos, K., Maiden, N., Krogstie, B., Jones, S., . . . Technology, I. (2015). Using mobile devices and apps to support reflective learning about older people with dementia. 34(6), 613-631.
 - Pringle, A., & Somerville, S. J. M. H. P. (2013). Computer-assisted reminiscence therapy: developing practice. 17(4).
 - Purves, B. A., Phinney, A., Hulko, W., Puurveen, G., Astell, A. J. J. A. J. o. A. s. D., & Dementias®, O. (2015). Developing CIRCA-BC and exploring the role of the computer as a third participant in conversation. 30(1), 101-107.
 - Riley, P., Alm, N., & Newell, A. J. C. i. H. B. (2009). An interactive tool to promote musical creativity in people with dementia. 25(3), 599-608.
 - Satler, C., Belham, F. S., Garcia, A., Tomaz, C., & Tavares, M. C. H. J. F. i. a. n. (2015). Computerized spatial delayed recognition span task: a specific tool to assess visuospatial working memory. 7, 53.
 - Smith, S., & Astell, A. J. J. T. (2018). Technology-supported group activity to promote communication in dementia: a protocol for a within-participants study. 6(1), 33.
 - Smith, S. K., & Mountain, G. A. J. I. J. o. C. i. H. (2012). New forms of information and communication technology (ICT) and the potential to facilitate social and leisure activity for people living with dementia. 1(4), 332-345.
 - Thorpe, J. R., Rønn-Andersen, K. V., Bieñ, P., Özkil, A. G., Forchhammer, B. H., & Maier, A. M. J. H. t. I. (2016). Pervasive assistive technology for people with dementia: a UCD case. 3(4), 297-302.
 - Tomori, K., Nagayama, H., Ohno, K., Nagatani, R., Saito, Y., Takahashi, K., . . . Higashi, T. (2015). Comparison of occupation-based and impairment-based occupational therapy for subacute stroke: a randomized controlled feasibility study. 29(8), 752-762. doi:10.1177/0269215514555876
 - Topo, P. J. J. o. a. G. (2009). Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers: a literature review. 28(1), 5-37.
 - Tyack, C., & Camic, P. M. J. I. p. (2017). Touch-screen interventions and the well-being of people with dementia and caregivers: a systematic review. 29(8), 1261-1280.
 - Upton, D., Upton, P., Jones, T., Jutla, K., Brooker, D., & Grove, H. J. U. U. o. W. (2011). Evaluation of the impact of touch screen technology on people with dementia and their carers within care home settings.
 - Wandke, H., Sengpiel, M., & Sönksen, M. J. G. (2012). Myths about older people's use of information and communication technology. 58(6), 564-570.
 - Weir, A. J., Paterson, C. A., Tiegies, Z., MacLullich, A. M., Parra-Rodriguez, M., Della Sala, S., & Logie, R. H. (2014). *Development of Android apps for cognitive assessment of dementia and delirium*. Paper presented at the 2014 36th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society.
 - Yamagata, C., Coppola, J. F., Kowtko, M., & Joyce, S. (2013). *Mobile app development and usability research to help dementia and Alzheimer patients*. Paper presented at the 2013 IEEE Long Island Systems, Applications and Technology Conference (LISAT).
 - Zapata, B. C., Fernández-Alemán, J. L., Idri, A., & Toval, A. J. J. o. m. s. (2015). Empirical studies on usability of mHealth apps: a systematic literature review. 39(2), 1.
 - Zmily, A., Mowafi, Y., Mashal, E. J. J. m., & uHealth. (2014). Study of the usability of spaced retrieval exercise using mobile devices for Alzheimer's disease rehabilitation. 2(3).
 - Zorluoglu, G., Kamasak, M. E., Tavacioglu, L., Ozanar, P. O. J. C. m., & biomedicine, p. i. (2015). A mobile application for cognitive screening of dementia. 118(2), 252-262.



LA FORMAZIONE DEL VOLONTARIO SANITARIO

Marisa Yildirim
Psicologa-Psicoterapeuta

INTRODUZIONE

Il volontariato nasce come fenomeno religioso ed assistenziale per divenire solidarietà laica negli anni 60, ricerca di un senso di comunità negli anni 80 e di appartenenza ad un organizzazione di volontariato, come recita la legge quadro sul volontariato del '91 (art. 2 comma 1) dove:

"(...) per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte (...)"

Oggi invece il volontario, si identifica come valore aggiunto anche in altri contesti individuali, riconosciuto anche dal dcr 3.07.17 n.117 codice terzo settore (art. 17 comma 2), con una definizione giuridica di volontario:

"Il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà".

Il volontariato può rappresentare un'esperienza

ricca di senso, un incontro tra persone che contribuisce a migliorare la qualità di vita sia per chi svolge volontariato sia per chi lo riceve. Il volontariato può essere uno spazio d'incontro con l'altro e una costruzione di relazioni, un luogo di riconciliazione con se stessi e con gli altri.

Esso rappresenta una risorsa fondamentale nelle istituzioni sanitarie ed è presente nell'U.O.C. di Ematologia dell'ospedale Perrino di Brindisi da 14 anni rappresentando l'associazione BrinAIL (associazione italiana lotta alle leucemie, linfomi e mieloma).

Il volontario BrinAIL si confronta con temi molto delicati come la malattia, la sofferenza, la morte, ecc. e pertanto non può prescindere da una formazione in un percorso personale e di gruppo che rappresenta una forma di tutela sia per se stesso che per il beneficiario, per non incorrere in un coinvolgimento emotivo, di stress o rischio di burnout se non adeguatamente preparati.

SELEZIONE, ORIENTAMENTO E FORMAZIONE DEL VOLONTARIO IN EMATOLOGIA

La formazione del volontario sanitario ricopre un ruolo molto importante nell'esperienza di chi si avvicina al mondo del volontariato, ma anche per chi svolge da tempo il proprio operato come



opportunità per migliorare le proprie competenze e risorse, come momento informativo e di supervisione.

L'iter per diventare volontario in un contesto di cura e trattamento della malattia oncoematologica, è "rigoroso", selettivo e professionalizzante. La formazione segue ad una prima fase di conoscenza, orientamento e selezione dell'aspirante volontario la cui idoneità viene approfondita attraverso un colloquio che valuta le attitudini, le motivazioni e le sue competenze.

Il colloquio permette anche di presentare l'associazione e la funzione dei volontari al suo interno, affinché si possa scegliere il tipo di attività più affine alle proprie capacità e aspirazioni.

Prima di entrare in ospedale a contatto con i pazienti, i familiari e gli operatori sanitari la persona deve seguire un iter ben strutturato che va dalla selezione, alla formazione di base per concludersi con il tirocinio seguito da una formazione permanente.

LA FORMAZIONE DI BASE

La formazione di base è organizzata dalla psicologa e prevede l'intervento di un team multidisciplinare, volontari senior, psicologa, medico, infermiere che lavorano nella struttura sanitaria.

È costituita da otto incontri, con cadenza settimanale utile per consentire la riflessione e la rielaborazione sui contenuti trattati.

Diverse sono le tematiche affrontate. Nella prima parte è fondamentale la presentazione dell'associazione di appartenenza da parte dei volontari senior per far conoscere la mission, i valori che la fondano, i servizi offerti, la storia, il tema del fund raising, che riveste un ruolo fondamentale per la vita dell'associazione, come essa si relaziona al malato e alla sua rete, alle strutture sanitarie, al personale sanitario e al territorio.

Viene trattata la figura del volontario con una riflessione approfondita sulle sue aspettative, sulle sue motivazioni, sul ruolo del volontario e sui limiti, sulla responsabilità e quindi il rispetto del codice deontologico del volontario e del regolamento dell'associazione come imprescindibili dal suo futuro operato.

Si valorizzano le risorse, le esperienze, le competenze del volontario come fonte di nuove forze e vitalità per l'associazione.

Successivamente si affronta quello che può essere il vissuto del paziente e del familiare o caregiver.

Una parte fondamentale della formazione riguarda la relazione d'aiuto, la comunicazione, l'ascolto del paziente e della famiglia.

Un altro tema approfondito è quello sanitario riguardo a quelle che saranno le malattie che si incontreranno, ai percorsi di terapie e relativi effetti collaterali. S'illustra l'organizzazione della struttura e si chiarisce l'importanza dell'igiene in oncoematologia.

Al termine della formazione di base è previsto un confronto tra il volontario e la psicologa per valutare se ci sono le condizioni per continuare con il tirocinio e quindi passare alla fase operativa in DH e nel reparto guidato da un volontario senior che diventerà il suo tutor, con il quale a fine giornata confrontarsi con un briefing.

Terminato il tirocinio si valuta insieme all'aspirante volontario e a quello senior se ci sono sempre le premesse per continuare anche in autonomia.

LA FORMAZIONE PERMANENTE

Prevede degli incontri mensili, di aggiornamento su specifiche tematiche, elaborazione dei vissuti dei volontari e quindi di contenimento emotivo, di discussione e condivisione di esperienze, d'interventi che rafforzano l'appartenenza al gruppo dei volontari.

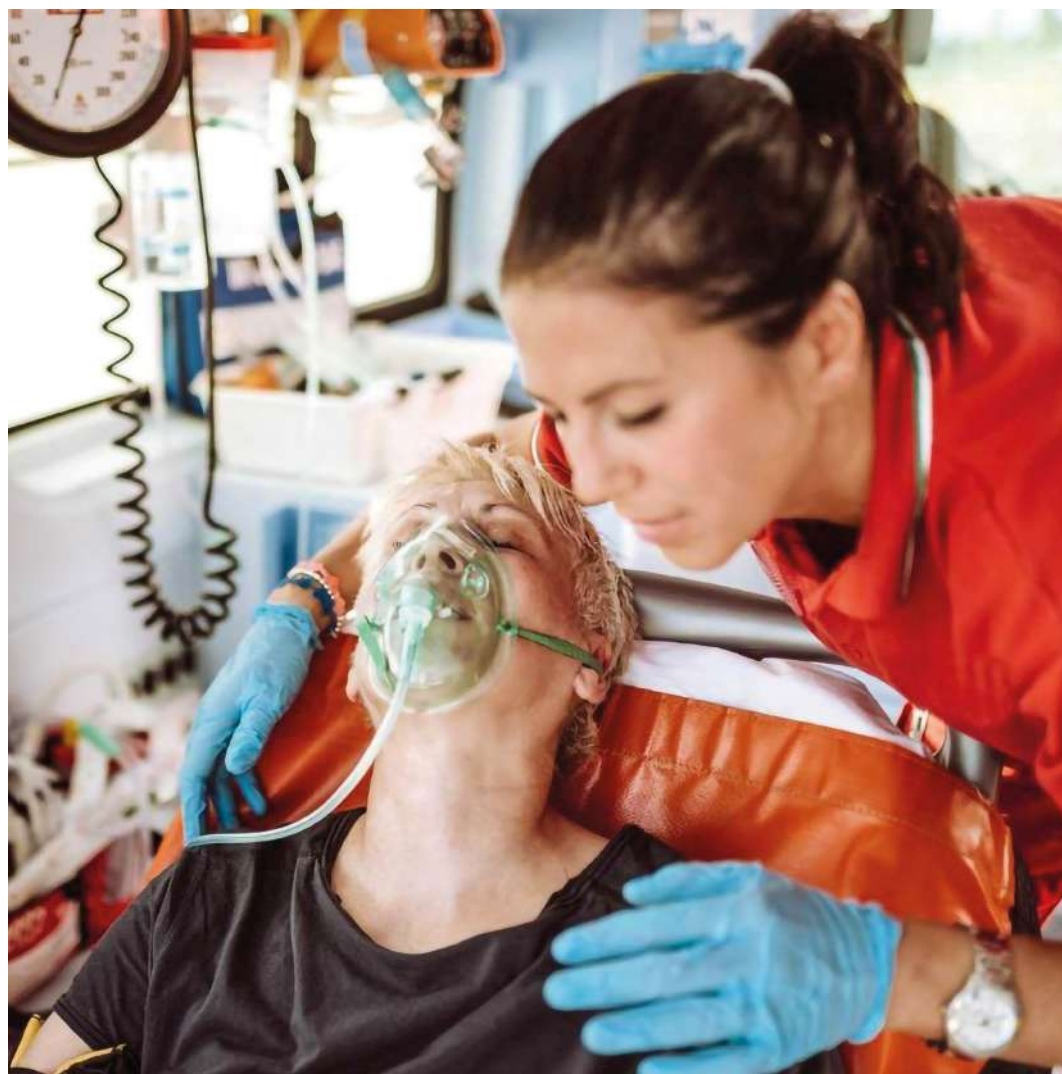
Questo percorso formativo del volontariato sanitario, ruota intorno alle tre dimensioni del

Sapere, Saper fare e Saper essere.

Questo modello di formazione è stato affinato e consolidato in questi anni di lavoro con l'associazione BrinAIL assicurando all'U.O.C. di ematologia volontari con un profilo e delle competenze specifiche necessarie per il volontario sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2003) **Manuale pratico di Psico-oncologia**. Roma: Il pensiero scientifico.
- Bellani, M.L., Morasso, D.A., Orrù, W., Grassi, L., Casali, P.G., Bruzzi, P. (2002) **Psiconcologia**. Milano: Masson.
- Giudetti, G. (2019) La riforma del terzo settore e il nuovo codice. Il regime di volontariato e la sua evoluzione. Perugia: Cesvol Editori.
- Marta, E., Pozzi, M. (2007). **Psicologia del Volontario**. Roma: Carocci.
- Dott.ssa Paola Atzei (2016): <http://www.retisolidali.it/formazione-del-volontariato-sanitario/>



ANTEPRIMA DEL TESTO <MEPSICHE E SANPRAO>

SINTESI TEORICA DEL MODELLO SCIENTIFICO DI MENTEGRUPPO E DEFINIZIONE METODOLOGICA, CLINICO-APPLICATIVA

Altamura Annarita

PREMESSA

Il 2019 è stato un anno denso di cambiamenti, come questa prima pubblicazione scientifica. Segni pregressi, sempre più nitidi, ne hanno riesumato l'opportunità, esclusa già dagli anni di specializzazione, dal gruppo di ricerca col tutor universitario, gruppo-analista, didatta e Presidente dell'I.G.I. In realtà, la prima stesura di una pubblicazione possibile risale all'inizio di quest'anno, quando, di rientro dall'esperienza in missione alla baraccopoli di Nairobi -da specialista, su invito di Fra' Carmelo Giannone, l'allora Ministro (Provincia Africa-Est) dell'OFS di cui sono Terziaria-, la mia unica figlia esprime il desiderio di una scrittura a lei dedicata come dono per la maggiore età. Niente e nessuno può sorprendermi più di Chiara! Entro Marzo, quindi, scrivo una prima stesura originale ma di altro genere. Poi, a Giugno, in concomitanza con un altro 25ennale 2019 -quello d'assunzione lavorativa all'Opera

<Don Uva> di Bisceglie-, il datore di lavoro, dopo 13 anni di Servizio in riabilitazione psico-motoria "ex art.26", mi riassegna alla più ampia area di salute di sede e più impegnativa per me. Divengo, così, l'unica responsabile del Servizio di Psicologia clinica, unica coordinatrice delle <attività psico-riabilitative, socio-educative e artistiche> e catapultata in me come in uno stato emotivo di passato/futuro. Tento di risintonizzarmi con quella gravidanza dell'inclusione psico-sociale lasciata da anni e, tra i ricordi, mi ritrovo inevitabilmente nel lontano '91, anno d'avvio della collaborazione ultradecennale con la Ripartizione dei Servizi Sociali del Comune di Ruvo di Puglia: così si chiamava. Decido, allora, di ricontattare gli infaticabili colleghi del tempo e, nel giro di poche ore -come non fossero passati circa 30 anni - la Dott.ssa Grazia Tedone, divenuta nel frattempo Direttrice della rinominata "Area delle attività sociali, educative e culturali", mi accoglie con la sua

distintiva gioia, pacata e fraterna. È con lei -e il suo noto antecedente Responsabile- che ricevo, infatti, nel '91, la prima nomina di psicologa-coordinatrice (unica anche in quell'incarico) del primo progetto comunale con la prima legge statale sulla prevenzione del disagio minorile. Era stata promulgata da poco. Il progetto parte con durata triennale e attuato, anche con la mia presenza senza soluzione di continuità. L'esito del rivedersi, con Grazia, è un raccontarsi che mi conduce a partecipare insieme al corso "...città educante" negli immediati giorni a seguire. Ancora con lei, come negli anni '90, come ai tempi in cui avevamo Don Tonino come Guida, nasce in me l'idea di questa pubblicazione, di potenziale crescita psico-socio-culturale e delle relative sigle nel titolo di questo articolo: "Mepsiche e Sanprao"!

INTRODUZIONE

Giugno 2019, seguo da uditor "..."città educante", a Ruvo di Puglia, il paese natìo dove, da qualche mese, ho ripreso a risiedere. Mi sento spaesata e l'intenzione mi sostiene ad essere lì, nel tentativo di rimettermi in ascolto -innanzitutto di me (me-psyche...)- per quella ritrovata mission lavorativa dell'inclusione psico-sociale che mi fronteggiava dentro come un mostro a tante teste! Il fine, infatti, era quello di riformare in me un contesto operativo per la salute, praticamente dimenticato, prima di giungere alle persone interessate. Come riconcepire, rigenerare e riportare un'elaborazione teorica e di metodo di tale portata...? Al corso comunale, rilevo la presenza del Sindaco tra le più emotive per l'intera durata. Nella Sua introduzione, fa riferimento a situazioni critiche che riguardano i comportamenti 'antisociali' della comunità ruvese. A tratti provo dei brividi. Li percepisco come il segno di un impatto con qualcosa che di quel degrado arriva persino a scuotermi 'la pelle'! E' un rimprovero interiore, forse, di essermi trasferita dalla mia città proprio mentre svolgevo un ruolo professionale 'pluriattivo'. Sin dall'inizio del fervido vescovato di Don Tonino Bello, infatti, (non ancora maggiorenne) avevo iniziato a frequentare il volontariato alla Caritas cittadina e a relazionarmi con quelle forme di 'devianza sociale' che il cosiddetto sostrato fragile della società, a partire dai 'minori',

esprime come portavoce. Dopo la laurea, poi, dal ritorno stabile da Roma, era nata la collaborazione con i Servizi Sociali e le Scuole del territorio, durata per gli oltre 10 anni dal '91. Perciò, da qual fremito provato -al corso "...città educante"...-, il contesto da riconsiderare -e che pian piano aveva incominciato ad affacciarsi-, si è allargato improvvisamente a macchia d'olio! Da quell'ipotetico vuoto imputato, nel tentativo primario di adempiere al nuovo incarico dell'inclusione psico-sociale, mi sono ritrovata come a riprendere nella mente le 'maglie' di quel lavoro di 'rete' (irrinunciabile con le istituzioni locali per la mission ripresentata) e che forse avevo fatto sfuggire incautamente, andandomene, al tempo. A questo punto, è balenata l'idea -irriverente per una specialista del settore- di scrivere un piccolo testo, un simil-manuale profondamente elementare e di uso comune: <Rudimenti per la salute 'psico-sociale'> : il fine si allarga, così, al riprendere il dialogo anche con le realtà locali interessate. Al titolo in ipotesi, poi, sono arrivata per assonanza al titolo di un altro manuale, vera pietra miliare, studiato durante il corso di specializzazione alla Facoltà di Medicina di Bari: <i>fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica</i>. Ora, nel piccolo testo in oggetto, per brevità espositiva e per il doversi ripetutamente riferire, sia alla sintesi teorica dei modelli scientifici, sia alla definizione innovativa del suo metodo applicativo, sono pervenuta alle sigle citate, poi, registrate con marchio originale. Ecco <mepsiche e sanprao > !, gli acronimi, rispettivamente, di una ricerca scientifica, la prima, e di una definizione metodologica per la salute, la seconda.

<MEPSICHE> E IL MODELLO SCIENTIFICO DI MENTEGRUPPO

"Mepsiche", acronimo, parte dalla sillaba <me>. E' l'iniziale del costrutto di 'mentegruppo', introdotto dal Professor Patella nel suo testo del 2005. A motivo del cambiamento proposto, rispetto alla definizione di 'mente' usualmente detta, lo scienziato afferma l'innovazione come epilogo della trattazione del suo caso clinico. Riguarda, principalmente, l'analisi delle <..procedure operative..> in dotazione dello psicologo clinico propriamente formato al processo

curativo. Nel testo, infatti, espone il focus della costruzione del contesto clinico (del caso che risolve) e precisamente del suo stato "nascente". In questa minuziosa analisi, oserei dire da microscopio di 'sé-analista-che-cura', la mentegruppo così ridefinita viene fatta percepire all'opera come reticolo mentale, decisionale e decisivo. Quella definita da Patella -quindi la mentegruppo corrispondente al 'microscopio' analitico-descrittivo di sé/specialista-, è da me considerata, nell'ipotesi valutativa ai fini della ricerca in oggetto, come <transizionale alla cura>. Attraverso l'esposizione del frammento analitico del <casoR>, l'Autore rende tracciabile il divenire della validazione del costruito di mentegruppo. Nel testo, poi, sono evidenti, oltre agli studi pregressi condotti al fine, anche i presupposti dei lavori scientifici futuri, tra cui, di rilievo per questo articolo, è il <contesto analitico protensionale> che ha giovato speciali riconoscimenti allo Stesso da parte della GASi, Società londinese di appartenenza come gruppoanalista/fullmember. Infatti, dalla prima presentazione del contesto analitico protensionale, nel 2005, fino alla più recente d'anno in corso, 2019, passando per le altre pubblicazioni intercorse, lo scienziato perviene a stabilire una relazione che -qui, ai fini dell'oggetto-, viene individuata e chiamata <d'imprescindibilità reciproca delle intenzionalità/resistenze>, cioè dei versanti da me ipotizzati a 'guidare' la mentegruppo dello psicologo clinico in qualsiasi processo curativo ! L'implicazione più importante di questa ipotesi riguarda la certezza che qualsiasi cambiamento ottenuto, in termini di recupero della salute, attiene a un processo curativo parimenti versatile sulle <intenzionalità/resistenze> suddette. Nella sintesi concettuale di <mepsiche> si assume, allora, che detto processo curativo può risolversi esclusivamente all'interno della qui nominata <relazione d'imprescindibilità operativa di mentegruppo> come simbolica di quella complessità dinamica e reticolare delle procedure analitiche di: (1) <disapprendimento> sul versante detto 'contrappositivo' e (2) <stabilità intenzionale di protensione> (verso la guarigione), sull'altro come di bilanciamento. La proposta di nuova ipotesi prosegue così: il <disapprendimento> riguarderebbe, essenzialmente, le

intercorrenti cosiddette sequenze severe di <schemate> o <contrappositive>, cioè le condizioni determinanti lo stato di squilibrio clinico che, a sua volta, può manifestarsi sia in assenza che in presenza di sintomi organici. Con le forme non-sintomatiche, la 'sofferenza' è mantenuta entro il "confine organico del sé", cioè del "reticolo" più interno della mentegruppo; in loro assenza, invece, la relazione sintomatologica è significativa della specificità delle varie patologie bio-mediche contratte 'dinamicamente'. La <stabilità intenzionale di protensione> verso la guarigione, invece, garantirebbe quella condizione di <transizionalità> che è propedeutica alla costruzione del <legame curativo> (e non professionale comunemente detto), senza il quale è impossibile persino accedere al versante del citato <disapprendimento>. Essa è la dimensione più fragile del cambiamento necessario alla salute, essendo quella più osteggiata dalle funzionalità 'razionali' e di 'detteme sociale'. Ne deriva, quindi, che solo lo psicologo clinico abilitato al processo curativo secondo il modello scientifico della mentegruppo, è capace di formarsi -e formare a sua volta- alle procedure insite nello stesso Modello, oltre che attuarle per promuovere i processi di cambiamento qualitativo-radicali ai fini della salute. <Mepsiche>, allora, con la sillaba iniziale 'me', sta ad indicare sia la matrice della parola mentegruppo (soprattutto per le implicazioni legate al suo costruito di modello scientifico), sia le direzionalità dei versanti del processo curativo che sono percepibili dall'interno delle persone coinvolte, quindi da <me> (o dal <sé> di ciascuno), a prescindere dai ruoli che si svolgono nella 'cura'. Si può aggiungere, perciò, che a partire dalla mente di chi cura, ogni contesto clinico è, innanzitutto, sostenuto da quella che per l'oggetto espositivo chiamo la <costante protensionale verso l'altro>. Essa è ipotizzata come essenza del relativo supposto protocollo clinico del <profilo di mentegruppo individuale e personalizzante>. Quindi, senza l'<apprendimento di propriocezione della costante protensiva> non è attivabile il processo curativo. Non a caso, la sillaba iniziale 'me' di <mepsiche> rappresenta anche il pronome personale, in uso di complemento, che sta ad indicare, al tempo stesso, la direzione di "destinazione".

Pertanto, la sillaba iniziale 'me' (di <mepsiche> nel titolo) sta a simbolizzare la circolarità fondante qualsiasi operazione insita nel contesto curativo a prescindere dai ruoli di "garante della salute" e "garantito". Secondo il modello scientifico della mente-gruppo, e dei supposti <versanti implicanti> del processo clinico, il <me> rappresenta quel <sè-da-sé> da cui è possibile maturare la <propriocezione della costante protensiva>. Essa dall'interno di ciascuno sostiene la versatilità necessaria alla sussistenza del <legame che cura> e dunque <lo strumento essenziale> alla guarigione. Un ultimo aspetto, infatti, da sottolineare nell'<anteprima> in oggetto è correlato alla lettera finale <e> dell'acronimo <mepsiche>. Essa esprime, proprio, l'<essenzialità> per la stesura del suddetto <profilo psico-sociale individualizzante di mentegruppo> che è alla base del metodo <sanprao>.

<SANPRAO>. ACRONIMO DELLA DEFINIZIONE METODOLOGICA E CLINICO-APPLICATIVA DELLA SINTESI CONCETTUALE DI <MESPSICHE>

<Sanprao> è l'acronimo di <Servizio delle Attività Spirituali, Naturalistiche, Artistiche e Scientifiche nella Psico-Riabilitazione, Socio-Pedagogica e Olistica>. Nel tentativo di essere 'rudimentale' o elementare ai fini della stesura ipotizzata (del suddetto simil-manuale...), invito a tollerare che il linguaggio espositivo, d'ora in poi, tenderà inevitabilmente a essere ancor più semplicistico. Con questo presupposto procedo nell'approfondimento della definizione nel titolo che - tra le attività nell'acronimo di <sanprao>, per lo spazio di pubblicazione concesso - circonscriverò al primo ambito indicato, cioè a quello <spirituale>, considerato come radice primaria... Questo perchè ogni attività indicata nella successione del titolo, dopo quella 'spirituale', va considerata comprensiva delle precedenti, come ciascuna in rapporto transitorio con l'altra, secondo gli assunti di <prevalenza>, <alternanza> e <corrispondenza>. Questo breve accenno d'ipotesi concernerebbe, infatti, tutto il processo della formazione della mente-gruppo rispetto ai livelli differenti della relazionalità dinamica con cui dalle 'istanze interne' si perverrebbe alla 'mentegruppo'. In altri termini, la presunta

propedeuticità o stratificazione delle relazioni transitorie tra le istanze interne nella costituente mentegruppo rispetterebbe una sorta di <contesto a matrioska> secondo gli assunti accennati. Nel caso particolare delle attività nel titolo, infatti, il presupposto è che esse corrispondano a <costanti primarie> della mentegruppo a formarsi: costanti che per lo sviluppo della mentegruppo stessa sono associabili a <simil-sensi-interni> (per così dire, di matrice). Detti 'sensi', poi, nel richiamo alle rispettive attività citate nel titolo, avrebbero il supposto ordine propedeutico: da 'spirituali', a 'naturalistici', a 'artistici' e infine a 'scientifici'. Fatta questa premessa in ipotesi, ricomincerei, allora, da un assunto scritto su <Mepsiche> a. pag.4 : <<...senza l' <apprendimento di propriocezione della costante protensiva del sé> non è attivabile il processo curativo...>>. La capacità propriocettiva di sé, o di "ri-conoscere/si" dall'interno o ipotizzata <proto-costante protensiva verso l'altro> a radice d'individuazione del sé, decide della condizione di unità o coesione delle istanze infinite interne di cui la mentegruppo si 'reticola' (bisogni, desideri, aspirazioni, etc.). Questa 'proto-qualità', che indico come <infinitezza propriocettiva del sé> -per la <costante protensiva> ipotizzata propria del sé-, viene da ora sostituita con la denominazione comune di <senso spirituale> (da sé) come parimenti rappresentativa (proprio per i limiti predetti di scrittura). Si assume, quindi, detta denominazione di <costante protensiva verso l'altro>, d'ora in poi, come indicativa della capacità emotiva di percepire <sé> in quella naturale radicalità a trovare sé stessi "attraverso e con l'altro" in unità, cioè, a un qualsiasi <altro-da-sé>.. (e non esiste altra strada!). Ciò detto, si ipotizza, ancora, che le così chiamate <costanti protensive> abbiano una connotazione contraria alla concezione del movimento fisico, nel senso che nella percezione emotiva "propria", cioè di <sé-da-sé>, la cognizione è legata alla sua essenza più stabile. Oserei dire che è 'ferma' per la sua condizione di <continuità all'infinito>. Dunque, la primordiale radice riconoscibile nella percezione di <sé-da-sé> è una costante irrinunciabilmente 'ferma': questo è "il problema"... direbbe Shakespeare! Nel setting analitico ortodosso, infatti, il cosiddetto paziente si

colloca sul rinomato lettino proprio a favorire l'introspezione che necessita di minor movimento fisico possibile. In questo modo ha senso l'idea della contrarietà del movimento fisico rispetto a 'quello' emotivo. Convenzionalmente, si usa parlare di 'tempo emotivo' come espressione più funzionale al fine. Un'idea-paradosso che rappresenti la "dinamicità reticolare di mentegruppo" potrebbe essere quella di <movimento fermo delle emozioni>. Ora, nel tentando avvio di questo paragrafo, sapendo che l'arte -per disposizione di genio- giunge prima della scienza a scoprire la verità dell'esistenza delle cose, provo a farmi soccorrere dalla musica o meglio da un verso di una canzone d'autore italiana di Giorgio Gaber, a proposito della natura 'spirituale' umana. Nel testo <se ci fosse un uomo>, Gaber richiama il senso percettivo del <sé-spirituale> auspicando l'<uomo> come << uno spazio vuoto... popolato da un bisogno che diventa l'espressione di un gran senso religioso...>>. D'altronde, da anni esistono ricerche mediche che dimostrano le cosiddette correlazioni 'neuro-teologiche' a comprova dei <benefici della preghiera e della meditazione>. Per procedere nell'intento, allora, ricorrerò anche al testo della mia canzone preferita: <sempre e per sempre>. Qui, con una coerenza interna non da poco, è ben chiarita la natura del cosiddetto legame d'amore che è considerabile all'unisono con quello detto <clinico>, cioè di un rapporto 'analitico', inteso come indissolubile e che decide del potersi riconoscere <umani attraverso/con un altro simile> capace di svolgere <funzioni di mirroring continuativo> cioè pressoché quotidiano. Scoprire sé stessi attraverso una relazione 'indissolubile' è l'impresa più ardua per lo stesso genere: per questo, forse, Gaber, cantava anche che quella umana è una 'razza' in estinzione! Qui si assume l'idea contraria, che è difficile, invece, 'formare' <"un uomo" a se stesso>, cioè con un equilibrio atto a garantirsi una salute profonda e costante! Negli ambienti professionali che frequento, per creare una distinzione ironica tra i cosiddetti 'umani' e i 'non...', chiamo quest'ultimi con la dicitura scherzosa <<i carnarmati> seguendo l'arte di Don Tonino che adattava le parole per renderle più assonananti al significato desiderato. Ora, seguendo la proposta

della canzone di De Gregori, ad esempio, se davvero fossimo tutti umani in detto senso, ci ritroveremmo (tutti) <sempre e per sempre> <dalla stessa parte>. E ancora: se, per così dire, sommassimo i due titoli citati, di Gaber e De Gregori, potremmo dire che <se ci fosse un uomo> avrebbe un senso spirituale <sempre e per sempre>, di sé e degli altri. Come sostenere questa ipotizzata naturale verità? In avvallo alla proposta della primarietà delle attività spirituali come curative -e a seguire le altre nell'acronimo nel titolo-, la scuola psicoanalitica inglese afferma la cosiddetta natura contrappositiva della mente-gruppo. Questa sarebbe come fisiologicamente capovolta rispetto a quella detta qui <protensiva>, per cui l'essere umano è costantemente a rischio di perdere il senso di sé, da quello spirituale a tutti gli altri. Nella contrapposizione di mentegruppo, la falsa identità è capace di opporre dinamicamente -alla protensione (senso spirituale) di mentegruppo-, una 'similforza di mimesi' con cui camuffare l'effettiva condizione di coesione (tra le suddette istanze infinite e costituenti la mente-gruppo) in una forma come apparente. Detta contrapposizione, quindi, verrebbe agita con sequenze simil-sostitutive di costruzione severa -cioè legata a dettami rigidi e imposti che passano tra le generazioni attraverso dei costrutti razionali- con cui spacciare le reali capacità "propriocettive" emotive e peggio ancora spirituali. In questi casi, il profilo d'identità, di ciascun essere umano, agirebbe, per così dire, in una sorta di <modalità provvisoria contrapposta o di anti.mente-gruppo> rispetto a quella ipotizzata <protensionale stabile o di mentegruppo>. Ciò che distingue palesemente un'identità sana da un simil-sostituito di forme mascherate di radicamento interiore, è più frequentemente lo stato regressivo, potenzialmente nocivo e gravosamente 'provvisorio', precario per l'affermazione di sé e relativa convivenza sociale. A questa modalità provvisoria di 'comportamento-non-radicato-spiritualmente', per contrasto alla definizione di mentegruppo, viene qui dato il nome di <assetto-branco di anti-mentegruppo>. Questa modalità, così diffusa, funziona, infatti, in antitesi a quella di <me.psiche.sociale> o mentegruppo, adottando un funzionamento di tipo 'branco-animale'

tra le istanze interne, con esiti menomativi personali e di convivenza sociale. Negli assetti aggregativi di tipo familiare e sociale di <branco-anti-mentegruppo> più individui, di regola, si coalizzano tra loro con l'epilogo del fenomeno del capro espiatorio. In altri termini, non avendo acquisito lo sviluppo necessario ad affermare in libertà il proprio senso di sé a partire da quello spirituale, l'assetto-branco di anti-mentegruppo impone una regressione a una forma pseudo-affermativa (di un sé-provisorio) attraverso le istanze di dominanza. E' il più comune 'dominio' ad agire l'inversione della mentegruppo in assetto-branco di anti-mentegruppo, nelle dimensioni 'intra' e 'interpersonali'. In questo secondo caso, esiste necessariamente una rappresentanza 'più fragile' a fungere da <oggetto di sopravvivenza> per la stessa anti-mentegruppo. Se a questo punto, consideriamo il senso spirituale alla base degli altri tre 'simil-sensi' ipotizzati a radici umanizzanti, dell'essenza personale e sociale dell'identità umana (e cioè, anche naturalistici, artistici e scientifici) ogni rispettiva <costante> successiva, nell'ordine dell'acronimo <sanprao>, creerebbe effetti benefici in quella relazione suddetta di <contesto a matrisca> tra tutti i detti 'sensi interni'. In sintesi, <sanprao> si pone come un metodo essenzialmente dinamico che privilegia le dimensioni più profonde della mentegruppo, quindi sul versante psico-sociale' ed è finalizzato a realizzare l'essenza di <me.psiche.sociale> o procedurale di <profilo clinico individuale e personalizzante>, attraverso cui ri-stabilire eventuali stati di dis-equilibrio a partire dalla creazione di un <legame curativo>. Questo verrebbe sostenuto da un metodo che integri le frequentazioni delle attività in <sanprao>, con continuità stabile. Prima di concludere, darei un ultimo rilievo alla qualificazione olistica di <sanprao>, che assumendo il principio scientifico della totalità non riducibile alla semplice composizione o coesistenza di elementi, ben evidenzia che nella realtà cosiddetta di mentegruppo anche un solo elemento varia radicalmente il contesto. La realtà, quindi, nel modello scientifico nel titolo è la sintesi tra le coordinate di <contenuto, spazio e tempo nel qui ed ora della relazione di mentegruppo>. Così, per concludere, si vuole affermare che in

una dimensione di realtà tracciata tra l'ambito "verità" e "il mistero" -come incontrollabilità di base della mentegruppo- solo l'irrisolvibilità propria del mistero resta la verità assoluta (e che qui, nell'ipotesi primaria che l'identità umana si radica nel senso <propriocettivo spirituale di sé>) e che la trattazione in oggetto può realizzarsi come un ambito orizzonte aperto, sulla profondità dell'essenza umana e del suo stato di salute.

CONCLUSIONE

Vorrei concludere questa anteprima con una domanda/paradosso che pongo, innanzitutto a me stessa, per non rispondere, ovviamente. Se ogni persona potesse essere formata alla consapevolezza dinamica, cioè fondata sulla capacità profonda di percepirsi realmente come essere assente o presente <a sé e agli altri>, sperimentando o non sulla pelle.., che per essere se stessa deve riconoscersi <propriocettivamente> nell'esperienza dei cosiddetti 'sensi spirituali, naturalistici, artistici e scientifici', in ipotesi, cambierebbe la vita?

BIBLIOGRAFIA E RINGRAZIAMENTI

La bibliografia di riferimento attiene alla scuola, inglese e italiana, di gruppoanalisi e psicoanalisi.

I ringraziamenti sono per tutte le persone citate, con particolare riferimento a tutti coloro che continuano ad avere la forza di reggere la relazione con la complessità della mia identità:

1. professionale, a partire dal Professor Patella che dal '91 resta l'irrinunciabile Referenza Formativa, per giungere all'ineguagliabile Direttore Medico d'Area>, Dott. Biagio Veneziani per la sintonia umana inattaccabile da oltre 25 anni e
2. personale a partire da mia figlia Chiara che è la più bella creatura nella mia vita, e della Famiglia dei Fratelli in Cristo in cui mi riconosco per il senso della verità...
3. futura'...per quelle persone che vorranno chiamarmi e offrirmi un feedback su questa utopia, forse, di articolo (cell.3391090710- mail: alta-muraannarita@gmail.com), tra cui spero <sempre per sempre> la mia insostituibile, amatissima figlia Chiara!

PSICOPATOLOGIE DELL'ETÀ EVOLUTIVA: IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO NEL CONTESTO SCOLASTICO E INTERVENTO SISTEMICO-RELAZIONALE

Paola Conte

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico – relazionale in formazione, terapeuta EMDR

Antonella Sciancalepore

Psicosessuologa, Psicologa giuridico-forense, Psicoterapeuta sistemico - relazionale in formazione

Francesca Lacerenza

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistemico – relazionale in formazione, terapeuta EMDR

RIASSUNTO

Quando si parla di “carattere”, si sottende una descrizione globalizzante dell'individuo. In particolare, il carattere si definisce in rapporto alla nozione di congenito o innato, all'ambiente (sociale, educativo, pedagogico) e alla globalità dell'esistenza dell'individuo. Nell'ambito della psicopatologia dell'età evolutiva, il disturbo oppositivo-provocatorio ne è un esempio tipico di complessità diagnostica ed interpretativa.

A livello individuale, risulta fondamentale porre l'accento sia sulle pulsioni aggressive, esteriorizzate o no, il cui passaggio all'atto è un modo di risoluzione frequente del conflitto, sia sull'aspetto frequentemente egosintonico del tratto comportamentale problematico che, non assicurando al bambino una chiara e immediata consapevolezza della condotta deviante, conduce all'esteriorizzazione dell'origine del conflitto (“non sono io, sono gli altri, la società, ecc...”).

A livello ambientale è necessario, altresì, considerare l'importanza degli schemi di interazione precocemente interiorizzati e spesso disfunzionali (carenza affettiva, educativa, grave deficit socio-economico, instabilità familiare).

La classificazione diagnostica del DSM V, racchiude il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) all'interno del quadro relativo ai *Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi, della condotta*, connessi, in maniera proporzionale, a problemi di

identificazione e controllo delle emozioni proprie ed altrui.

PAROLE CHIAVE

Carattere, comportamenti, disturbo oppositivo-provocatorio, contesto scolastico, sistemico-relazionale, genitori

SINTOMATOLOGIA

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è caratterizzato da un insieme di comportamenti negativistici e provocatori, disobbedienza e ostilità verso le persone adulte o in netta posizione di autorità. Inoltre, è presente un pattern frequente e persistente di umore collerico/irritabile, di comportamento polemico/provocatorio o vendicativo (*Criterio A DSM V*).

I primi sintomi del disturbo appaiono, solitamente, durante l'età prescolare e, più raramente, oltre la prima adolescenza; in alcuni casi, possono essere predittivi o propedeutici allo sviluppo di un disturbo della condotta.

Si parla di disturbo oppositivo-provocatorio quando il comportamento ostile, anziché svanire lentamente o manifestarsi sporadicamente in relazione a stimoli peculiari, persiste nel tempo ed in forme accentuate, tanto da innescare serie difficoltà relazionali, innanzitutto nell'ambiente familiare, e in seguito nel contesto sociale.

Non è raro riscontrare disturbi d'ansia e disturbi

depressivi associati a quello oppositivo provocatorio o di assistere, in questi pazienti, allo sviluppo di psicopatologie inerenti la sfera della regolazione emotiva.

I sintomi del DOP possono essere limitati a un unico ambiente, più delle volte quello domestico, tuttavia, nei casi più gravi, essi si possono manifestare in più contesti, coinvolgendo, in tal caso, soprattutto quello scolastico in cui è immerso il bambino, compromettendone notevolmente il funzionamento sociale e relazionale.

L'ostilità dei bambini portatori del disturbo è diretta, il più delle volte, contro gli adulti, soprattutto quando questi ultimi rappresentano la regola, non accettando di essere rimproverati da loro o di dover sottostare alle norme; i bambini risultano risentiti, arrabbiati, sofferenti, non accettano l'autorità degli adulti e vi si ribellano apertamente con persistente caparbia, scarsa disponibilità al compromesso e alla negoziazione.

Le prime manifestazioni del disturbo si manifestano già intorno ai 3-4 anni, ma, soltanto con l'ingresso all'interno della dimensione scolastica, il problema diverrà sempre più evidente e persistente, il quale si manifesterà con una sempre più invalidante incapacità di adattamento alle regole scolastico-didattiche e alle primarie norme sociali.

EZIOPATOGENESI

Lo sviluppo sintomatico del DOP è lento e graduale, tanto che, all'inizio, è altamente probabile ignorare o considerare semplici capricci le prime manifestazioni comportamentali negative e oppostive.

Fattori di rischio o predisponenti e fattori di mantenimento

- **FATTORI PREDISPONENTI BIOLOGICI:** questi bambini presentano un certo numero di marker neurobiologici (bassa frequenza cardiaca e reattività di conduttanza cutanea, ridotta reattività del cortisolo basale, anomalie nella corteccia prefrontale e nell'amigdala);
- **FATTORI TEMPERAMENTALI:** legati a problemi di regolazione emotiva (alti livelli di reattività emozionale, scarsa tolleranza alla frustrazione), bassa

autostima, deboli capacità di adattamento e di *coping*;

- **FATTORI CONTESTUALI:** il quadro sintomatologico, spesso, traduce pattern di interazioni disfunzionali all'interno del sistema familiare e un'esposizione precoce ad alta conflittualità coniugale/familiare. I genitori del bambino con DOP possono risultare ambivalenti rispetto alle cure, negando ogni difficoltà o dimostrando incapacità nella definizione di regole chiare e immaturità nella gestione della prole o, al contrario, implementando un modello educativo estremamente rigido ed inflessibile. Può essere presente, inoltre, debole sostegno sociale o marcato svantaggio socio-culturale, alti livelli di stress e disgregazione familiare, appartenenza ad un gruppo sociale marginale o deviante;
- **FATTORI EREDITARI:** familiarità per i disturbi psichiatrici, indici di criminalità, bassa stima genitoriale, stile parentale negativo/depressivo.

FATTORI PRECIPITANTI

- Alcuni fattori possono avere un'importanza nella predisposizione dei disturbi del comportamento e sono riconducibili ad una possibile dimensione reattiva (perdita di un parente, abuso sessuale, perdita di impiego di un genitore, trasloco e cambio di ambiente di vita, separazione coniugale).

STRUMENTI DIAGNOSTICI

Il bambino va considerato come:

- *"struttura"*, influenzata dall'ambiente ma che, a sua volta, ha la possibilità di influenzare l'ambiente attraverso l'interazione sociale;
- *"elaboratore di informazioni"* in grado di perfezionare rapidamente l'abilità di interpretare e rappresentare gli stimoli provenienti dall'ambiente, oltre che di reagire ad essi;
- *"organizzatore del suo ambiente"*, capace di effettuare delle scelte che modellano il suo mondo, creandogli nuove opportunità di azione.

La valutazione diagnostica si propone due scopi principali:

- a) **Identificazione del problema.** Lo psicologo è chiamato a decidere, in base ai dati raccolti in fase di

anamnesi, se la situazione del bambino è tale da poter essere racchiusa in una particolare categoria diagnostica. Per questo è opportuno raccogliere informazioni da diverse fonti significative, al fine di misurare la portata del problema e di riconoscere il livello reale di sofferenza.

- b) Analisi del problema.** Occorre identificare le particolari aree disfunzionali, gli specifici comportamenti disadattivi e i meccanismi cognitivi da modificare attraverso il trattamento.

Fondamentale risulta il primo incontro con i genitori, il quale consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- ottenere dati reali e percepiti sulla problematica del bambino;
- ottenere informazioni sul ruolo svolto dai genitori nell'evoluzione e nel mantenimento del problema;
- ottenere informazioni su eventuali ulteriori criticità familiari o di coppia;
- ricerca dei fattori precipitanti e degli eventi di vita familiare stressanti;
- descrizione di situazioni specifiche in cui si manifesta il problema, indagando durata, intensità e frequenza (Antecedenti);
- descrizione del o dei comportamenti problematici del bambino;
- descrizione delle reazioni dei genitori al comportamento-problema (identificazione dei circoli viziosi di mantenimento del problema);
- analisi su come i genitori percepiscono e valutano il problema del figlio (individuazione di convinzioni irrazionali);
- valutazione dello stile relazionale-educativo della famiglia;
- valutazione della presenza di precedenti analoghi in famiglia;
- valutazione dei tentativi di soluzione messi in atto per risolvere il problema.

TRATTAMENTO NEL CONTESTO SCOLASTICO

Premesse

Nel rapporto con il disturbo oppositivo provocatorio, bisogna tenere a mente che il bambino, dal punto di vista didattico, ha bisogni ed esigenze uguali a quelli degli altri studenti, con la differenza che la

sintomatologia di cui è affetto comprende la costruzione nel tempo di un'immagine di sé estremamente autosvalutante, portando il bambino a considerarsi un incapace, indegno dell'amore e dell'affetto altrui. Egli si sentirà rifiutato, ma saprà di essere lui stesso la causa del suo isolamento e, così, sviluppa livelli bassi d'autostima, sfociando, spesso, anche in disturbi dell'umore.

È frequente che, questa bassa considerazione che il bambino oppositivo provocatorio ha di sé stesso, nasca nell'ambiente domestico; sono gli stessi genitori ad attribuire al loro figlio delle etichette, a definirli "insopportabili", "aggressivi", "terribili". Queste espressioni, che possono essere dettate da un momento di collera, se ripetute più e più volte, rischiano di divenire interiorizzate dal bambino, diventando delle auto-cognizioni negative che egli ripeterà a sé stesso ogni qual volta si sentirà abbandonato da qualcuno.

Infatti, se qualcuno gli si avvicina per instaurare un rapporto, anziché esserne felice, si mostra diffidente e reagisce con il suo script di comportamenti ostili, come a voler mettere costantemente alla prova le intenzioni del suo interlocutore; è come se gli chiedesse "mi vuoi bene anche se ti dimostro che non valgo niente, anche se ti faccio vedere che mi sono preso gioco di te? Mi vuoi bene anche se io stesso sono sicuro di essere un buono a nulla, e sono certo che nessuno mi potrà mai amare?".

Il soggetto DOP, quindi, è più o meno inconsciamente convinto che anche chi cerca di avvicinarsi a lui in veste d'amico, chi asserisce di volergli bene e di volerlo aiutare, alla fine, imparando a conoscerlo cambierà idea, comincerà a screditarlo, lasciandolo nuovamente solo. Così egli mette sin da subito alla prova le persone, le "testa", verifica il loro grado di "sopportabilità", con l'infelice consapevolezza che anche loro impareranno a denigrarlo, in una continua coazione a ripetere che ha il sapore di una profezia che si autoavvera.

È il contesto scolastico dove i bambini con DOP accumulano gran parte delle loro esperienze negative, dove i continui rimproveri degli insegnanti e le reazioni spesso ambivalenti dei compagni, contribuiscono ad acuire problemi nell'apprendimento e

nelle relazioni. Questo circolo vizioso negativo innescato rimanda al bambino un'immagine negativa di sé e delle proprie scarse capacità, spingendolo a non cercare un inutile, ai suoi occhi, miglioramento.

Rapporti tra pari

Nel contesto ludico i bambini con DOP si mostrano scarsamente inclini alla collaborazione di squadra e al rispetto dell'alternanza di una turnazione finiscono con l'intromettersi negli spazi d'azione dei compagni, impedendone la partecipazione ai giochi comuni, risultando antipatici, prepotenti ed egocentrici. Anche in questo caso, si verrà a creare una sorta di circolo vizioso: a causa della loro incapacità di adattamento, i soggetti oppositivo-provocatori avranno grosse difficoltà ad instaurare relazioni amichevoli durature, e ritrovandosi soli e senza qualcuno con cui interagire, non potranno neanche sperimentare forme migliori di socializzazione.

TRATTAMENTI

Alla luce di quanto emerso, è fondamentale nella pianificazione di un trattamento, prevedere un percorso multifocale e non concentrare l'attenzione esclusivamente sul paziente sintomatico, portatore del disagio. In tal caso, infatti, si potrebbe incorrere in due ordini di problematiche:

- Scarsa motivazione del bambino nel seguire una terapia o un percorso rieducativo, non avendo ancora maturato una consapevolezza sulla disfunzionalità e sulle conseguenze dei suoi comportamenti;
- Rinforzare la cognizione negativa del minore di essere lui il soggetto "sbagliato", "non funzionante", da "aggiustare", non considerando, invece, il suo ruolo, spesso, di paziente designato all'interno di un sistema familiare e sociale disfunzionale.

Gli interventi multifocali devono avere come obiettivo ogni ambito valutato come disfunzionale ed essere adeguati all'età del bambino e al suo contesto sociale e familiare. I differenti approcci terapeutici devono perseguire molteplici finalità in termini di miglioramento comportamentale (riduzione dei sintomi), di protezione psicosociale (prevenzione e integrazione socio-educativa) e di ristrutturazione del sistema familiare (ridefinire ruoli e confini parentali, rendere funzionale e adattiva la comunicazione e le interazioni relazionali, permettere l'emersione di miti e mandati familiari e di segreti e non-detti patologici).

È stato ampiamente dimostrato che gli interventi multimodali e multisistemici hanno maggior efficacia terapeutica per il trattamento del disturbo



oppositivo-provocatorio (Southam-Gerow & Kendall, 1997) proprio perché tengono conto dell'origine complessa del disturbo, cercando di influire sui diversi fattori che contribuiscono all'emergere del comportamento deviante e prevedendo interventi individuali, familiari ed extrafamiliari, eventualmente anche psicofarmacologici. È necessario improntare un setting multiplo che offra aspetti relazionali differenti, ma integrati, perché risulta quello più adatto a confrontarsi con contesti relazionali e organizzazioni del Sé caratterizzati da scarsi livelli di integrazione e da modelli multipli e incoerenti del Sé e dell'altro che spesso, non essendo adeguatamente mentalizzati, sono agiti sul piano comportamentale (Liotti, 2001).

INTERVENTO SCOLASTICO

Anche se dotati di un normale livello intellettivo, spesso i minori DOP non riescono ad ottenere buoni risultati, in quanto sono penalizzati dalle loro condotte, manifestando la loro incapacità di conformarsi alle regole anche nelle relazioni tra pari, come i lavori di gruppo o le attività ricreative.

L'insegnante deve poter intervenire attraverso procedure integrate, chiedendo l'ausilio di esperti psicologi interni alla scuola o appartenenti a strutture collaterali, per poter al meglio riconoscere il disturbo, del singolo e del sistema familiare, e procedere con interventi psicoeducativi e psicoterapici strutturati.

Lo psicologo scolastico dovrà, pertanto, proporsi come base sicura per il bambino, accogliendo con equilibrio livelli spesso elevati di sofferenza, aiutandolo a riconoscere, nei propri agiti, eventuali sbilanciamenti relazionali (quali l'ipercoinvolgimento o l'eccessivo distanziamento emotivo dall'altro) che possono crearsi nei contesti di aggressività e oppositività e diventare forti ostacoli al processo di cambiamento. Inoltre, all'interno di un piano di lavoro psicoeducativo, la comunicazione (regole, comandi, rimproveri) deve essere data nel modo più possibile diretto, chiaro e semplice, senza formulare inutili e nocivi giudizi sulla persona; questi bambini hanno bisogno di limiti e confini chiari entro cui muoversi, di sperimentare che possono essere gratificati e ricevere riconoscimento (affettivo e sociale) quando agiscono comportamenti positivi e di aggregazione. Hanno, cioè, bisogno di aumentare la propria autostima attraverso la relazione con l'altro e la costruzione di legami stabili, duraturi e affidabili su cui costruire le basi del proprio sviluppo (invece di distruggerle). In questo percorso gli adulti esterni al nucleo familiare ricoprono un ruolo fondamentale, ma solo se riusciranno a riconoscere e valorizzare il mondo interno del minore e leggere adeguatamente le richieste d'aiuto personale o familiare che il minore agisce, non avendo strumenti per verbalizzarle.

INTERVENTO CLINICO SISTEMICO-RELAZIONALE FAMILIARE

I risultati più attendibili sono stati raggiunti attraverso la pianificazione e l'implementazione di un

trattamento sistemico-relazionale. Le terapie multisistemiche mirano, da un lato, ad attenuare i fattori di rischio dei sistemi nei quali il giovane cresce, dall'altro, a valorizzare i punti di forza del minore e della sua famiglia, favorendo la creazione di fattori di protezione. Tali tipologie di intervento possono essere realizzate sia a domicilio del nucleo familiare, qualora le condizioni risultino favorevoli, oppure possono essere implementate in collaborazione con gli istituti scolastici teatri del disagio psichico del minore e, di conseguenza, sede privilegiata non solo per intercettare eventuali disfunzioni familiari ma, soprattutto, spazio riparatore per agire un cambiamento.

Nei trattamenti ad orientamento sistemico relazionale, il lavoro terapeutico consiste prevalentemente nel far emergere le radici sistemiche e familiari di meccanismi disadattativi e di conflitti che causano difficoltà di relazione e di adattamento.

La psicoterapia, infatti, è rivolta a tutti i membri della famiglia ed ha come scopo quello di prendere consapevolezza, con l'aiuto del terapeuta, su quanto e come la storia delle relazioni possa aver portato ad una situazione di stallo, di sofferenza ed allo sviluppo del sintomo in uno dei suoi membri.

Il terapeuta non considera il singolo individuo, in questo caso il minore, come "malato", bensì riconosce tutti i membri come appartenenti allo stesso sistema, all'interno del quale si strutturano le diverse personalità e diverse reazioni più o meno sintomatiche e più o meno adattive ad un evento critico. In tal modo, il sintomo manifestato dal paziente acquista un significato e una specifica funzione, all'interno di quelle relazioni familiari disfunzionali (Bruni & De Filippi, 2007). Il paziente infatti, non è colui che subisce ed esibisce un sintomo ma, paradossalmente, è esso stesso un sintomo che esprime, anche a nome degli altri membri della famiglia, un malessere che si ricollega a un'organizzazione disfunzionale del sistema nella sua totalità. Con questo approccio terapeutico si tenta di favorire la possibilità di trovare nuove e più funzionali modalità di ascolto reciproco e di espressione dei bisogni personali. Pertanto, nell'approccio con tale problematica, l'intervento terapeutico persegue tre finalità (Andolfi, 2005):

- la soluzione del problema presentato dalla

famiglia;

- il benessere psicofisico di ciascun suo membro;
- l'incremento della differenziazione del sé rispetto agli altri e la conseguente individuazione.

GRUPPO DEI GENITORI

Gordon (1994) sosteneva che è importante rendere i genitori consapevoli delle emozioni provate dai figli ed essere in grado di accettare le proprie in modo autentico. In questa prospettiva, per comprendere a pieno la funzione genitoriale, non basta analizzarne i comportamenti, ma occorre comprendere "un sistema di idee e aspettative che influenzano il modo di agire" (Benedetto, 2001).

Di fronte al medesimo comportamento di un bambino, due adulti potrebbero reagire in modo differente, a causa delle diverse convinzioni di riferimento. Nell'interazione genitore-bambino le convinzioni e le aspettative del genitore entrano in gioco determinando l'emozione che si prova in una specifica situazione. Nel corso del tempo, il sistema di credenze si andrà a modificare grazie all'esperienza e al contesto. Il percorso psicoeducativo di confronto all'interno di gruppo garantisce un'interazione e una condivisione comune tra i suoi membri e può essere percepito come meno stigmatizzante da alcune famiglie.

In questo tipo di percorso non si esclude la possibilità di lavorare in sottogruppi, per aumentare il coinvolgimento dei partecipanti e creare un ambiente più "rassicurante".

Bloch e Crouch (1985) individuano i principali fattori terapeutici nel gruppo:

- apprendimento per favorire l'interazione di modalità di relazione più mature;
- autocomprensione che permette la scoperta dei meccanismi interni;
- esperienza di accettazione verso gli altri e verso se stessi;
- possibilità di rivelare al gruppo informazioni personali;
- possibilità di esprimere sentimenti intensi in modo da viverli meno drammaticamente;
- opportunità di discutere dei propri problemi con altri e ottenere utili suggerimenti o consigli;
- scoperta della normalità e patologia dell'essere umano;

- esperienza di sentirsi utile nell'aiutare qualcun altro con l'accrescimento dell'autostima;
- apprendimento attraverso l'osservazione di altri;
- incoraggiamento alla scoperta di un possibile cambiamento.

Il gruppo funge da "cassa di risonanza" e strumento di aiuto, per il singolo, nel processo di elaborazione della propria esperienza, la quale, grazie alla condivisione ed al rispecchiamento con quelle altrui, può subire, auspicabilmente, una trasformazione, apprendendo modelli mentali, comportamentali ed educativi adeguati alla problematica da affrontare.

Grazie al confronto e alla verbalizzazione in gruppo delle proprie emozioni, paure e stati d'animo, i genitori possono acquisire consapevolezza sui propri sistemi, familiari e di coppia, rinegoziando e ridefinendo nuove modalità comunicative e relazionali.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M. (2005). *I pionieri della terapia familiare*. Milano, Franco Angeli.
- American Psychiatric Association (2014) *DSM V Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5° edizione, Milano, Masson.
- Bender, L. (1953). *Aggression, hostility and anxiety in children*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Bloch, S. e Crouch, E. (1985), *Therapeutic factors in group psychotherapy*, Oxford, Oxford University Press.
- Bruni, F. & De Filippi, P. G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Despinoy, M. (2001). *Psicopatologia del bambino e dell'adolescente*. Torino, Einaudi.
- Fonzi, A. (2001). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Firenze, Giunti.
- Gordon, T. (1994), *Genitori efficaci*, Molfetta, La Meridiana.
- Marcelli, D. (2009) *Psicopatologia del bambino*, Milano, Elsevier.
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (1997). *Parent Focused and Cognitive Behavioral treatments of Antisocial Youth*, in Stoff, Breiling e Maser. *Handbook of antisocial behavior*. 384-394. New York: John Wiley & Sons.



ARTE IN MEMORIA

UN PROGETTO DI MUSEOTERAPIA, INNOVAZIONE E INCLUSIVITÀ

Antonella Fidanzio
Psicologa clinica

Valeria Stallone
Psicologa clinica

Adriana Palma Nitti
Psicologa clinica

RIASSUNTO

Il presente lavoro intende mostrare il progetto "Arte in Memoria" nato dall'idea delle tre autrici di importare in Puglia la museoterapia, atta a stimolare cognitivamente le persone con demenza e permettere di mantenere la comunicazione e la socialità di suddette persone. L'obiettivo è stato quello di sensibilizzare la popolazione sui disturbi che insorgono nei pazienti con demenza. Si è anche assicurata una consapevolezza nei caregiver, co-costruendo l'esperienza e dando significato e sostegno al dolore che provano.

La museoterapia offre momenti di stimolazione cognitiva per il miglioramento o mantenimento delle funzioni cognitive e al contempo permette di preservare la comunicazione e le abilità sociali, migliorando l'identità personale e la stima di sé. Attraverso la museoterapia è possibile attivare processi bottom-up e top-down in grado di migliorare le prestazioni mnemoniche e attentive. Questo progetto è da considerarsi uno studio pilota che non ha prodotto risultati scientifici. Tuttavia diversi sono i punti di forza di questo protocollo.

PAROLE CHIAVE

museoterapia, stimolazione cognitiva, caregiver, demenza, sostegno, identità

INTRODUZIONE

"Arte in Memoria" è un progetto di museoterapia, nato dall'idea di tre giovani psicologhe, dott.ssa Antonella Fidanzio, dott.ssa Adriana Palma Nitti e dott.ssa Valeria Stallone, con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione sui disturbi emotivo-comportamentali che insorgono inevitabilmente nei pazienti affetti da demenza.

La malattia, nella sua progressione, può coinvolgere ogni funzione dell'individuo, inducendo disturbi nella sfera comportamentale, cognitiva ed emotiva, esacerbando i tratti di personalità originaria della persona.

Le persone con demenza tendono spesso a chiudersi in se stesse e ad evitare le situazioni sociali in cui sono messi alla prova quotidianamente (giocare a carte, discutere con gli amici, frequentare i luoghi affollati, cucinare). Con l'avanzare della malattia, possono diventare apatici, silenziosi, perdono l'iniziativa, sono poco reattivi o

iniziano a manifestare una certa aggressività sia verbale che fisica.

La cura dell'anziano da parte del caregiver occupa ogni spazio e tempo della sua vita: la fatica molto spesso viene declinata come "perdita di libertà", non ci si può allontanare da casa e se lo si fa, si è in preda all'ansia e alla preoccupazione. Si finisce per essere ancorati, non più padroni del proprio tempo e dei propri momenti. Dunque, è molto importante prestare la massima attenzione anche alla sofferenza del caregiver.

Da queste premesse, il progetto è stato implementato con la finalità di allentare la fatica dei caregiver, strutturare una stimolazione cognitiva innovativa e promuovere un momento di socialità, condivisione e inclusione.

DEFINIZIONE DEL COSTRUTTO

La museoterapia fa parte dell'ampio ventaglio di offerte dell'arteterapia, che consiste nell'utilizzare attività creative come strumento terapeutico. Pur non essendoci studi controllati e sistematici basati su evidenze scientifiche, da un punto di vista osservativo-qualitativo, sembra che le artiterapie abbiano effetti positivi sui pazienti con demenze (Passafiume, Di Giacomo; 2017), soprattutto con livelli gravi della malattia.

La museoterapia, nello specifico, oltre che offrire momenti di stimolazione cognitiva per il miglioramento o mantenimento delle funzioni cognitive, permette di preservare la comunicazione e le abilità sociali, migliorando l'identità personale e la stima di sé.

IL MOMA E L'ESPERIENZA IN ITALIA

Il MoMa (Museum Of Modern Art Of New York) è stato il primo nel 2006 ad intuire che il museo potesse rappresentare un "luogo terapeutico" sia per le persone affette da malattia di Alzheimer sia per i familiari. I risultati sono stati immediati e sorprendenti e da allora tale iniziativa è diventata parte integrante dell'offerta educativa del Museo sotto il nome di MoMa Alzheimer Project. In Italia, in questi anni, diversi sono stati i Musei che hanno sposato e replicato l'iniziativa del MoMa,

tra cui La "Galleria D'arte Moderna Nazionale" di Roma e il Museo "Marino Marini" di Firenze, ognuno secondo diverse declinazioni.

L'ESPERIENZA PUGLIESE

Il progetto "Arte in Memoria" è nato dalla volontà di replicare gli effetti benefici della museoterapia qui in Puglia, dove la Fondazione Museo Pino Pascali si è mostrata subito entusiasta e ha deciso di diventare luogo sociale dove ricreare il senso di appartenenza ad una comunità, esperienza che pazienti e caregivers tendono a perdere a causa della malattia.

"In un ambiente privo di barriere cognitive le persone con demenza possono continuare a realizzarsi e possono partecipare pienamente alla vita sociale e culturale. Le persone affette da demenza sono membri a tutti gli effetti di una società variegata. La demenza non riduce l'essere umano e non cancella la persona".

Il progetto è stato rivolto ad alcuni pazienti dell'Associazione "Alzheimer Italia Bari", in special modo a quei pazienti affetti da demenza lieve-moderata e ai loro familiari.

Il protocollo sperimentale è stato pensato per stimolare la comunicazione e l'emotività attraverso l'opera d'arte, favorire le relazioni tra i partecipanti, offrire opportunità di incontro, proporre attività piacevoli, stimolanti e adeguate alle necessità e alle preferenze delle persone con demenza.

Le opere scelte sono state analizzate e studiate dall'equipe con l'aiuto della guida museale al fine di creare un intervento di stimolazione cognitiva ad hoc, in cui ogni opera andasse a stimolare delle aree specifiche: comunicazione verbale e non verbale, stimolazione sensoriale, identità di gruppo condivisa, pensiero critico, reminiscenza ed emozione.

I primi due incontri hanno avuto le sembianze di un percorso museale non canonico. Le visite museali per i pazienti affetti da demenza sono dei veri e propri percorsi riabilitativi e di stimolazione, appositamente studiati con l'intento di favorire e incrementare il benessere psicofisico.



L'ultimo incontro, propriamente artistico, ha permesso alla diade paziente-caregiver di, letteralmente, mettere le mani in pasta e creare insieme un'opera d'arte.

Lo scopo del progetto era infatti quello di offrire un'opportunità di incontro tra pazienti, caregivers e operatori, creando significati comuni che passassero attraverso i diversi canali dell'arte. Arte che

conserva in sé la memoria del passato, e memoria che attraverso l'arte torna a vivere nel presente. Inoltre, i tre incontri hanno avuto come filo conduttore il "fare insieme".

Quello che capita più frequentemente è di osservare familiari che si sostituiscono al paziente. Il nostro intento era quello di mostrare come seppur con tempi e modalità differenti, anche le persone con demenza siano in grado di fare e riuscire in piccoli obiettivi quotidiani.

ASPETTI NEUROPSICOLOGICI ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

La ricerca scientifica ha evidenziato il potere dell'opera d'arte nell'attivazione delle aree cerebrali che usualmente sottendono azioni, emozioni e sensazioni, nonché l'attivazione delle memorie individuali e dell'immaginazione suscitate dall'opera d'arte stessa: "in particolare molti studi dimostrano che le aree motorie frontali e parietali contengono neuroni che percettivamente rispondono ad input visivi, uditivi e somatosensoriali" (Gallese e Ebisch, 2013).

Inoltre, le ultime evidenze scientifiche hanno mostrato che la creatività, prodotta solitamente dall'emisfero destro, può essere sviluppata maggiormente quando l'emisfero sinistro diminuisce il suo controllo inibitorio (Ramachandran, 2003).



Dunque, affiancare momenti di museoterapia alla cura farmacologica può aiutare i soggetti affetti da demenza e mantenere un continuum tra mondo interiore e mondo esteriore, elaborando i contenuti in maniera ancora efficiente, seppur diversa (Marianetti, 2014).

La museoterapia aiuta pertanto a contenere alcune manifestazioni cognitive e comportamentali esacerbate della malattia, inducendo un miglioramento della qualità della vita del paziente (Di Maggio, 2008; Fasanaro et al., 2010; 2011; Kandell, 2012; Zeki, 2007).

In particolare, durante la visione di un'opera d'arte si attivano processi cognitivi bottom-up e top-down, grazie ai quali non vi è una mera osservazione passiva, piuttosto una partecipazione attiva alla creazione dell'immagine e del significato che essa sottende: vi è, dunque, un'attività mnemonica e attentiva, grazie alle quali, anche nei pazienti con demenza si può strutturare una stimolazione, contenendo le perdite cognitive e potenziando le capacità residue (Passafiume e Di Giacomo, 2017).

OBIETTIVI RAGGIUNTI E PROSPETTIVE FUTURE

Questo progetto è da considerarsi uno studio pilota che non ha prodotto risultati scientifici. Tuttavia diversi sono i punti di forza di questo protocollo. Il territorio ha accolto bene l'iniziativa "Arte in

Memoria" e la museoterapia in generale, tanto da far pensare che potrebbe davvero diventare un percorso di terapia non farmacologica che paziente e caregiver potrebbero intraprendere insieme. Introdurre la figura del caregiver in questo percorso potrebbe avere un duplice vantaggio sia dal punto di vista psicoeducazionale e dal punto di vista del benessere psicologico, intervenendo positivamente sulla qualità di vita della diade. Per quanto riguarda i pazienti, durante gli incontri sono state osservate buone abilità comunicative e nessuna problematica comportamentale, solitamente molto frequente nella loro quotidianità. Nei giorni a venire diversi sono stati i feedback positivi ricevuti dai familiari e proprio nel confronto con loro abbiamo colto tono dell'umore alto nei pazienti anche nei giorni successivi agli incontri. A colpirci maggiormente è stato l'intervento di un paziente, che a distanza di tre settimane dal primo incontro ha ricordato perfettamente un'opera, probabilmente intrinseca di significato per lui, tanto da aver mantenuto quel ricordo nel tempo.

Forti di questa validità ecologica del progetto, il gruppo di lavoro è intenzionato a portare avanti questo progetto proponendo un protocollo strutturato che possa essere replicato in altre strutture e musei presenti sul territorio Pugliese.

BIBLIOGRAFIA

- Di Maggio P. (2009). *Arte contemporanea: un trattamento sperimentale per le patologie legate ai disturbi della memoria*, in "Atti del Convegno Progetto Cultura a Porte Aperte", a cura del Ministero per i Beni e le Attività Culturali, Napoli, Archivio di

Stato, 28 ottobre.

- Fasanaro, A.M., Colucci, L., Musella, O., Grossi, D. (2010). L'arte visiva migliora la percezione di sé nei pazienti con Malattia di Alzheimer: uno studio caso controllo. *Psicogeriatría*, pp. 3–4.
- Fasanaro, A.M., Di Maggio, P., Musella, O., Colucci, L., (2011). Tra New York e Napoli. L'arte per i pazienti Alzheimer, relazione ad invito per il Workshop formativo ECM per farmacisti e medici, Vietri (NA).
- Gallese, V., Ebisch, S. (2013). Embodied simulation and touch: The sense of touch in social cognition. *Phenomenology & Mind*, 4, 269-291.
- Kandel, E.R., (2012). *L'età dell'inconscio. Arte mente*



e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Marianetti (2014). "EXEL" Anno IV, num. 1, Febbraio 2014.
- Passafiume, D., Di Giacomo, D., (2017). *La demenza di Alzheimer, guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Franco Angeli, Milano.
- Ramachandran, V.S., (2004). *The Emerging Mind*, tr. It. *Che cosa sappiamo della mente*, Mondadori, Milano.
- Zeki, S., (2007). *La visione dall'interno, arte e cervello*, Bollati Boringhieri, Torino.



L'ESPERIENZA COME PSICOLOGO FORMATORE CON I VIGILI DEL FUOCO

Giulio D'Apolito
Psicologa, Specialista in Psicoterapia
Psicoanalitica e Gruppoanalisi

RIASSUNTO

Il lavoro che si andrà a presentare l'autore, Formatore Psicologo, applica accanto ad una funzione didattica orientata in un'ottica gruppoanalitica, una lettura dinamica rispetto all'interazione che avviene con il gruppo classe. La necessaria premessa con cui è orientato il lavoro è legato al concetto che il sapere di un individuo attraversa tutta l'esperienza umana e se stimolato adeguatamente e positivamente, le risorse/potenzialità della persona possono emergere e manifestarsi nelle dovute circostanze anche dove non si possiede una vera e propria consapevolezza di un "Sapere".

La Formazione come variante dell'"educere", rimanda alla maieutica socratica secondo la quale l'educatore, al pari del filosofo, deve aiutare il soggetto a "rinascere", supponendo che egli possiede le risorse necessarie per diventare ciò che, di volta in volta, vuole autonomamente e responsabilmente essere e divenire. La maieutica socratica è un concetto ripreso da Fabrizio Napolitani, noto Psicoanalista di Gruppo nonché fondatore della mia Scuola di Specializzazione. In un suo scritto presentato in occasione degli "Atti del III Congresso Nazionale della Società

Gruppoanalitica" intitolato la "La Psicomaièusi: un nuovo metodo analitico ed esistenziale di psicoterapia" sostiene che un individuo se opportunamente "pungolato", attraverso un lavoro "dialogico di parto", tira fuori il proprio sapere inconsapevolmente celato.

PAROLE CHIAVE

Psicologia e Formazione, Vigili del Fuoco, Conduzione formativa con un approccio gruppoanalitico

A partire dal 2014 ho cominciato a lavorare come Psicologo Formatore per il Ministero dell'Interno nel Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile, con incarico di docenza del Corso per il passaggio alla qualifica di Capo Squadra. Il Modulo Didattico previsto è denominato "Competenze di Relazione e di Ruolo", strutturato come primo di una serie di sei moduli, da svolgersi nell'arco di sei settimane.

Il Corso è tenuto generalmente 2-3 volte all'anno ed è rivolto al personale che dopo molti anni di esperienza "matura" la possibilità di compiere uno "scatto" di carriera, un avanzamento di grado, il Passaggio di qualifica, appunto, per

divenire il Capo di una Squadra composta da cinque elementi, di cui quattro Vigili semplici.

Nella mia personale esperienza il gruppo classe può essere composto da composto da un numero variabile di 28 - 40 Vigili.

Le lezioni vertono sui seguenti argomenti: i vari tipi di intelligenza, l'emotività, l'empowerment, l'assertività, la resilienza, le dinamiche di gruppo, la leadership e i vari tipi di leadership, la comunicazione e l'interazione con i mass media.

I Vigili del Fuoco sono uomini d'azione e alla figura del docente compete la funzione di tenerli tra i banchi in aula. In questo, il ruolo del formatore si rende difficoltoso, soprattutto per attirare l'attenzione di tutti, per stimolare il loro interesse e traghettare la classe verso approfondimenti di tematiche teoriche anche molto complesse come la gestione dell'emotività nei casi di emergenza o nel lavoro di tutti i giorni, soprattutto a fronte della loro grossa e pregressa esperienza già conquistata sul campo. Il valore delle loro esperienze è al centro delle unità didattiche estrapolando dai vissuti dei pensieri e dei riferimenti, utili spunti ed esempi, per introdurre concetti teorici più articolati. Dividendo la classe in piccoli gruppi, fra persone che non si conoscono poiché provenienti da diverse caserme, si favorisce l'interazione personale finalizzata ad un compito: discutere e fornire delle definizioni o delineare dei concetti di cui poi discutere nel gruppo-classe. Si favorisce, inoltre, il dibattito tra di loro ma moderando la discussione: a volte la concitazione nel confronto necessita dei tagli nei tempi e nei toni che possono divenire più accesi ed allontanare dai temi inerenti la programmazione. La didattica verte sulla capitalizzazione delle loro conoscenze lavorative e sulla condivisione in gruppo dei loro vissuti.

Vorrei entrare nello specifico di alcune dinamiche e caratteristiche dei primi corsi che ho tenuto e poi rappresentare lo scenario attuale che caratterizza i corsi odierni.

Negli anni in cui ho cominciato a tenere i primi Corsi, le classi erano caratterizzate da una grande eterogeneità: le persone che erano entrate a far

parte negli anni addietro del Corpo dei Vigili del Fuoco erano state reclutate perlopiù tra artigiani ed esperti nei mestieri quindi falegnami, carpentieri, fabbri, ecc; allo stesso tempo in aula l'ingegnere è seduto accanto all'autista, il formatore accanto al saldatore, tutti con una forte attitudine e motivazione a fare squadra.

Gli alunni, molti dei quali per la prima volta si trovavano seduti fra i banchi di scuola, dovevano interagire per otto ore al giorno su temi che riguardavano la loro futura assunzione di responsabilità nei confronti di altri Vigili semplici, in vista della crescita ed il passaggio di ruolo che li avrebbe visti protagonisti.

In definitiva, accanto ad un compito meramente didattico finalizzato alla trattazione del programma assegnatomi, ho cercato di intavolare argomenti che favorissero una riflessione ed immedesimazione nel ruolo che avrebbero di lì a poco ricoperto. L'ombra lunga del "nonnismo" subito, il desiderio di non identificarsi con l'assunzione di ruolo con quella figura di riferimento vissuta come un'esperienza ingiusta, faceva nascere il desiderio di migliorarsi per non far subire dei torti ai futuri allievi. Ho pensato istintivamente che si stava applicando la consapevolezza dettata dalle esperienze negative e rivolta ad un miglioramento. Attraverso la trattazione delle cognizioni negative personali si sviluppava il monito per non incorrere negli errori del passato, con l'auspicio di migliorarsi in linea con i forti Valori di cui i Vigili del Fuoco sono custodi e portatori. L'accrescimento della loro consapevolezza li avvicinava e sembrava svolgere una funzione di maggiore prossimità con la Vision e la Mission propria dei Vigili e del loro corpo di appartenenza. Una peculiarità che ha fortemente caratterizzato le dinamiche dei primi corsi: quasi tutti gli alunni Vigili erano prossimi alla pensione ed il fatto che solo in tarda età, per ragioni burocratiche, potessero compiere il passaggio di qualifica era motivo di polemiche ed insofferenza nei confronti dell' "Amministrazione" e quindi generava una forma di "polemica". Dai loro racconti emergeva l'idea che l'Amministrazione era ritenuta, in una sorta



di fantasia condivisa da tutti, psichicamente un luogo ideale, *"fantasmaticamente"* investita da un potere decisionale che avrebbe potuto risolvere i loro problemi ma che non esercitava la volontà di tutelarli, sorda alle loro richieste, che ha tradito le loro aspettative. Una sorta di Matrigna.

Nell'analisi della realtà psichica nelle Istituzioni René Kaës (1991, p. 10) sottolinea le difficoltà di pensare l'oggetto, altrimenti conoscibile solo attraverso la caduta dell'ideale stesso della Istituzione: "Il più delle volte lo studio dei processi e delle strutture psichiche delle istituzioni è accessibile soltanto partendo dalla sofferenza che vi si prova" e aggiunge:

«Le istituzioni non sono più immortali delle civiltà che esse sostengono. L'ordine che esse impongono non è immutabile, i valori che proclamano sono contraddittori ed esse negano ciò che le fonda. Una scoperta del genere non è senza rischi: ne scontiamo gli effetti nell'intoppo delle funzioni metapsichiche delle istituzioni e, di fronte alle loro deficienze, le attacchiamo perché ci sentiamo traditi, consegnati al caos, abbandonati da esse di cui non percepiamo nemmeno la silenziosa presenza.» (Kaës, 1991, p.16)

Solo dopo alcuni giorni ho avuto modo di comprendere una dinamica in cui ero coinvolta anche io, in quanto docente che prendeva incarico una classe, in quel momento si costituiva un gruppo e divenivo momentaneamente il loro leader, ritenuto il "Soggetto Supposto Sapere", riprendendo una espressione utilizzata da Lacan per descrivere il transfert e le proiezioni inconscie di cui si può investire una persona ritenuta significativa. Investita quindi di una particolare valenza carismatica per il ruolo ricoperto e gli argomenti che in sé favoriscono l'attivazione di dinamiche e riflessioni psicologiche.

Il gruppo classe, stimolato dagli argomenti trattati, si interroga circa la possibilità di potersi fidare del docente, leader del *gruppo classe*, ed investirlo ed affidargli il carico emotivo accumulato dei propri vissuti lavorativi. Piano, piano

comincio a capire che ai Vigili servirebbe un "contenitore" preposto a farsi carico del loro stato emotivo, legato ai tanti interventi, alle tante esperienze importanti specialmente per quelle al limite del trauma; esperienze di vita che trovano difficoltà nell'essere tradotte in parole, pregna di emozioni, che si confronta con l'impotenza e la partecipazione emotiva con le vittime ed i familiari a cui si presta soccorso.

La notte precedente l'ultimo giorno del corso ho fatto un sogno emotivamente molto carico. Ho sognato la mia insegnante di Liceo Paola Guida, considerata per me e tutte le amiche della classe un punto di riferimento saldo, al punto che con un gioco di parole legato al suo cognome, veniva da noi chiamata "la nostra Guida, di nome e di fatto". In occasione di questo sogno vidi la mia professoressa solo attraverso un gioco di specchi, nuda, emotivamente scossa e bisognosa d'aiuto. Le vado incontro sentendo dentro di me tutta la forza per accoglierla in un abbraccio e poterla sostenere vigorosamente. Mi sentivo capace di tenere e sostenere quella donna, forte del fatto che sentivo in me una nuova capacità, una nuova e rinnovata forza! Quella donna nel mio immaginario era sempre stata ritenuta salda, solida e portatrice di valori autentici. Al risveglio, quel sogno lo sentivo inevitabilmente legato al lavoro che in quei giorni stavo affrontando con i Vigili e mi sentivo capace di sostenere il loro carico emotivo, così come ai tempi del liceo lo era la Professoressa Guida e nel mio immaginario lo sono sempre stati i Vigili. Gioco speculare di mente, ero capace di cogliere alcuni aspetti della professoressa ma anche dei pompieri, del tutto fuori dal mio immaginario, completamente a nudo, poiché adesso potevo entrare in contatto, accogliere e supportare la loro umanità, i bisogni e le fragilità, tipiche degli uomini.

Kets de Vries M. F. R. nel suo libro dal titolo *Leader, giullari e impostori* (1994), passa in rassegna varie dinamiche e personaggi legati a ruoli di potere. Così scrive:

«Se c'è un aspetto su cui la letteratura non solo concorda, ma è unanime, è proprio che essere leader significa o richiede anzitutto di dimostrare di avere visione (vision). La visione non di rado coincide con il sogno ("ho fatto un sogno...") là dove la leadership si salda al carisma: la leadership carismatica è la leadership di un grande sogno che si insegue, che si vuole realizzare e che per molti aspetti è alto nella scala dei valori, alto nella scala della difficoltà e della sfida, (...). Il sogno nella relazione con chi è sotto diventa così il vero profondo motivo psicologico delle vicissitudini della relazione (...). In questo senso a sognare si è in due: il capo e i suoi "gregari" tutti ugualmente coinvolti e partecipi a credere ed alimentare e inseguire il sogno, tutti che si rispecchiano in esso: un sogno a due, un bi-sogno. Di cui evidentemente il bisogno è forte tanto da poter giungere e trasformarsi nell'illusione, nell'autoinganno, nella fuga dalla realtà».

(Kets de Vries, 1994, pag. IX)

Il sogno in Psicoanalisi è descritto da Jung come una rappresentazione simbolica della situazione attuale vissuta a livello inconscio. Il sogno è un prodotto psichico che si esprime per immagini, ha un valore individuale specifico, si può analizzare e interpretare con in un contesto terapeutico e porta un messaggio che attraverso l'interpretazione può essere decifrato.

Nel caso di Kets de Vries egli descrive con il concetto di sogno un sogno ad occhi aperti, una vision, una meta o un'idealizzazione. Nel caso da me presentato, il sogno di tipo onirico è infatti da intendere come una rappresentazione che in quella circostanza, nel ruolo che svolgevo e attraverso una dinamica di gruppo in cui ricopro il ruolo di leader, è il frutto di una dinamica relazionale e rappresentativa delle tante aspettative, richieste ed emotività che circola nel gruppo di cui faccio parte.

Nelle esperienze più recenti si rileva che gli allievi sono più giovani, istruiti, con una

maggiore preparazione fornita proprio da diversi corsi di formazione, si sente meno in loro la macchia del "nonnismo", sono meno "polemici" nei confronti dell'"Amministrazione", con nuovi interrogativi come quelli riguardanti le ultime riforme che spostano il limite di età per le nuove reclute da 30 a 37 anni oppure con le problematiche relative nel passaggio di Ruolo come ad accettare delle destinazioni geograficamente rilevanti che li porterà lontani dai propri affetti e dalla propria famiglia. Si tratta quindi di gestire una nuova e diversa tristezza, una angoscia di separazione che spesso accompagna le partenze e gli immancabili interrogativi che accompagnano questa scelta: "Ne vale davvero la pena?". Quasi tutti concordano nel considerare il passaggio di qualifica come un passaggio obbligato per portare a termine una onorata carriera.

Mi piace concludere questo scritto riportando la frase di un Vigile poiché rappresentativa dello sguardo intriso di tenerezza con cui anche io sento di approcciare ai *miei Vigili*:

"Guardo ai miei colleghi, avevamo i capelli neri, eravamo tutti dei ragazzi. Mentre li osservo mi nasce spontaneo un sorriso."

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu D., (1976). *Il gruppo e l'inconscio*, Roma: ed. Borla.
- Anzieu D. - J. Y. Martin, (1990). *Dinamica dei piccoli gruppi*, Roma: ed. Borla.
- Bion W., (1983). *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando Armando.
- Kaës R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R., Vidal J.P., (1991). *L'istituzione e le istituzioni*, ed. Borla, Roma.
- Kets de Vries M. F.R., (1994). *Leader, giullari e impostori*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Napolitani, F. (1996). *La Psicomaièusi: un nuovo metodo analitico ed esistenziale di psicoterapia*. Rivista Italiana Vol IX . N.3-4 Dicembre Nuova serie N. 21-22
- Neri C., (1998). *Gruppo*, Roma: ed. Borla.



LA SUPERVISIONE COME BUONA PRASSI NELLE PROFESSIONI DI AIUTO L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II ONLUS

RIASSUNTO

L'articolo descrive l'esperienza della Fondazione Giovanni Paolo II Onlus di Bari, descrivendone le modalità operative e soffermandosi sull'esperienza della supervisione quale buona prassi adottata dalle equipe attive nei vari Servizi e progetti promossi. Gli Autori descrivono i risultati di un'indagine qualitativa condotta su un campione di operatori della stessa Fondazione, che hanno sperimentato l'introduzione di questa pratica e sono stati intervistati in merito. I risultati illustrano l'impatto positivo della supervisione in particolare per quel che riguarda l'esperienza di lavoro in equipe e la capacità di gestione da parte degli operatori delle situazioni incontrate, evidenziandone così il valore in ottica di promozione del benessere degli operatori e prevenzione del

burnout.

La breve narrazione di un caso affrontato all'interno della supervisione chiude il lavoro.

PAROLE CHIAVE

Supervisione, Buone prassi, Terzo settore

INTRODUZIONE

La Fondazione Giovanni Paolo II Onlus (di seguito, Fondazione) nasce nel 1990, come concreta "risposta all'appello per una più viva solidarietà umana e sociale fatto da Sua santità Papa Giovanni Paolo II nella sua visita alla Città di Bari". La Fondazione ha lo scopo di "concorrere alla promozione morale, umana e sociale del quartiere San Paolo-Stanic e delle altre zone periferiche della città di Bari, mediante l'attuazione di

Marzano Valentina

Psicologa e Psicoterapeuta, Coordinatrice
Centro Servizi per le Famiglie San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Calamo Specchia Antonio

Psicologo e Psicoterapeuta, Consulente
presso Centro Servizi per le Famiglie San
Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Loseto Ernesto

Psicologo e Psicoterapeuta, Supervisore
presso Centro Socio Educativo Diurno
per minori, Centro Servizi per le
Famiglie San Paolo - Stanic - Villaggio
del lavoratore e Japigia-Torre a mare,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Spizzico Rosanna

Psicologa e Psicoterapeuta, Responsabile
Centro Socio Educativo Diurno per minori
San Paolo - Stanic - Villaggio del lavoratore,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

Viapiano Rita

Psicologa e Psicoterapeuta, Supervisora
Centro Ludico per la prima Infanzia e
Consulente presso Centro Servizi per le
Famiglie San Paolo - Stanic - Villaggio
del lavoratore e Japigia-Torre a mare,
Fondazione Giovanni Paolo II Onlus

iniziative intese a progettare e realizzare piani e programmi di intervento per il miglioramento dei Servizi urbani e della qualità della vita [...]” (Fondazione ‘Giovanni Paolo II’ Onlus, 2014).

Sulla base delle disposizioni statutarie (art. 3), l’attività della Fondazione si esplica nel:

- realizzare iniziative di informazione, ricerca e formazione, rivolte ad operatori ed educatori del terzo settore, ad assistenti sociali, a funzionari dei Servizi Sociali, ad operatori parrocchiali, ecc;
- progettare e realizzare piani, progetti e programmi di intervento, da realizzare autonomamente e/o con il contributo di privati e di Enti anche pubblici finalizzati al miglioramento dell’offerta dei Servizi della città di Bari e delle sue periferie;
- realizzare studi e ricerche di rilevazione dei bisogni di miglioramento della qualità della vita nella città di Bari.

Nell’ambito del sostegno alle famiglie i progetti portati avanti dalla Fondazione sono i seguenti:

- Centro Socio Educativo Diurno per Minori;
- Centro Servizi per le Famiglie (ex Centro di Ascolto per le Famiglie) San Paolo - Stanic - Villaggio del Lavoratore;
- Centro Ludico per la Prima Infanzia.

I progetti portati avanti in collaborazione con altri Enti del Terzo Settore in qualità di Ente capofila e partner:

- Centro Servizi per le Famiglie (ex Centro di Ascolto per le Famiglie) Japigia - Torre a Mare;
- Centro Servizi per le Famiglie San Girolamo - Fesca - San Cataldo - Marconi;
- Centro Servizi per le Famiglie (ex Centro di Ascolto per le Famiglie) Carbonara - Santa Rita - Ceglie - Loseto;

CENTRO SOCIO EDUCATIVO DIURNO PER MINORI

Attivo dal 1992 e gestito in convenzione con il Comune di Bari, il Centro Socio Educativo Diurno è una struttura di prevenzione e recupero per minori esposti al rischio di emarginazione e devianza. Ogni anno il Centro Diurno ha preso

in carico circa 30 minori. Il Centro Socio Educativo Diurno è un luogo di integrazione sociale e culturale per minori in età scolare, offre spazi di socializzazione e formazione per la prevenzione ed il contrasto alla marginalità socio-ambientale, attraverso la realizzazione di attività culturali, ricreative e sportive, con l’obiettivo di assicurare al minore il diritto ad essere ascoltato, sostenuto ed accompagnato nella crescita. Destinatari del Servizio sono minori di età compresa tra i 6 ed i 18 anni che presentano problemi di disagio socio-familiare, di integrazione sociale, di dispersione scolastica.

CENTRI SERVIZI PER LE FAMIGLIE (CSF) SAN PAOLO - STANIC - VILLAGGIO DEL LAVORATORE, JAPIGIA - TORRE A MARE, SAN GIROLAMO - FESCA - SAN CATALDO - MARCONI E CARBONARA - SANTA RITA - CEGLIE - LOSETO.

Sono rivolti ad adulti e minori, coppie, famiglie, cittadini italiani e stranieri, migranti e minori stranieri non accompagnati, diversamente abili. Promuovono il benessere della famiglia e i diritti dei minori, sostenendo la coppia, il nucleo e ogni componente. In stretta connessione con i Servizi socio - sanitari ed educativi del territorio cittadino, sono spazi di accoglienza, ascolto, condivisione, sostegno e partecipazione attiva. Sono servizi del Comune di Bari - Assessorato al Welfare (ex l. 285/97) gestiti dalla Fondazione Giovanni Paolo II Onlus dal 1999 sul territorio San Paolo-Stanic-Villaggio del Lavoratore, dal 2005 in rete con altre realtà sociali sui territori di Japigia-Torre a mare e dal 2017 sui territori di: San Girolamo - Fesca - San Cataldo - Marconi e Carbonara-Santa Rita-Ceglie-Loseto.

Le attività sono realizzate con l’ausilio di un team di professionisti specializzati tra cui: educatori professionali e animatori socio culturali, psicologi, mediatori familiari, consulenti legali, assistenti sociali, esperti di orientamento lavorativo.

CENTRO LUDICO PRIMA INFANZIA (6 - 36 MESI)

Il Centro Ludico per la Prima Infanzia nasce nel 2011 nel quartiere San Paolo della città di Bari,



con l'obiettivo di offrire un Servizio educativo e ludico per la prima infanzia e occasioni di incontro e condivisione per i genitori. I bambini e le bambine in età compresa tra i 3 e i 36 mesi sono suddivisi in base a gruppi d'età omogenei e attraverso il gioco, sperimentano relazioni e abilità. I momenti di routine (accoglienza, merenda, riposo, cambio, uscita) sono attività ripetute quotidianamente, strutturanti la giornata educativa, accompagnate da gesti di cura pensati per promuovere e sostenere la crescita e l'autonomia del bambino. Sono anche momenti speciali di relazione educatore/singolo bambino che favoriscono un buon adattamento

IL RUOLO DELLA SUPERVISIONE ALL'INTERNO DEI SERVIZI DELLA FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II ONLUS

Nel corso degli anni, la Fondazione ha inserito la supervisione degli operatori come buona pratica nella gestione dei Servizi, diventando una vera e propria risorsa nella gestione delle varie équipe di lavoro.

Secondo Braga (2014), la supervisione degli operatori, con differenti qualifiche e professionalità, di Strutture e Servizi alla persona di diversa tipologia, è considerata uno strumento di contenimento, di formazione continua, di supporto ed eventualmente di "cura", che pone al centro l'operatore, il suo equilibrio e il suo benessere. La supervisione è intesa pertanto non solo come forma di "manutenzione" degli operatori socio-sanitari ed educativi (Braidì, Cavicchioli, 2006), ma anche come importante strumento di prevenzione del *burn-out* e di miglioramento della qualità dei Servizi.

La supervisione inoltre si pone come obiettivo quello del miglioramento della qualità della vita e del benessere dell'operatore stesso, attraverso la condivisione degli aspetti emotivi e cognitivi del gruppo di lavoro. Alcuni di questi aspetti comprendono: sentirsi aiutati nella difficoltà, riconosciuti nelle capacità, ben regolati dalle norme condivise dal gruppo, stimolati verso la solidarietà, la partecipazione, l'autonomia e

la creatività. All'interno del gruppo, grazie alla supervisione, possono essere definiti e condivisi gli aspetti emotivi che possono tanto deteriorare, quanto rinforzare il gruppo di lavoro. La differenza tra questi due processi risiede nell'elaborazione dei vissuti, nella condivisione delle diverse realtà soggettive, nello sforzo di trovare obiettivi comuni verso cui tendere.

L'INDAGINE

Da alcuni anni, la Fondazione ha avviato l'attività di supervisione delle diverse équipe nei seguenti Servizi: Centro Socio Educativo Diurno, CSF San Paolo- Stanic-Villaggio del Lavoratore, CSF Japigia- Torre a mare e Centro Ludico per la Prima Infanzia. La supervisione viene effettuata con ognuna delle équipe del Servizio e avviene con cadenza mensile. Le équipe sono composte da un supervisore, coordinatore, psicologi, educatori, animatori e assistenti sociali. In particolare i gruppi di professionisti che partecipano alla supervisione sono n. 5:

- n. 1 équipe del Centro Socio Educativo Diurno per minori, composto da n. 2 responsabili e n. 3 educatori;
- n. 2 équipe del CSF San Paolo, composto da: n. 1 coordinatrice/psicologa, n. 5 educatori/animatori responsabili il primo gruppo e n. 1 coordinatrice/psicologa e n. 3 psicologi;
- n. 1 équipe del CSF Japigia-Torre a mare, composto da: n. 1 coordinatrice/assistente sociale, n. 4 educatori/animatori, n. 1 assistente sociale;
- n. 1 équipe del Centro Ludico per la Prima Infanzia, composto da: n. 1 coordinatrice/educatrice, n. 4 educatrici.

Viene data la possibilità, su richiesta degli operatori, di effettuare incontri individuali con il supervisore.

Si fa presente che sebbene vi siano altre figure professionali all'interno dei due CSF, oltre quelle su menzionate, esse non sempre partecipano alla supervisione.

A tutti gli operatori (n. 30) è stato inviato il seguente questionario, per un totale di n. 22 questionari compilati:

Cara collega e caro collega,
da qualche anno la Fondazione si è dotata della supervisione, uno strumento di lavoro pensato per favorire il confronto e la discussione in gruppo dei vissuti professionali e personali degli operatori, particolarmente esposti, nella loro attività, alle difficoltà degli utenti.
Ti chiediamo di rispondere ad alcune domande relative alla supervisione svolta.
Non esistono risposte giuste o sbagliate, la migliore risposta è quella spontanea che più si avvicina alla tua esperienza.

1. Servizio/Progetto di riferimento
2. Da quanto tempo partecipi alla supervisione?
Con che frequenza?
3. Quali aspettative avevi riguardo la supervisione?
Tali aspettative sono soddisfatte?
4. Quale contributo ha fornito questo strumento al tuo lavoro?
5. Riesci ad individuare delle differenze, fra l'esperienza di lavoro privo di supervisione e quella con supervisione?
6. Come valuti in generale l'impatto della supervisione nella tua esperienza personale e professionale?

Ha risposto il 75% degli operatori dei quattro Servizi oggetto dell'indagine; mentre il restante 25% degli operatori non ha consegnato il questionario.

DATI INTRODUTTIVI ED UNA PRIMA RIFLESSIONE SULLE ASPETTATIVE

La prima domanda è stata utile per distinguere l'appartenenza degli intervistati ai diversi Servizi e Progetti attivi presso la Fondazione. Ne è risultato che il 54% degli intervistati è appartenente al Centro Servizi per le Famiglie (San Paolo e Japigia), il 23% al Centro Socio Educativo Diurno ed il restante 23% al Centro Ludico per la Prima Infanzia.
La seconda domanda ha dato invece un'idea della familiarità degli operatori intervistati con lo strumento

della supervisione, potendo suddividere così fra operatori più "esperti" ed altri alle prime esperienze con questa modalità di lavoro. Il **Grafico 1** evidenzia come la maggior parte degli operatori si collochi nella fascia da 1 a 3 anni di esperienza, potendo così identificare il campione intervistato come alle prime esperienze professionali con questo strumento.
La maggioranza del campione (91%) partecipa alla supervisione con cadenza mensile, mentre una parte residuale (9%) con cadenza quindicinale.

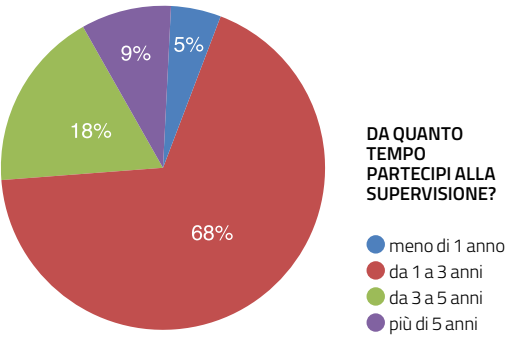


Grafico 1 - Frequenza

Particolarmente interessanti sono i risultati alla terza domanda, inerente le aspettative di cui gli operatori erano portatori e se queste sono state soddisfatte o meno, ed in che termini, dall'esperienza svolta. Il **Grafico 2** illustra l'andamento percentuale delle risposte, che analizzeremo nel dettaglio.

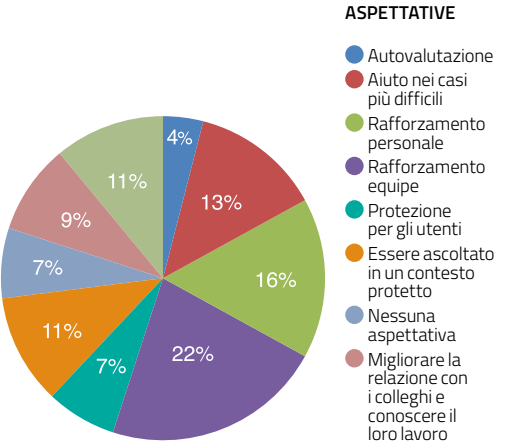


Grafico 2 - Aspettative



La risposta più frequente è quella categorizzata come "Rafforzamento del gruppo/equipe" (22%) seguita da "Rafforzamento personale" (16%). Sembra, cioè, che gli operatori immaginassero la supervisione come uno strumento in grado di fortificare al tempo stesso l'esperienza di lavoro di gruppo, se stessi e la loro persona, tanto nell'ambito lavorativo quanto in quello personale. Quello che scrive un operatore riassume bene questo concetto: *Immaginavo la supervisione come uno spazio di ascolto e confronto con il gruppo, mediato da un supervisore. In questo spazio, mi aspettavo che emergessero dinamiche relazionali personali, da poter affrontare in un contesto protetto. Le mie aspettative sono state soddisfatte, ho potuto constatare che nel tempo, anche chi aveva più difese, è riuscito ad aprirsi.*

Le altre risposte fornite hanno riguardato, nell'ordine: ottenere un aiuto nei casi più difficili (13%), la possibilità di essere ascoltati in un contesto protetto e la condivisione delle problematiche, con una funzione di prevenzione dello stress lavoro correlato (11%), un miglioramento della relazione con i colleghi (9%), nessuna aspettativa (7%), un lavoro utile per la protezione degli utenti (7%) ed una forma di autovalutazione del proprio operato (4%).

Nella quasi totalità dei casi (93% degli intervistati) le aspettative sono risultate soddisfatte.

IL CONTRIBUTO OFFERTO DALLA SUPERVISIONE AL LAVORO DEGLI OPERATORI INTERVISTATI

La quarta domanda ha indagato il contributo che, secondo gli operatori, la supervisione ha fornito loro, illustrato nel **Grafico 3**.

Le risposte ottenute alla domanda consentono di concentrare l'attenzione su un aspetto molto significativo per gli intervistati, cioè l'impatto della supervisione sulle dinamiche di gruppo. Il 26% risponde, infatti, che il contributo è stato un "Miglioramento della relazione fra colleghi". Subito sotto, in punti percentuali, si trovano le risposte categorizzate come "Sostegno ad un percorso personale" e "Riduzione del rischio di burnout", entrambe al 13%.

Sembra, cioè, che gli operatori, oltre a poter godere di uno spazio (quale quello della supervisione) utile per migliorare la relazione all'interno

QUALE CONTRIBUTO?

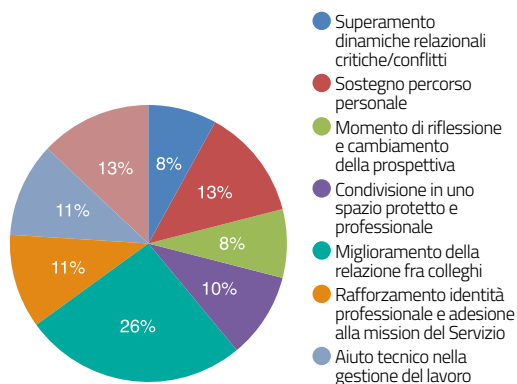


Grafico 3 - Il contributo della supervisione al lavoro degli operatori

del gruppo di lavoro, identifichino la supervisione quale strumento in grado di ridurre il rischio di burnout, e dunque - grazie alla capacità di attivazione del dialogo e della riflessione - in grado di interrompere preventivamente il meccanismo patogeno del burnout, ed anzi di sostenere e promuovere un percorso di crescita personale e professionale che nella stessa supervisione trova sbocco e sviluppo.

Le parole di un'operatrice illustrano perfettamente questo aspetto: *Questo strumento mi ha permesso di riflettere e comprendere al meglio i punti di vista dei colleghi, i loro punti di forza e le loro difficoltà, permettendomi al tempo stesso di migliorare me stessa. E ancora: Il contributo è stato ed è, attualmente, molto importante e significativo. Mi ha permesso di superare alcune difficoltà nella gestione delle dinamiche relazionali e di continuare un percorso personale di riconoscimento e gestione delle mie emozioni.* Il confronto in gruppo appare quale strumento spaventoso e talvolta difficile, ma sempre utile: *E' stato per me uno spazio di confronto sano, per affrontare anche i conflitti più aspri, non sempre con l'aspettativa di risolverli, ma almeno con la franchezza dire che esistono.*

Le successive risposte hanno a che fare con un "Aiuto tecnico nella gestione del lavoro" (11%), grazie all'esperienza ed alla posizione terza del supervisore e con il "Rafforzamento dell'identità professionale e adesione alla mission del

Servizio" (11%), intendendo con quest'ultima la ricaduta positiva della supervisione, in termini di senso di appartenenza al Servizio e percezione di qualità del proprio lavoro, grazie alla Fondazione che, mettendo a disposizione degli operatori questo strumento, compie verso di loro un gesto di cura e promozione del benessere organizzativo e della qualità del loro operato. Tale ricaduta è evidente nelle parole degli intervistati: *La supervisione ha aumentato il mio senso di appartenenza all'equipe, al Servizio, alla Fondazione tutta. Condividere le difficoltà in un contesto protetto e sano mi ha permesso anche di sentire ancora di più la bellezza del mio ruolo lavorativo. Dopo la supervisione, mi sento più felice di fare quello che faccio!*

In ordine decrescente, si collocano poi le risposte categorizzate come "Condivisione in uno spazio protetto e professionale" (10%), "Superamento di dinamiche relazionali critiche/conflitti" e "Momento di riflessione e cambiamento della prospettiva", entrambe all'8%.

LAVORARE SENZA SUPERVISIONE O LAVORARE CON LA SUPERVISIONE? LE DIFFERENZE PERCIPITE

Riesci ad individuare delle differenze, fra l'esperienza di lavoro privo di supervisione e quella con supervisione? A questa importante domanda, gli operatori intervistati hanno risposto fornendo uno spaccato molto interessante di quelle che sono le esigenze di chi lavora nelle professioni di aiuto. Le risposte sono schematizzate nel **Grafico 4**.

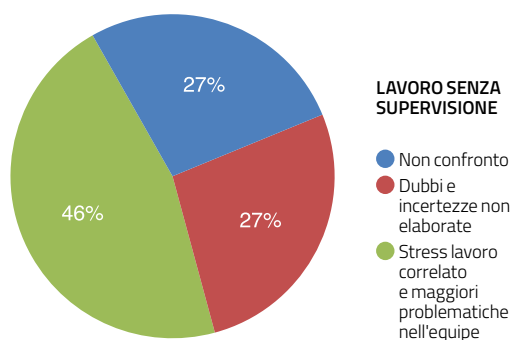


Grafico 4 - Differenze fra il lavoro con e senza supervisione

Poco meno della metà del campione (46%) ha ritenuto che il lavoro senza la supervisione aumenti lo stress lavoro correlato e determini maggiori problematiche nell'equipe. Il 30% ha risposto con argomenti che sottolineano l'impossibilità di dialogo fra colleghi e la solitudine nell'operare, categorizzate come "Non confronto"; il restante 30% ha sottolineato la permanenza, nella loro esperienza di lavoro senza l'ausilio della supervisione, di "Dubbi e incertezze non elaborate".

Dall'analisi condotta emerge chiaramente come, nella professione di aiuto, la supervisione rappresenti tanto uno strumento di difesa dal burnout quanto di promozione della qualità dell'intervento: *Il lavoro privo di supervisione è come percorrere una strada sconosciuta, ma poco illuminata, con il timore di non sapere affrontare eventuali imprevisti; il lavoro con la supervisione mi garantisce più visioni di intervento e la sicurezza di una rete professionale di tutela del mio benessere e di quello della mia utenza.*

L'impatto positivo della supervisione è evidente anche nella gestione del carico emotivo che il rapporto con le difficoltà dell'utenza genera, invadendo talvolta l'area personale degli operatori: *Adesso mi sento più capace di prendere le distanze, mentre un tempo non esisteva confine fra me e la mia professione.*

L'IMPATTO DELLA SUPERVISIONE NELL'ESPERIENZA PERSONALE E PROFESSIONALE

Le risposte fornite all'ultima domanda del questionario sono riconducibili nella totalità dei casi ad un impatto positivo per gli operatori. Sono state suddivise in "Valutazione positiva" (83% dei casi) ed in "Indispensabile" (17%), volendo così valorizzare i toni degli operatori, tesi a sottolineare l'importanza che tale lavoro ha avuto.

Ritengo la supervisione necessaria per tutti coloro che operano nel sociale, a contatto con le persone. La supervisione permette di raggiungere una maggiore consapevolezza di sé stessi, dei propri obiettivi personali ed offre la possibilità di riflettere e migliorare il proprio approccio al lavoro, con i colleghi e con gli utenti.



Ancora una volta sono le parole degli operatori che hanno partecipato all'indagine a condurci alla piena comprensione dell'impatto che la supervisione ha avuto nella loro esperienza personale e professionale. Scrive ancora un'operatrice: *Ho imparato ad ascoltare ed a lavorare ancora meglio con gli altri: è stata un'esperienza fondamentale.*

Un'altra intervistata giudica la supervisione positivamente, mettendone però in luce la difficoltà, soprattutto quando vengono toccate parti ritenute più "deboli" di sé e del proprio operato: è uno strumento di lavoro che consente di guardarti dentro, e questo non sempre è facile. Bisogna tirar fuori le proprie vittorie, ma soprattutto le proprie sconfitte a livello professionale; ammettere di aver sbagliato non sempre è facile da riconoscere e accettare.

Estremamente importanti, perché l'intervento di supervisione sia realmente efficace, risultano le modalità e caratteristiche della persona del supervisore, che deve essere in grado di creare un ambiente accogliente dentro cui aiutare gli operatori a mostrarsi. Afferma in proposito uno degli intervistati: *la modalità del supervisore e la relazione con lui hanno giocato un ruolo importante nella costituzione di un gruppo dentro cui potersi fidare ed affidare, mostrando le proprie debolezze, senza il timore del giudizio.*

DALLA PARTE DEL SUPERVISORE

Le dinamiche fin qui descritte, così come i desideri ed i bisogni degli operatori, che interessano tanto la sfera personale quanto quella professionale, trovano un interessante compimento se si analizza il processo della supervisione prendendo in considerazione la figura del supervisore: colui che con il suo operato consente, ed al tempo stesso stimola, la messa in discussione profonda dei partecipanti.

Quella della supervisione (cioè sovrintendere, supervisionare, rivedere, controllare il lavoro altrui) non è un'azione finalizzata all'esercizio del controllo in senso stretto, o all'espressione di un giudizio di efficacia o di corretto svolgimento, quanto piuttosto a coordinare pensieri e azioni,

a contattare le emozioni e fermare l'attenzione sulle dinamiche relazionali.

Il supervisore è una figura chiave, particolarmente esperta, in grado di collocarsi nella dinamica che caratterizza un operatore che, in un dato momento, sta vivendo una difficoltà, aiutandolo a superarla, grazie non soltanto ad un aiuto tecnico, ma soprattutto grazie alla sua capacità di *stare con* l'operatore, attivando dinamiche relazionali in grado di sbloccare l'*empasse*. Dietro la difficoltà di chi svolge una relazione di aiuto, infatti, c'è sempre un particolare incastro fra difficoltà tecnica, impatto che quella data situazione - in quel dato momento - esercita sull'operatore, e motivazione (più o meno conscia) sottesa a quell'impatto. Il supervisore lavora per sostenere l'operatore nell'intercettare quanto, della difficoltà che sta attraversando, ha a che vedere con le proprie personali sofferenze o difficoltà, che l'incontro con la persona che si è rivolta a lui ha riattivato. "È noto, fin dai primi studi di Freud, che il paziente attiva nell'incontro con il terapeuta quell'insieme di emozioni e di fantasia che è stato sintetizzato con il concetto di transfert. È altrettanto noto, inoltre, come quest'ultimo inneschi nel terapeuta, in analogia con la legge fisica che definisce il meccanismo di azione-reazione, un similare insieme di vissuti ed emozioni: il contro-transfert" (Cambiasso e Mazza, 2018).

Si tratta di diverse parti del sé chiamate in causa nel gioco relazionale, *self* attivi e determinanti nelle dinamiche della relazione, ma lontani dalla consapevolezza in quel momento; esse vanno portate alla consapevolezza, tanto in termini di resistenza attivata, quanto in termini di proiezione: entrambi meccanismi "utili" per l'operatore in difficoltà per proteggere se stesso, andare avanti nel lavoro continuando a non vedere che la difficoltà in cui sono incappati ha a che fare con qualcosa di profondo e che riguarda innanzitutto se stessi, prima che l'altro.

La supervisione, dunque, si presenta come processo interattivo in grado di interrompere questo meccanismo potenzialmente dannoso, grazie all'incontro relazionale fra supervisore e

supervisionato, carico di vissuti emotivi e composto da tre fondamentali elementi, che si intrecciano in ogni supervisione in modo sempre diverso: l'operatore, il supervisore, la loro relazione. Nel contesto del gruppo di supervisione, l'operatore, portatore della difficoltà, racconta della relazione oggetto del disagio, esponendo il problema che sta incontrando e descrivendone sia gli aspetti



tecnici che quelli personali, quali l'effetto che il problema ha avuto su di sé e le riflessioni che vi ha associato; il supervisore allena l'operatore all'auto-osservazione, affinché possa meglio comprendere i propri meccanismi di funzionamento. *Come mai sto sperimentando una difficoltà proprio con questa persona? Come è caratterizzata la mia relazione con lei? Mi ricorda altre relazioni simili, vissute nella mia esperienza? E come mai sto vivendo questa difficoltà proprio adesso? Cosa succede nella mia vita, nel mio lavoro, nelle mie relazioni, che risuona negli scambi relazionali che avvengono con la persona che mi ha chiesto aiuto?* L'operatore è costantemente guidato a porsi delle domande, su di sé e sul proprio operato, e può così progressivamente dare nuovo significato al proprio lavoro, cambiare punto di vista rispetto al proprio operato ed all'utenza, rivedere il proprio modo di essere nella relazione e leggerlo alla luce delle nuove consapevolezze acquisite in supervisione.

Favorire l'introspezione e sottolineare, valorizzandoli, gli stati emotivi del supervisionato sono due aspetti basilari nella supervisione; il fluire dell'emozione connessa alla difficoltà sperimentata è sempre un momento di grande

importanza. Successivamente, ci può essere la fase del riscontro, dell'elaborazione, della definizione delle scelte operative in quella specifica situazione. È evidente che ciò può essere fatto soltanto dopo aver compreso profondamente l'emozione dell'operatore ed averle restituito un senso, in un clima accogliente e non giudicante. Dunque, quando si parla di supervisione, questa riguarda sempre sia i contenuti che i processi. Nella importante parte orientata al lavoro sui processi, ci si occupa di fattori specifici legati alla relazione tra operatore e utente: sui motivi per cui si chiede aiuto, sul disagio provato nella relazione e portato in supervisione e (elemento di basilare importanza) sul come il supervisionato si rapporta al supervisore. È importante considerare quanto l'operatore accetta di essere messo in discussione e che determinate emozioni emergono, con un certo utente, siano a diretto contatto con la propria storia, che l'utente stesso riattiva nella relazione; è opportuno inoltre saggiare quanto l'operatore è in grado di accettare che dette emozioni siano osservate da un terzo (il supervisore), che sta entrando nel proprio operato, e che tutto questo avvenga "in presenza", all'interno del gruppo di supervisione composto dai colleghi.



L'elevato livello di complessità esistente, spesso trova una soluzione nella scelta del "materiale" su cui lavorare: l'attenzione al processo permette sempre di evidenziare emozioni, dinamiche relazionali e resistenze. Esercitarsi con "scambi di ruolo" e simulate permette così al supervisionato di giocare con se stesso, con i propri *self*, di osservare le persone che gli hanno chiesto aiuto da una diversa angolazione, col fine ultimo di portare alla sua consapevolezza i meccanismi di proiezione: in altri termini, "sentire" ad un livello profondo, prima che razionale, quanto ci sia di "proprio" nella difficoltà vissuta con l'utente che ha in carico. L'operatore è chiamato a "non indugiare nel mettersi egli stesso nella posizione di paziente, ogni qualvolta avverte dentro di sé elementi di fragilità personale" (Cancrini e Vinci, 2013).

Con simulate e giochi di ruolo le parti di sé più profonde, che hanno probabilmente agito nella dinamica relazionale fra operatore e utente, che hanno dato origine alla difficoltà, hanno la possibilità di emergere, manifestarsi, agire in sede di supervisione.

Disvelata questa dinamica, è possibile osservare la proiezione: riformulare il gioco relazionale e tornare a vedere l'altro, per meglio svolgere il proprio compito di aiuto.

CONCLUSIONE

La Fondazione Giovanni Paolo II Onlus, nell'ambito della gestione dei Servizi di sostegno alle famiglie, già da alcuni anni ha adottato quale buona prassi la supervisione delle équipes multidisciplinari, che afferiscono ad alcuni dei Servizi attivi. Nella percezione degli operatori, oggetto dell'indagine condotta, la supervisione ha avuto un impatto fortemente positivo sulle dinamiche personali e di gruppo. Essa di fatto ha migliorato le relazioni tra colleghi, ha contribuito al sostegno personale e ridotto il rischio di *burn out*. Ha inoltre supportato gli operatori a gestire in maniera più efficace i casi più complessi, rafforzando l'identità professionale, la motivazione e il senso di appartenenza al Servizio, aumentando al contempo la percezione di qualità del proprio lavoro.

Risulta particolarmente interessante la percezione da parte degli operatori dell'Ente promotore, la Fondazione, che mettendo a disposizione questo strumento, ha promosso un maggiore benessere organizzativo e aumentato la qualità del lavoro degli operatori. Svolgere una professione di aiuto significa mettere in gioco ed utilizzare la propria persona, perché l'incontro con l'altro in difficoltà possa essere generativo di una possibilità di cura e benessere; l'allenamento per svolgere questo compito deve essere sempre costante ed aggiornato, perché costanti sono i cambiamenti che riguardano le persone, siano esse operatori o utenti, e dunque gli incontri che avvengono non sono mai uguali. Per questa ragione, la supervisione rappresenta al tempo stesso uno spazio di "cura" per gli operatori (che lo riconoscono, nella loro percezione) e per gli utenti (i quali possono così incontrare operatori non esposti al rischio di *burnout*, riflessivi, consapevoli dei propri limiti e delle proprie risorse). Si configura così a tutti gli effetti come buona prassi, la quale - in ragione dei risultati descritti - sarebbe sicuramente utile estendere anche a tutto il terzo settore ed in generale alle professioni di aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Braidi G. e Cavicchioli G. (2006). Conoscere e condurre i gruppi di lavoro: esperienze di supervisione e intervento nei servizi alla persona. Milano: Franco Angeli.
- Fondazione Giovanni Paolo II Onlus (2014). Periferie. Itinerari socio educativi della Chiesa di Bari. Bari: Stilo Editrice.
- Braga C. (2014). L'importanza della supervisione. Il sostegno del corpo curante. La rivista del lavoro sociale. Ed. Erikson: *lavorosociale.com*
- Cambiaso, G., Mazza, R. (2018). Tra intrapsichico e trigerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini L., Vinci G. (2013). Conversazioni sulla psicoterapia. Roma: Alpes Italia.



PROGETTO SULLE ADOZIONI: ANALISI DEI FATTORI CHE INFLUENZANO L'ESITO DELL'ITER ADOTTIVO

REPORT DI UNO STUDIO CONDOTTO NEL TERRITORIO DEL SALENTO

RIASSUNTO

Il presente lavoro analizza la condizione di soggetti adottati nella realtà territoriale del Salento, in particolare nelle province di Lecce e Brindisi. Lo studio mira ad approfondire le dinamiche familiari e i fattori sociali che influenzano l'esito dell'iter adottivo. Le interviste sottoposte al campione esaminato indagano sulla presenza o meno di eventuali difficoltà scolastiche o problematiche psicoemotive dovute alla peculiare condizione dell'adottato o scaturite dalle resistenze e dagli stereotipi della società nei confronti di tali individui. Dopo aver definito dal punto di vista teorico il concetto di "fallimento adottivo", prendendo spunto dai più recenti studi sull'argomento, le autrici dell'articolo hanno analizzato nel target di riferimento le variabili temperamentali, familiari, scolastiche e sociali che hanno inciso in modo determinante sul percorso esistenziale dei soggetti intervistati. I risultati dello studio hanno scardinato le convinzioni più radicate rispetto all'adozione, evidenziando, ad esempio, la scarsa rilevanza della nazionalità di origine e del genere

del minore nel condizionamento del buon esito della scelta adottiva.

PAROLE CHIAVE

adozione, nucleo familiare adottivo, difficoltà psico-emotive, fallimento adottivo.

INTRODUZIONE

L'istituto dell'adozione rappresenta il punto di incontro tra la condizione particolare di un bambino senza genitori e quella di una coppia che non ha figli o che ha il desiderio di allargare la famiglia. La volontà di adottare, solitamente, scaturisce da una condizione biologica, la sterilità, che spinge la coppia di coniugi a ricercare percorsi alternativi per soddisfare il bisogno di avere bambini.

La pratica dell'adozione, tuttavia, risponde fondamentalmente al bisogno del minore di vivere in una famiglia che lo accolga e lo ami e non a quello dei genitori di avere a tutti i costi un figlio. Accogliere un figlio adottivo, infatti, significa aprire nella propria famiglia uno spazio che non

Alessandra Bisanti

Psicologa, Mediatrice Familiare,
Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale ad indirizzo
Neuropsicologico

Nicoletta Conte

Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale ad indirizzo
Neuropsicologico

Maria Grazia Mingolla

Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale
ad indirizzo Neuropsicologico

Marta Morelli

Psicologa, Mediatrice Familiare,
Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale ad indirizzo
Neuropsicologico



sia solo fisico, ma soprattutto mentale in cui il nuovo arrivato porterà con sé la sua storia che si fonderà con quella degli altri componenti, con cui formerà una vera famiglia, come una seconda possibilità di vita.

È infatti diritto del bambino vivere con una mamma e un papà che sappiano curarlo, proteggerlo, dargli sicurezza e affetto. Un bambino adottato, inoltre, avrà bisogno di avere accanto due genitori che sappiano proporsi come figure in grado di aiutarlo ad elaborare e riparare le ferite psicologiche delle quali spesso è portatore.

Per tale ragione è necessario che le coppie che si avvicinano all'adozione siano disposte ad intraprendere un percorso che li porterà ad approfondire le loro motivazioni, i loro desideri e le zone d'ombra della loro vita. Solo attraverso questa strada, infatti, saranno pronti ad accogliere e dare risposta ai bisogni di un bambino che ha alle spalle una storia spesso difficile e dolorosa.

Se i genitori non saranno stati in grado di affrontare e risolvere le problematiche legate alla loro vita e a superare il loro dolore, difficilmente potranno aiutare un figlio a risolvere le proprie e a sostenere la sua sofferenza.

La filiazione adottiva non è uguale a quella naturale. Difatti, se nella coppia biologica la transizione alla genitorialità è sostenuta dalla gestazione che rappresenta una fase di cambiamenti, fantasie e sensazioni fisiche, ampiamente variegata sia per la donna che per l'uomo che la supporta, ed è un momento determinante per la formazione del legame di attaccamento, nella coppia adottiva questo processo è accompagnato da ben altre dinamiche specifiche.

Innanzitutto, l'esperienza di genitore adottivo origina da una condizione di vuoto, ovvero di privazione della gravidanza. Solitamente è la donna a soffrire per questa mancanza perché il bambino, immaginato sin dall'infanzia come oggetto d'amore, non riesce a svilupparsi concretamente nel suo corpo. Tuttavia, la donna che voglia soddisfare il desiderio di maternità potrebbe svincolarsi dallo stereotipo riproduttivo e ritrovare nella maternità adottiva un esempio concreto della

capacità di donarsi all'altro.

Inoltre, bisogna sempre considerare che la mancanza, anche quando è felicemente compensata dall'adozione, non annulla comunque il sentimento di privazione di un'esperienza gioiosa come la gravidanza che è andata perduta. Infatti, non si possono dimenticare gli anni di terapia per risolvere l'infertilità, il senso di frustrazione, la ferita narcisistica, le tensioni tra coniugi e tutte le sensazioni legate ai fallimenti subiti che sono solo alcuni dei fattori che possono influenzare l'adattamento alla genitorialità adottiva e lo sviluppo del bambino.

L'esperienza clinica ci segnala che i percorsi dell'adozione risultano complessi e il lavoro degli operatori, e di tutti coloro che sono coinvolti, necessita costantemente di qualificazione ed aggiornamento.

Ad oggi, tuttavia, il lavoro di prevenzione non sembra aver raggiunto i risultati auspicati, considerata la percentuale di fallimenti adottivi. Per fallimento adottivo, in passato, alcuni autori intendevano che la famiglia non fosse stata in grado di accogliere ed instaurare con un bambino una relazione significativa dal punto di vista affettivo, ovvero che non fosse stata in grado di affrontare con lui le fasi evolutive, ostacolando in tal modo il raggiungimento dell'autonomia in età adulta.

I fallimenti adottivi anche oggi rappresentano storie in cui perdono tutti e che, secondo l'ultima stima effettuata in Italia e risalente all'inizio del secolo, rappresentano circa il 3% del totale. Ciò significa che il 97% delle adozioni ha avuto un esito positivo e che, dal 2005 in poi, oltre 1.500 minori sarebbero stati riconsegnati allo Stato.

Per fallimento adottivo, secondo gli ultimi studi in materia, si intende l'interruzione, transitoria o definitiva, di un rapporto difficile tra la coppia genitoriale e i figli, che culmina con l'effettivo allontanamento dei minori dal nucleo adottivo e con il loro collocamento in strutture di accoglienza, caratterizzato dall'impossibilità di mantenere nel tempo legami tra di loro. Analizzando i risultati emersi da una recente ricerca a livello

nazionale, condotta con la finalità di conoscere ed indagare le caratteristiche dei minori "restituiti" è stata screditata la diffusa opinione che nell'adozione internazionale sia insito un considerevole rischio di fallimento: in termini assoluti si ha una perfetta equidistribuzione dei casi di restituzione tra adozione internazionale e nazionale.

LO STUDIO

Il presente progetto di ricerca ha la finalità di valutare la realtà e l'esito a breve e lungo termine di adozioni nazionali ed internazionali nel territorio del Salento, in particolare nelle province di Brindisi e di Lecce.

Lo studio ha previsto tre steps: il primo finalizzato alla stesura di un protocollo, ovvero un'intervista anonima rivolta al minore che avesse l'età e la capacità di rispondere agli interrogativi posti e alla coppia genitoriale.

Il secondo step è rappresentato dall'individuazione di un campione rappresentativo per indagare le variabili necessarie a confermare o confutare l'ipotesi di ricerca iniziale.

L'ultima fase ha previsto la somministrazione del questionario a bambini, genitori e adulti che sono stati adottati in tenera età.

L'intervista sottoposta al minore ha richiesto la compilazione di risposte a domande aperte che mirano ad approfondire la qualità del legame instauratosi tra figlio e coppia adottiva, ad indagare le maggiori difficoltà incontrate nell'inserimento nel nucleo ospitante e a conoscere le dinamiche relazionali createsi all'interno del gruppo classe.

Successivamente, è stato richiesto al bambino di riportare eventuali atteggiamenti disfunzionali verso l'apprendimento quali comportamenti oppositivi, egocentrici o, al contrario, dipendenti. Inoltre, gli interrogativi posti hanno esaminato se, come conseguenza di tali esperienze sfavorevoli vissute, si siano manifestate eventuali difficoltà psicoemotive, quali comportamenti aggressivi, bisogno di attenzione o paura di essere rifiutati.

Ai genitori, invece, è stato richiesto di specificare a che età hanno intrapreso l'iter adottivo, quanto è durato e chi dei due ha spinto maggiormente verso tale decisione.

Inoltre, le domande rivolte alla coppia hanno valutato come è avvenuta la preparazione psicologica dei coniugi all'arrivo del minore nel loro nucleo familiare. Le autrici hanno provato a comprendere se e quanto l'ingresso del minore in famiglia abbia modificato la routine di coppia, cambiandone ritmi e stili di vita.

OBIETTIVI

Il progetto presenta i seguenti obiettivi:

- Raccogliere resoconti di soggetti adottati attraverso pratiche di adozione nazionale ed internazionale con la finalità di analizzare le storie di vita di ciascuno di loro, prendendo in considerazione anche le testimonianze dei genitori.
- Rilevare le eventuali difficoltà scolastiche sperimentate durante il percorso formativo, quali disturbi dell'apprendimento (possibili DSA o atteggiamenti disfunzionali quali comportamenti oppositivi, di egocentrismo o di dipendenza), deficit di attenzione e memorizzazione.
- Indagare l'eventuale presenza di difficoltà nell'interiorizzazione della struttura linguistica del paese di accoglienza.
- Analizzare gli strumenti utilizzati per superare le suddette problematiche.
- Valutare la presenza di difficoltà psicoemotive e comportamentali insorte durante il percorso scolastico.
- Esaminare le strategie e le modalità di inserimento nel contesto familiare, scolastico e sociale di riferimento.
- Comprendere la qualità della relazione instauratasi tra soggetto adottato, coppia di genitori e docenti di riferimento.

TARGET E POPOLAZIONE BERSAGLIO

Il progetto ha coinvolto un gruppo di soggetti di diverse fasce d'età adottati attraverso pratiche di adozione nazionale ed internazionale che



hanno aderito allo studio, compilando i questionari somministrati in forma anonima.

Il raggiungimento del campione di riferimento è stato possibile grazie alla disponibilità di conoscenti, alla collaborazione di istituzioni scolastiche, consultori, aziende sanitarie locali e di équipe dei servizi sociali delle province di riferimento.

I protocolli pervenuti sono stati 26, dei quali 20 somministrati a bambini ed adolescenti e 6 ad adulti adottati da piccoli.

Lo studio è stato realizzato da quattro esperte, specialiste in psicoterapia cognitivo-comportamentale: Dott.ssa Alessandra Bisanti, Dott.ssa Nicoletta Conte, Dott.ssa Maria Grazia Mingolla, Dott.ssa Marta Morelli.

METODOLOGIE E ATTIVITÀ

Per disporre di resoconti dettagliati ed informazioni rilevanti per lo studio effettuato è stato ideato e somministrato un protocollo rivolto a bambini e genitori, composto da 11 domande aperte, destinate ai minori e 21 domande rivolte alle coppie.

Le principali aree tematiche indagate sono state quelle inerenti alle eventuali difficoltà incontrate dal minore durante l'inserimento nel nucleo familiare adottivo, alle difficoltà scolastiche (Disturbi dell'apprendimento, Deficit di attenzione e memorizzazione, problemi nell'interiorizzazione della lingua) e ai problemi psicoemotivi.

Dall'analisi dei risultati ottenuti è emerso che la maggiore età del minore al momento dell'adozione rappresenti un fattore di rischio per la comparsa di difficoltà psicoemotive, di problemi di adattamento al nuovo contesto familiare e alle sue regole.

Nello specifico, soggetti adottati con pratiche di adozione internazionale all'età di 5, 7, 11 e 12 anni riferiscono di aver avuto inizialmente lievi difficoltà nell'adattamento al nuovo contesto familiare e ai ritmi imposti da quest'ultimo che si sono appianate in breve tempo.

Inoltre, lo stesso gruppo considerato riferisce di aver avuto alcuni problemi nell'apprendimento

della lingua italiana che sono stati superati grazie all'ausilio di traduttori on-line e al supporto di insegnanti di sostegno.

Solo due soggetti del campione, che al momento dell'adozione avevano 14 anni, dichiarano di aver avuto difficoltà di attenzione e memorizzazione e raccontano di aver ricevuto uno scarso supporto da parte del corpo docente e del gruppo classe.

Tra i resoconti dei soggetti adulti, solo un elemento ha avuto difficoltà nell'inserimento all'interno del tessuto sociale della città che l'ha accolto a causa degli stereotipi e dei pregiudizi, legati alla diversa etnia e dettati in particolare dalla superficialità nel linguaggio e negli atteggiamenti usati nei suoi confronti.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Tenendo conto della difficoltà riscontrata nella composizione del campione, a causa dell'esiguo numero di soggetti adottati nella realtà territoriale presa in esame, il tempo di realizzazione del lavoro si è protratto per sei mesi, da maggio ad ottobre 2019.

RISULTATI

Come è già stato accennato, da un'analisi dettagliata del materiale reperito, il trend emerso nel corso dello studio è che l'età del bambino al momento dell'adozione rappresenti una variabile determinante per l'esito dell'integrazione del soggetto nel tessuto familiare e sociale di riferimento.

Difatti, tra le interviste analizzate, quelle dei soggetti adottati dai cinque anni in su riportano maggiori difficoltà nell'adattamento ai nuovi ritmi imposti dal nucleo adottivo e resistenze all'interno del contesto scolastico, dovute alla scarsa disponibilità da parte delle istituzioni e ai pregiudizi nei confronti del "nuovo".

L'altro aspetto degno di nota è che non vi siano differenze tra adozione nazionale ed internazionale rispetto all'esito del percorso adottivo perché le variabili che determinano la riuscita di tale iter sono altre, quali l'età del minore adottato,

l'atteggiamento del contesto ospitante e il supporto delle istituzioni. Poco importa, dunque, il paese di origine del minore. Il progetto, quindi, riconferma i risultati ottenuti da altri studi, effettuati su campione nazionale, in quanto ribadisce l'importanza della necessità di effettuare l'adozione sin dai primi anni di vita.

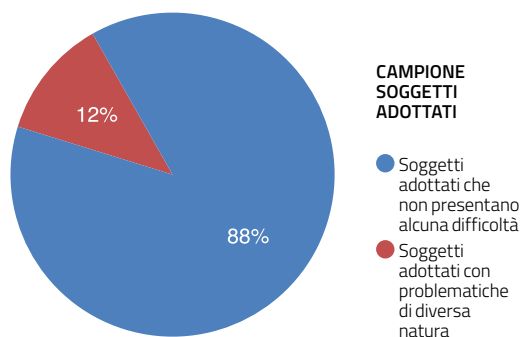
Inoltre dall'analisi delle interviste pervenute è emerso che quasi tutte le coppie di coniugi sono state sin da subito concordi nella scelta di adottare che, nella maggior parte dei casi, è avvenuta per problemi fisici e, solo in due casi, per volontà di allargare la famiglia.

I genitori dichiarano di essersi preparati a tale evento attraverso il supporto di assistenti sociali, associazioni e psicologi che li hanno aiutati a superare ansie ed apprensioni dovute alla scelta di grande responsabilità.

Tutte le famiglie adottive riportano di aver accolto il nuovo arrivato con grande gioia ed entusiasmo e di aver potuto contare su una valida rete familiare, composta da nonni e zii amorevoli e ben disposti verso il minore.

Difatti, i genitori intervistati dichiarano che l'inserimento del minore nel nucleo familiare allargato sia stato ottimo; solo per tre soggetti del campione si sono avute difficoltà nel contesto scolastico, dovute alle resistenze del gruppo classe nei confronti del "nuovo".

In tali casi, i genitori lamentano di non aver ricevuto alcun supporto da parte della scuola e delle istituzioni e di essersi dovuti adoperare da soli per superare le difficoltà relazionali insorte tra i minori adottati e i loro coetanei.



OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

L'adozione, ovvero l'istituto giuridico attraverso il quale è possibile dare una nuova famiglia ad un minore a cui manchi in via definitiva il sostegno da parte della famiglia di origine, rappresenta una scelta ammirevole da parte di coppie che sono impossibilitate ad avere un figlio biologico o che semplicemente vogliano compiere un atto d'amore.

Tuttavia, la scelta di accogliere nel proprio nucleo familiare un bambino che ha alle spalle un vissuto di abbandono e, in alcuni casi, di sofferenza e privazione materiale ed affettiva implica la necessità di un atto coscienzioso, altamente responsabile e rispettoso della dignità dell'adottando.

Il progetto effettuato dimostra che, in ogni caso, l'adozione manifesta molteplici connotazioni positive per i minori e per i nuclei ospitanti; pertanto la piccola percentuale del campione analizzato, in cui si sono riscontrate problematiche di vario tipo, dovute alla resistenza e ai pregiudizi da parte del tessuto scolastico e sociale di riferimento, non deve scoraggiare le coppie che vorrebbero intraprendere l'iter dell'adozione.

BIBLIOGRAFIA

- Galli, J., Viero, F., (2001). *Fallimenti adottivi*. Armando Editore. Roma.
- Lupo, C., Trionfi C., (2016). *La famiglia adottiva e il minore adottato. Riflessione sulla complessità e sugli esiti degli scenari adottivi*. Centro Studi Famiglia.

SITOGRAFIA

- Malaguti, A., (2016). *Quando l'adozione fallisce. Ogni tre giorni un bimbo viene restituito allo stato*. Marzo 2016. La Stampa.
from <https://www.lastampa.it/cronaca/2016/03/13/news/quando-l-adozione-fallisce-ogni-tre-giorni-un-bimbo-viene-restituito-allo-stato-1.36576220> [13 marzo 2013]
- Nicastro, A.L.P., (2019). *Il desiderio di un figlio:*



dalla ferita della sterilità alla scelta adottiva.

Aprile 2019. State of Mind: Il Giornale delle scienze psicologiche: Psicologia, Psicoterapia, Neuroscienze, Psichiatria, Divulgazione Scientifica On line.it from <https://www.stateofmind.it/2019/04/genitorialita-adozione> [23 aprile 2019]

- Pomi, S., Righi G., (2015). *Adozione, disturbi di personalità e fallimento adottivo*. Novembre 2015. State of Mind: Il Giornale delle scienze

psicologiche: Psicologia, Psicoterapia, Neuroscienze, Psichiatria, Divulgazione Scientifica On line.it

from <https://www.stateofmind.it/2015/11/adozione-disturbi-personalita> [27 novembre 2015].

- Vessella, S., *Il fenomeno del fallimento adottivo*. Giugno 2013. 8 e altro...non solo adozioni. from <http://www.8ealtro.it/files/19--IL-FENOMENO-DEL.pdf> [2 giugno 2013].





PROGETTO-INTERVENTO: RIABILITAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO IN PAZIENTI CON DISABILITÀ COMPLESSE

Giulio D'Aniello

Dirigente Psicologa Psicoterapeuta,
Servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione,
DSS3 Bitonto-Palo del Colle, ASL BA

Nicoletta Pagone

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia
Sistemico-Relazionale

Maria Anna Desantis

Psicologa, specializzanda
in Psicoterapia Cognitivo-
Comportamentale

Nicoletta Berardi

Dottoranda in Psicologia Clinica,
Tirocinante Psicologa

RIASSUNTO

Il presente lavoro intende illustrare un'esperienza di riabilitazione cognitiva svolta attraverso training di gruppo che coinvolge pazienti con malattie neurodegenerative e con cerebrolesioni acquisite, presso il servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione del Distretto Socio Sanitario 3 di Bitonto-Palo del Colle. Il training di gruppo, a differenza di quello individualizzato, permette la condivisione del compito, ma anche il confronto delle proprie esperienze e difficoltà, comportando dei risvolti positivi e a livello di performance e dal punto di vista relazionale.

Partendo dalla valutazione cognitiva di ciascun paziente e attraverso l'utilizzo di prove specifiche, atte a stimolare le capacità cognitive dei pazienti, i trainer hanno puntato alla compensazione dei deficit attivando circuiti ancora indenni. Necessario è risultato essere il coinvolgimento dei caregivers sia in una fase preliminare che finale con l'intento di riscrivere la storia relazionale al fine di riattivare il ruolo del paziente all'interno della propria famiglia.

L'obiettivo è quello di migliorare il livello complessivo di funzionamento del paziente e conseguentemente la qualità di vita della persona e della sua famiglia.

PAROLE CHIAVE

Riabilitazione Cognitiva, Training Cognitivo, Gruppo, Valutazione Neuropsicologica, Malattie Neurodegenerative, Cerebrolesioni.

PREMESSA

Il servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione definito "ex art. 26" nasce con la legge n. 833/78 nella quale vengono definiti i diritti all'assistenza sanitaria e i criteri con i quali deve essere assicurata ai cittadini la prestazione dei servizi di riabilitazione.

Ad esso afferiscono pazienti affetti da disabilità complesse di tipo fisico, psichico e sensoriale.

All'interno dei centri di riabilitazione ex art. 26 è presente, come da normativa, un'équipe multidisciplinare composta da figure mediche che garantiscono il coordinamento dell'équipe (neurologi e/o fisiatristi), assistenti sociali, psicologi, tecnici della riabilitazione (logopedisti, fisioterapisti). Si occupa della diagnosi, terapia e riabilitazione della disabilità conseguente a diverse malattie invalidanti, genetiche o acquisite, che comportano delle limitazioni nelle funzioni motorie, cognitive o emozionali. Tramite il lavoro di équipe viene implementato un progetto riabilitativo che coinvolge diverse figure professionali.



- **Assistente Sociale:** effettua un primo colloquio di accettazione del paziente per la conoscenza del caso e la eventuale presa in carico con apertura della cartella, elaborando già una prima analisi della domanda. Svolge un servizio di informazione e consulenza sulle leggi in materia, concorda con pazienti e familiari le visite specialistiche con il neurologo o il fisiatra di riferimento e lo psicologo; attiva, infine, interventi in rete con altre Istituzioni ed Enti.
- **Neurologo:** effettua visite specialistiche per la valutazione, diagnosi e trattamento di patologie cerebrali, spinali, nervose o muscolari, redigendo un Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI) a conclusione delle valutazioni dell'intera équipe multidisciplinare, fino alla presa in carico terapeutica. Effettua valutazioni a scadenza che permettono all'équipe di ottimizzare l'intervento fino al momento della dimissione.
- **Fisiatra:** effettua visite specialistiche per la valutazione, diagnosi e trattamento di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e del sistema nervoso, impostando un Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI) sul versante della riabilitazione motoria funzionale e sul piano della rieducazione posturale, a conclusione delle valutazioni dell'intera équipe multidisciplinare, fino alla presa in carico terapeutica. Effettua valutazioni a scadenza che permettono all'équipe di ottimizzare l'intervento fino al momento della dimissione, interfacciandosi con fisioterapisti e logopedisti per lo svolgimento del trattamento terapeutico e per il monitoraggio dello stesso.
- **Psicologo:** si occupa della valutazione e diagnosi delle competenze cognitive conservate e di quelle compromesse, al fine di progettare un trattamento riabilitativo mirato al recupero delle facoltà di tipo cognitivo e alla consapevolezza e all'accettazione degli esiti della malattia; effettua colloqui con pazienti e familiari sul carico gestionale della malattia, dal punto di vista emotivo, sociale e relazionale e cicli di psicoterapia di sostegno.
- **Fisioterapista:** attua interventi diretti alla

prevenzione, valutazione funzionale, cura e riabilitazione delle patologie o disfunzioni nelle aree della motricità e delle funzioni corticali superiori.

- **Logopedista:** professionista della rieducazione dei disturbi della voce, della parola, del linguaggio e della deglutizione; effettua una valutazione funzionale delle varie patologie dell'apparato fono-articolatorio.

CHE COS'È LA RIABILITAZIONE COGNITIVA

La riabilitazione cognitiva è un processo terapeutico rivolto a persone con deficit cognitivo e problematiche comportamentali, che ha lo scopo di ottenere il massimo grado di autonomia e migliorare il livello complessivo di funzionamento e la qualità di vita della persona e della sua famiglia (Mazzucchi, 1999; Wilson, 1997, 2002). Infatti una maggiore autonomia del paziente equivale per il caregiver ad un alleggerimento sia del carico di lavoro assistenziale, sia dello stress quotidiano ed affettivo (Passafiume e Di Giacomo, 2017).

La stimolazione cognitiva, che avviene durante la riabilitazione, favorisce il potenziamento cognitivo e un buon mantenimento della funzionalità mentale, inducendo la formazione di nuove vie neuronali e riducendone il declino (Breuil et al., 1994; Spector et al., 2003).

Il training cognitivo può essere definito come quella parte del processo riabilitativo che mira all'esercizio delle funzioni cognitive.

Esso è un processo terapeutico che include l'utilizzo di programmi molteplici e si basa su tre concetti cardine:

- plasticità cerebrale, ovvero la capacità del cervello di modificarsi e ristrutturarsi in risposta all'ambiente e a nuovi stimoli (Nordvik et al., 2014);
- ripetizione, cioè somministrare più volte la stessa tipologia di esercizi riguardo determinate abilità cognitive al fine di vicariare le abilità perse a causa della lesione e rinforzare quelle preservate (riorganizzazione funzionale);
- gradualità dei compiti e dei suggerimenti: la prima comporta la scelta di compiti da presentare al paziente a partire dalle sue capacità attuali

modulando man mano la difficoltà in base ai risultati ottenuti e agli scopi terapeutici; la seconda consiste nel ridurre i suggerimenti man mano che un'informazione viene appresa, o nell'aumentare i suggerimenti man mano che la malattia neurodegenerativa avanza.

Il training cognitivo, pertanto, coinvolge il paziente in maniera gradevole e rinforzante ed è caratterizzato da prove progettate per allenare processi cognitivi danneggiati o potenziare abilità residue risparmiate dalla lesione o dalla malattia neurodegenerativa. Si compone di compiti specifici per le capacità cognitive, più efficaci rispetto a compiti aspecifici come le attività di conversazione, trattamenti occupazionali o visione di video (Davis, Massman e Doody, 2001).

In ultimo, i training devono essere il più possibile ecologici attraverso l'utilizzo di esercizi i cui benefici possano essere generalizzati nei compiti della vita quotidiana.

ESPERIENZA SUL CAMPO

In tale articolo si fa riferimento ad un'esperienza sul campo, intesa come progetto-intervento, attivata presso il Servizio di Riabilitazione e Medicina Fisica del Distretto Socio-Sanitario n.3 di Bitonto-Palo del Colle ubicato presso l'ex Ospedale di Bitonto, dove accedono pazienti afferenti dal territorio di appartenenza.

Il progetto-intervento si basa su alcune fasi:

- la fase di pianificazione, che prevede la conoscenza dell'ambiente al fine di comprendere i bisogni sia del singolo (livello individuale) che del contesto organizzativo (livello microsistemico)
- l'azione, che si concretizza in una proposta di cambiamento;
- l'osservazione, attraverso cui si possono valutare i primi effetti sull'ambiente;
- la riflessione, per mezzo della quale si cerca di accompagnare gli individui in un processo di sviluppo delle competenze latenti e di analisi di eventuali nuove ipotesi per raggiungere un maggior benessere organizzativo (Lewin, 1946).

Nel corso degli anni di attività terapeutica psicologica si è evidenziata la richiesta, da parte dei pazienti e dei familiari in carico al nostro servizio, anche di una riabilitazione cognitiva, intesa come processo terapeutico, con il fine di:

- a) migliorare il livello complessivo di funzionamento e la qualità di vita della persona e della sua famiglia (Mazzucchi, 1999; Wilson, 1997, 2002);
- b) il rallentamento, o meglio il compenso del deficit attivando circuiti ancora indenni, del decorso inarrestabile della malattia nei pazienti con malattie neurodegenerative;
- c) il massimo grado di autonomia possibile.

Pertanto si è proceduto all'organizzazione di cicli di Training Cognitivo per piccoli gruppi, omogenei per le problematiche di tipo neurologico (cerebrolesioni acquisite da emorragie cerebrali, ictus ischemico, ischemie cerebrali, sindrome psicorganica, traumi cranici, malattie neurodegenerative, etc) e per QI, mentre eterogenei per età, il cui limite massimo è 60 anni.

La scelta di lavorare in gruppo è nata dalla necessità di migliorare l'efficienza della prestazione, ampliando l'offerta terapeutica a più pazienti contemporaneamente. La letteratura scientifica ha mostrato evidenze a favore di più cicli di trattamento all'interno di un anno, determinando una presa in carico per un periodo di tempo sempre maggiore. L'intervento in gruppo, pertanto, sembra poter rispondere alle richieste di più pazienti seguendoli per più cicli.

Inoltre il training di gruppo si è presentato come un momento importante per il confronto delle proprie esperienze di vita, che ha permesso ai pazienti di parlare di sé e dei propri vissuti relativi alla propria condizione di disabilità acquisita. Inoltre l'utilizzo di metodologie di lavoro di gruppo si sono rivelate efficaci nel migliorare il livello qualitativo delle performances. Infatti nella condivisione dei compiti con gli altri pazienti ciascuno si è scoperto competente a risolvere la prova proposta attraverso l'utilizzo delle capacità residue, sentendosi rassicurato e sostenuto nella interazione con gli altri (Passafiume e Di Giacomo, 2017). La potenza del gruppo a livello riabilitativo è caratterizzata dal fatto che lo scambio



con le altre persone, oltre a stimolare la partecipazione sociale, permette anche la presa di coscienza dei propri limiti e possibilità. Non è necessario che il paziente sia consapevole delle proprie difficoltà per intraprendere un trattamento riabilitativo: questa presa di coscienza può avvenire durante gli incontri sia attraverso il gruppo sia attraverso il riabilitatore.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali del training cognitivo sono stati:

- migliorare e supportare le capacità residue dei partecipanti mediante l'acquisizione e l'utilizzo di strategie cognitive funzionali alle richieste del contesto, al fine di mantenere le autonomie comportamentali nelle attività di vita quotidiana;
- consentire al soggetto, con cerebrolesione o con malattia neurodegenerativa, di vivere inserito nel contesto di appartenenza, svolgendo un ruolo attivo e autonomo delle azioni quotidiane oltre che di riconoscere, manifestare e provvedere ai propri bisogni e desideri, nonostante le manifestazioni di difficoltà cognitive e comportamentali;
- creare uno spazio di confronto di esperienze e vissuti emotivi tale da attivare un clima di accettazione delle difficoltà;
- creare una rete sociale attorno a ciascun individuo, la quale permette di ridurre l'isolamento sociale che spesso i pazienti vivono in seguito alla condizione fisica e cognitiva;
- migliorare il tono dell'umore spesso deflesso e stimolare una maggiore adesione al piano terapeutico proposto dall'équipe, che prevede l'assunzione regolare della terapia farmacologica, la frequenza alle sedute di fisioterapia e al training cognitivo.

METODOLOGIA

A tutti gli utenti, che hanno accettato di partecipare, sono stati somministrati in fase preliminare i seguenti test:

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) per la valutazione del funzionamento cognitivo di un individuo, in grado di rilevare sia aree nella norma

sia quelle deficitarie. Scopo del test non è solo misurare la quantità di intelligenza posseduta, ma le capacità prestazionali dei soggetti in quattro aree specifiche attraverso:

- **Indice di Comprensione Verbale (ICV):** misura le capacità del soggetto di formulare e di utilizzare i concetti verbali. Implica la capacità di ascoltare una richiesta, di recuperare informazioni precedentemente apprese, di pensare e, infine, di esprimere verbalmente la risposta;
 - **Indice di Ragionamento Visuo-Perceptivo (IRP):** misura il ragionamento non-verbale e il ragionamento fluido. Valuta, inoltre, la capacità del soggetto di esaminare un problema, di avvalersi delle proprie abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, di pianificare, di cercare delle soluzioni e, quindi, di valutarle;
 - **Indice di Memoria di Lavoro (IML):** valuta la capacità del soggetto di memorizzare nuove informazioni, di conservarle nella memoria a breve termine, di mantenere l'attenzione focalizzata e di manipolarle per arrivare a una soluzione;
 - **Indice di Velocità di Elaborazione (IVE)** misura la capacità del soggetto di focalizzare l'attenzione e di scansionare rapidamente gli stimoli;
- Esame Neuropsicologico Breve (ENB-2):* è un test di screening neuropsicologico rapido e di agile somministrazione che consente di ottenere una prima panoramica sul funzionamento cognitivo e permette di valutare eventuali approfondimenti successivi. Il test si compone di 15 strumenti:
- **Digit span:** una prova di memoria a breve termine in cui il paziente si cimenta nella ripetizione di sequenze di cifre progressivamente più lunghe.
 - **Trail making test A:** serve a valutare la capacità di ricerca visuo-spaziale e l'attenzione selettiva. Al paziente è richiesto di unire con una matita i numeri scritti sul foglio in ordine sparso.
 - **Trail making test B:** valuta l'attenzione e la memoria di lavoro attraverso una prova simile alla precedente, ma più complessa in quanto si richiede di unire in forma alternata numeri e lettere.

- Copia di disegno: prova utile a valutare la capacità di copia di un'immagine complessa.
- Memoria con interferenza: è una prova che valuta la memoria di lavoro attraverso la memorizzazione di triplette di lettere in concomitanza con un compito distraente.
- Test di astrazione: valuta la capacità di astrazione attraverso l'individuazione di termini che accomunano due concetti.
- Test dei gettoni: prova che misura la capacità di comprensione morfosintattica.
- Test di memoria di prosa e rievocazione immediata: misura l'apprendimento mnemonico verbale attraverso la memorizzazione di un breve racconto.
- Test di memoria di prosa e rievocazione differita: consiste nella rievocazione mnemonica della prova precedente a distanza di tempo.
- Test delle figure aggrovigliate: prova che valuta la capacità di riconoscimento visivo, di denominazione ed esplorazione spaziale e difficoltà esecutive attraverso l'identificazione di figure nascoste.
- Disegno spontaneo: prova che valuta le abilità prassiche e l'accesso alla rappresentazione visiva di un oggetto molto semplice attraverso il disegno.
- Test di fluency fonemica: valuta la capacità di accesso, di recupero lessicale e ricerca strategica attraverso la ripetizione di parole in un tempo limitato.
- Test delle stime cognitive: valuta le conoscenze sul mondo del paziente attraverso la sollecitazione di risposte approssimative.
- Prove prassiche: valutano la capacità di produrre gesti con e senza significato.
- Test dell'orologio: prova che valuta le abilità prassico-costruttive, di rappresentazione mentale e di abilità di pianificazione.

Beck Depression Inventory (BDI-II): è uno strumento di autovalutazione composto da 21 item a scelta multipla, è adatto per la misura della gravità della depressione in adulti e adolescenti di almeno 13 anni d'età, efficace nel discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a

pazienti psichiatrici non depressi. L'utilizzo dello strumento è consigliato per ottenere una misura della gravità dello stato depressivo, articolata nei suoi aspetti peculiari (sonno, appetito, suicidio, pessimismo, ecc.). Per lo stesso motivo non è invece indicato per individuare stati di lieve disforia su pazienti affetti da altre patologie.

Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL) per valutare le autonomie personali e sociali.

Caregiver Burden Inventory (CBI) è uno strumento di valutazione del carico assistenziale, elaborato per i caregiver, in grado di analizzarne l'aspetto multidimensionale.

Si tratta in sostanza di un questionario a risposta multipla da somministrare al caregiver principale, ossia il familiare che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato, al quale è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale. La compilazione del questionario è rapida, le domande sono di semplice comprensione e considerano cinque diverse dimensioni del carico assistenziale:

- carico oggettivo: stress causato dalla riduzione del tempo dedicato a se stessi;
- carico evolutivo: senso di fallimento delle proprie speranze ed aspettative;
- carico fisico: stress fisico e disturbi somatici;
- carico sociale: causato dal conflitto di ruolo fra il proprio lavoro e la famiglia;
- carico emozionale: imbarazzo o vergogna causati dal paziente.

Determinare in questo modo il livello e il tipo di *Burden* del caregiver, nonché la sua causa, è essenziale per valutare come intervenire al meglio dal punto di vista psicologico, sociale e farmacologico.

Tale valutazione ha permesso di identificare un livello base di abilità e di problematiche cognitive, il tono dell'umore, il funzionamento di ogni singolo paziente, risultando utile alla formazione di due gruppi differenti al loro interno, per sesso, età e diagnosi, destinati, quindi, a percorsi differenti di training cognitivo.



COMPOSIZIONE DEI GRUPPI

Il primo gruppo è composto da quattro pazienti con diagnosi di cerebrolesione acquisita da emorragia cerebrale, ictus ischemico e ischemia cerebrale, con sindrome psicorganica e quindi con un livello cognitivo al di sotto della norma. Ad oggi solo uno dei pazienti deambula in maniera autonoma, gli altri si spostano in carrozzina. Inoltre presentano compromissioni delle capacità motorie tali da comportare difficoltà nello svolgimento di prove prassiche o grafiche. Il tono dell'umore risulta deflesso nei pazienti pienamente consapevoli della propria condizione, e si associa alle peculiari caratteristiche personologiche di ciascuno che permettono di fronteggiare le difficoltà in modo diverso.

Il signor O. presenta intatte le capacità mnestiche e di ragionamento, mentre evidenzia neglect emisoma sinistro e difficoltà visive bioculari, con ridotte prestazioni attentive e di ricerca visuo-spaziale, lentezza ideomotora.

La signora F. si mostra capace nella memoria a lungo termine, comprensione verbale e ragionamento, mentre deficitarie appaiono le capacità mnestiche a breve termine, l'attenzione e ricerca visuo-spaziale, l'orientamento spazio-temporale.

La signora C. presenta come punto di forza le capacità di orientamento temporo-spaziale e quelle prassiche; maggiori difficoltà nelle capacità mnestiche e di attenzione visuo-spaziale.

Il signor G. risulta adeguato nelle abilità di orientamento temporo-spaziale e di comprensione verbale, mentre evidenzia problematicità nelle capacità di memoria, di attenzione, ricerca visuo-spaziale e nelle funzioni esecutive.

Il training si è caratterizzato per otto incontri a cadenza settimanale della durata di due ore circa. Il secondo gruppo è formato da tre pazienti affetti da malattie neurodegenerative ovvero Sclerosi Multipla e Corea di Huntington, con un livello cognitivo al limite della norma. Dal punto di vista motorio solo un paziente necessita di supporto durante la deambulazione, mentre gli altri due presentano lievi difficoltà di equilibrio. La rete

sociale in cui alcuni sono inseriti, permette di fronteggiare le difficoltà quotidiane e influisce positivamente sul tono dell'umore. Questo non accade in uno dei pazienti più giovani, in cui l'esordio precoce della malattia ha comportato un progressivo isolamento sociale e un conseguente impatto negativo sul tono dell'umore.

Il signor F. mantiene preservate le abilità di memoria a breve termine, di comprensione verbale, ragionamento, orientamento temporo-spaziale e abilità prassiche, mentre presenta delle difficoltà nelle aree relative alla memoria a lungo termine, attenzione e ricerca visuo-spaziale e funzioni esecutive.

Il signor G. mostra difficoltà nella memoria a breve termine e nelle funzioni esecutive.

La signora C. presenta difficoltà maggiori nelle capacità di memoria e nelle funzioni esecutive.

Il training ha previsto otto incontri bisettimanali della durata di due ore circa.

SVOLGIMENTO

Gli incontri si sono svolti nei locali del nostro Servizio, in un'ala meno frequentata sia dagli utenti che dagli operatori, al fine di garantire un alto grado di concentrazione da parte dei partecipanti. Alcuni pazienti hanno raggiunto la nostra sede in autonomia, altri sono stati accompagnati da caregivers o assistenti, altri invece hanno usufruito del servizio di trasporto.

Il materiale utilizzato è composto da fogli con le prove da proporre, penne e colori, cartelline per raccogliere il materiale utilizzato e completato da ciascun partecipante.

All'inizio di ciascun incontro tutti i partecipanti, insieme ai trainer, hanno raggiunto la stanza, preso posto e messo in atto una narrazione di emozioni e vissuti avvenuti nelle giornate precedenti. Successivamente i partecipanti con le cartelline personali e con l'aiuto delle schede completate, hanno rievocato i compiti svolti durante l'ultimo incontro. Dopo questa prima fase, sono state fornite le nuove schede e i pazienti hanno apposto nome e data sul proprio materiale.

Le prove hanno costituito la base di partenza per

il lavoro di riflessione metacognitiva attivato da ciascun paziente attraverso l'interazione con il trainer, inteso come mediatore che non dà risposte ma indirizza e orienta sull'analisi dei processi di pensiero messi in atto durante la risoluzione del problema. La riflessione metacognitiva ha permesso: la lettura attenta e la decodifica delle consegne, la definizione del problema, la ricerca dei dati rilevanti, l'analisi delle strategie di soluzione e delle difficoltà incontrate, l'analisi dell'errore come fonte di apprendimento e la trasposizione degli apprendimenti in altri contesti. Partendo dal livello base delle abilità possedute dai singoli pazienti, le prove somministrate hanno avuto difficoltà crescente nel corso degli incontri.

Le schede sono state estrapolate da diversi manuali:

Demenza. 100 esercizi di stimolazione cognitiva di Bergamaschi, Iannizzi, Mondini e Mapelli, 2008;
Il training cognitivo per le demenze e le celebrazioni acquisite. Guida pratica per la riabilitazione di Bergamaschi, Iannizzi, Mondini e Mapelli, 2015;
Una palestra per la mente di Gollin, Ferrari e Peruzzi, 2007;
Una palestra per la mente 2 di Gollin, Ferrari e Peruzzi, 2010.

Si sono utilizzate, inoltre, fotografie, musica significativa, cartine geografiche e toponomastiche, etc..

Gli esercizi specifici per stimolare le singole funzioni cognitive hanno riguardato:

Orientamento spazio-temporale (Fig.1):

- Orientamento temporale (stagioni, giorno/mese/anno corrente, orologio);
- Orientamento spaziale (posizioni nello spazio).

Attenzione (Fig.2):

- Ricerca visuo-spaziale (figure aggrovigliate, riconoscimento di dettagli, trovare le differenze, individuazione degli oggetti presenti nell'immagine, ricerca parole e lettere);
- Attenzione uditiva (conteggio di parole, lettere, numeri e oggetti).

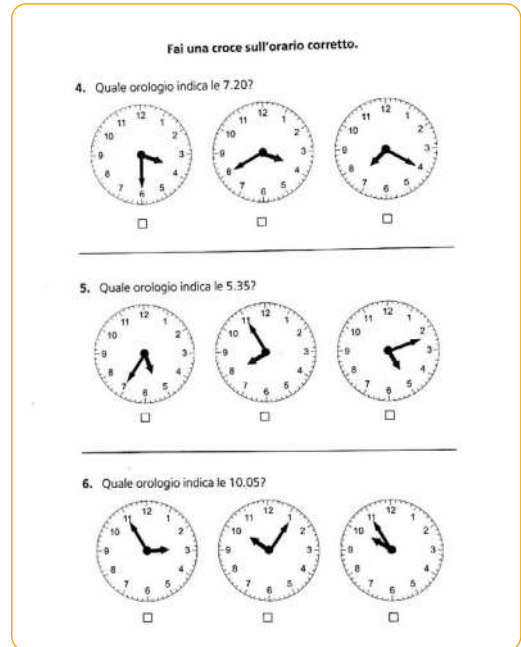


Fig.1 - Orientamento spazio-temporale

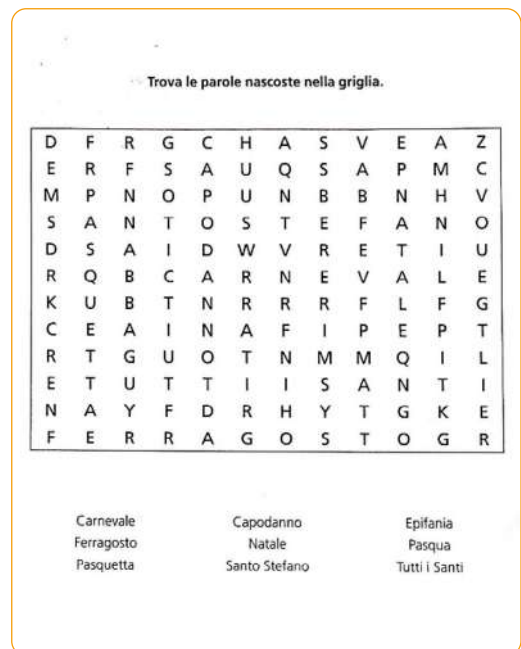


Fig.2 - Attenzione



Guarda attentamente la figura e, dopo averla coperta, copiala nello spazio sotto la linea.

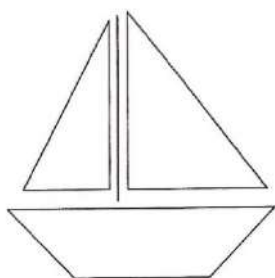


Fig.3 - Memoria

Riordinare le seguenti frasi nell'ordine corretto trascrivendole negli spazi bianchi numerati:

1. Ho perso l'autobus
2. Il mio capo mi ha rimproverato
3. Sono arrivato tardi al lavoro
4. Non ho sentito la sveglia
5. Sono andato a letto tardi

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Fig.5 - Funzioni esecutive

Scrivi la categoria a cui appartengono le seguenti parole e trova le due parole intruse.

1. viola rosso roseto verde giallo vigneto

Sono tutti _____ tranne _____

2. Anna Cecilia Mario Franco Elena Daniela

Sono tutti _____ tranne _____

3. sedia armadio sapone divano tavolo libro

Sono tutti _____ tranne _____

4. maestra penna matita studente stilografica pennarello

Sono tutti _____ tranne _____

5. pantaloni cravatta pettine camicia specchio gonna

Sono tutti _____ tranne _____

6. pero albicocca pesco ciliegio melo arancia

Sono tutti _____ tranne _____

Fig.4 - Linguaggio

Memoria (Fig.3):

- Rievocazione seriale di parole, numeri e figure;
- Rievocazioni di brevi racconti (memoria di prosa);
- Memoria emozionale (ascolto e riconoscimento di canzoni).

Linguaggio (Fig.4):

- Compiti di fluenza fonologica e semantica;
- Denominazione;
- Comprensione di informazioni orali e scritte;
- Esercizi di lettura e scrittura;
- Individuazione di categorie semantiche;
- Completamento di proverbi e frasi.

Funzioni esecutive (Fig.5):

- Compiti go/no go;
- Riordinamento di storie o sequenze;
- Cruciverba;
- Stime cognitive;
- Completamento di matrici.

Nel primo gruppo è stato necessario fornire in itinere delle strategie per affrontare i compiti più complessi; i partecipanti al secondo gruppo, invece, dopo suggerimenti iniziali, hanno attinto con più facilità alla propria riserva cognitiva (Stern, 2002, 2009, 2012) per mettere in atto personali strategie.

Con il procedere degli incontri e della conseguente acquisizione di strategie per la comprensione delle consegne e per la risoluzione delle prove, si è incrementata la difficoltà degli esercizi e sono stati ridotti i suggerimenti da parte del trainer.

RIFLESSIONI

Da questi primi cicli di training di gruppo, impostati sui principi di gradualità e ripetizione, si è potuto constatare il miglioramento di alcune abilità cognitive, da consolidare con cicli di training successivi.

Le due situazioni di training hanno evidenziato un buon livello di motivazione e di partecipazione attiva. Entrambe si sono rese possibili grazie anche alle relazioni personali che si sono create tra i partecipanti e alla presenza di personalità con caratteristiche di leadership.

Inoltre, i gruppi hanno funzionato come una forma di auto-mutuo aiuto, consentendo lo scambio delle proprie esperienze e il confronto tra i vari partecipanti. Infatti, a volte è stato importante strutturare degli spazi, durante gli incontri, per assecondare il forte desiderio di condivisione di esperienze traumatiche determinando dinamiche affettive.

Questi aspetti risultano rilevanti in quanto molti dei pazienti vivono un crescente isolamento sociale dovuto sia ai cambiamenti fisici e cognitivi sia a una percezione di una limitata proponibilità sociale, legata alla perdita di un corpo funzionante ed esteticamente piacevole.

È importante sottolineare anche che la patologia non coinvolge solo la persona colpita ma tutta la famiglia, con gravi ricadute sull'aspetto emozionale ed anche economico. Pertanto, sono stati coinvolti anche i parenti dei pazienti più compromessi dal punto di vista cognitivo, sia in una fase

preliminare che finale.

Nella fase preliminare, dopo aver incontrato individualmente i caregivers, sono stati esposti gli obiettivi e le caratteristiche del Training Cognitivo; nella fase finale, invece, si è pensato di incontrare i caregivers in gruppo.

Gli obiettivi sono stati quelli di informare i familiari dei progressi raggiunti durante il Training Cognitivo, al fine di coinvolgerli in tale processo, suggerendo modalità per il mantenimento dei risultati raggiunti, per esempio coinvolgendo il più possibile i pazienti stessi, in attività quotidiane per loro praticabili. Inoltre i caregivers hanno potuto condividere le proprie difficoltà e le osservazioni inerenti tale esperienza.

Tutti i familiari hanno descritto l'esperienza del Training Cognitivo per i loro cari come un momento estremamente positivo, riportando una grande motivazione alla partecipazione agli incontri, un particolare impegno nello svolgimento degli esercizi assegnati per casa e infine l'importanza che i pazienti hanno dato alle relazioni costitutesi in tale esperienza. Tutti i familiari, infine, hanno riferito un notevole miglioramento del tono dell'umore e nello stesso tempo preoccupazione per la fine degli incontri, che inevitabilmente potrebbe determinare un ritorno all'isolamento sociale e quindi ad una deflessione e della motivazione e del tono dell'umore.

Tale spazio di riflessione ha consentito ai caregivers di confrontarsi sulle difficoltà quotidiane che affrontano nel gestire i propri cari, evidenziando come sia cambiato il loro modo di vedere il proprio parente. Tutti hanno riportato come il modo di rapportarsi sia stato inevitabilmente cambiato dall'evento traumatico, elicitando un'immagine diversa del proprio familiare "interrotta" e poi "riaggiustata sul deficit".

Pertanto il proprio caro viene vissuto come una persona sì bisognosa di cure e di maggiori attenzioni, ma non più protagonista attivo nelle scelte inerenti la vita familiare, né più come partner di coppia o come genitore.

Si è pertanto resa necessaria una riflessione sulla nuova condizione di vita del paziente e dello



spazio relazionale intorno ad esso, sulla capacità di poter prendere parte ad alcune decisioni che lo riguardano e di conservare, seppur modificato, il proprio ruolo all'interno della famiglia. Si è sostenuta l'idea di creare momenti al di fuori del contesto istituzionale o di associazioni onlus, seppur evidenziando le difficoltà di tali iniziative.

CONSIDERAZIONI FINALI

Tale esperienza ha permesso di raggiungere alcuni degli obiettivi prefissati:

- il mantenimento, l'allenamento delle abilità residue risparmiate dalla lesione o dalla malattia neurodegenerativa e l'allenamento dei processi cognitivi danneggiati;
- una maggiore compliance al Piano Riabilitativo elaborato dall'équipe multidisciplinare;
- una maggiore socializzazione tra i pazienti, intesa come supporto sociale o "sostegno emotivo" permessa appunto dal lavoro in gruppo. Ciò ha consentito ai pazienti il confronto delle proprie difficoltà vissute quotidianamente e la presa di coscienza dei propri limiti, ma soprattutto delle proprie possibilità;
- la riduzione dell'isolamento sociale che coinvolge molti dei pazienti in carico al nostro Servizio;
- il miglioramento del tono dell'umore, che ha determinato una maggiore fiducia nelle proprie capacità residue e ha consentito loro di aiutarsi l'un l'altro, diventando protagonisti sempre più attivi nella dinamica del gruppo;
- un cambiamento del clima emotivo all'interno del reparto tra gli operatori coinvolti a diversi

livelli (OSS, Ausiliari) e i pazienti stessi.

Non si possono ovviamente tralasciare alcuni limiti legati alle caratteristiche della composizione dei gruppi come la differenza di età e di status professionale tra i partecipanti, che può aver determinato una certa gerarchia nei ruoli e talvolta il disagio legato all'esposizione delle proprie difficoltà.

Inoltre il numero di incontri per i caregivers, che necessitano di maggiori spazi di riflessione sulle problematiche quotidiane che emergono dalla cura del proprio caro, sui vissuti di stanchezza e di ineluttabilità della loro nuova condizione di vita e sull'elaborazione della perdita identitaria del parente, con l'obiettivo di sviluppare una più realistica visione del familiare, valorizzandolo e percependolo meno dipendente e bisognoso di cure. Per il futuro riteniamo di continuare tale percorso, cercando di arricchire l'offerta terapeutica grazie anche ai feedback e ai consigli offerti dai pazienti e dai familiari.

Sentiamo, inoltre, doveroso ringraziare tutti i pazienti e i familiari, gli operatori coinvolti a vari livelli, per la disponibilità e la fiducia riposta in noi. E in particolare la Dott.ssa Daniela Minerva, Dirigente Medico Neurologo che ha sostenuto con molta determinazione e passione tale iniziativa e che pazientemente ne ha seguito lo sviluppo.

«UMUNTU NGUMUNTU NGABANTU»

«IO SONO CIÒ CHE SONO

PER MERITO DI CIÒ CHE TUTTI SIAMO»



BIBLIOGRAFIA

- Bergamaschi, S., Iannizzi, P., Mondini, S., & Mapelli, D. (2008). *Demenza. 100 esercizi di stimolazione cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bergamaschi, S., Iannizzi, P., Mondini, S., & Mapelli, D. (2015). *Il training cognitivo per le demenze e le cerebrolesioni acquisite. Guida pratica per la riabilitazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A., et al. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217.
- Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. New York: Basic Books.
- Davis, R., Massman, P., & Doody, R. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer's disease: A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15, 1-9.
- De Franceschi, E. (2017). *La valutazione neuropsicologica. L'Esame Neuropsicologico Breve ENB-2*. Retrieved October, 17, 2019 from www.psicoaosta.com/la-valutazione-neuropsicologica/
- Fiore, F. (2016). *WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale-Introduzione alla psicologia*. Retrieved October, 17, 2019 from www.stateofmind.it/2016/04/wais-wechsler-adult-intelligence-scale/
- Giunti Psychometrics. *Beck Depression Inventory-II*. (n.d.). Retrieved October, 17, 2019 from new.giuntios.it/catalogo/test/bdi-ii
- Gollin, D., Ferrari, A., & Peruzzi, A. (2007). *Una palestra per la mente*. Erikson
- Gollin, D., Ferrari, A., & Peruzzi, A. (2010). *Una palestra per la mente 2*. Erikson
- Leonardo.itMoney. *Burden Inventory del caregiver*. (n.d.). Retrieved October, 17, 2019 from <https://economia.leonardo.it/burden-inventory-del-caregiver-punteggio-e-validazione-italia/>
- Mazzucchi, A. (1999). *La riabilitazione neuropsicologica*. Milano: Masson.
- Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna. (2007). *La stimolazione cognitiva per il benessere della persona con demenza. Linee di intervento*. Ravenna: Author
- Nordvik, J., Wallea, K., Nyberg, C., Fjell, A., Walhovd, K., Westlye, L., et al. (2014). Bridging the gap between clinical neuroscience and cognitive rehabilitation: The role of cognitive training, models of neuroplasticity and advanced neuroimaging in future brain injury rehabilitation. *Neurorehabilitation*, 34, 81-85.
- Passafiume, D. (Ed.). (2017). *La Demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*. Milano: Franco Angeli.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Speltini, G., & Palmonari, A. (1999). *I gruppi sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11, 1006-1012.
- Wilson, B. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 5, 487-496.
- Wilson, B. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 12, 2, 97-110.



INTERVENTI DI ATTIVITÀ E TERAPIE ASSISTITE DA ANIMALI IN RSA PER ANZIANI

Valentina Accoto
Psicologo, operatore in pet therapy

PAROLE CHIAVE

Pet Therapy, Anziani, RSA.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI PET THERAPY "UN CANE PER SORRIDERE ANCORA" NELL'ISTI- TUTO ROMANO DI SAN MICHELE

Il progetto "UN CANE PER SORRIDERE ANCORA" è stato realizzato a Roma e finanziato dall'Associazione "Campionato AIC della Solidarietà - ONLUS" - Associazione Italiana Calciatori presso l'Istituto Romano di San Michele, una delle più grandi Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani di Roma.

Dopo alcune sedute con il personale sanitario della struttura i soggetti coinvolti nelle terapie a mediazione animale, sono stati suddivisi in due gruppi, omogenei per fasce di età e quadro clinico, come di seguito riportato: a) gruppo di fisioterapia e b) gruppo di socializzazione. L'inclusione definitiva dei soggetti nei vari gruppi è seguita ad alcune sedute di familiarizzazione con i cani a seguito delle quali sono stati esclusi quei soggetti che non si trovavano a loro agio nell'interazione con il cane.

Prima dell'inizio della terapia, a tutti i soggetti coinvolti è stato richiesto il consenso informato previa informativa sulla sperimentazione e richiesta del trattamento dei dati personali.

Lo staff dell'Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali (ANUCSS Onlus), da sempre costituito da coppie Conduttori-Cani da terapia e specialisti esperti in Pet therapy (psicologi, educatori professionali, veterinario, assistente sociale, ecc.),



si è occupato di programmare e realizzare gli interventi di terapie assistite con l'animale. L'associazione ha una decennale esperienza nel settore delle attività e terapie a mediazione animale ed ha già effettuato precedenti esperienze e interventi in case di riposo. Le sedute di trattamento riabilitativo e ludico-ricreativo-socializzante con il cane (TAA), della durata di 2 ore ciascuna, sono state videoregistrate e hanno avuto frequenza settimanale.

Gli animali coinvolti nelle terapie sono stati sottoposti periodicamente a controlli finalizzati a tutelarne il benessere e a monitorare l'assenza di stress.

DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA D'INTERVENTO EFFETTUATO © METODO INTEGRATO ANUCSS

Il Modello Integrato dell'Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali (ANUCSS onlus) è caratterizzato da:

- a)** una prassi che fa riferimento a teorie psicologiche integrate;
- b)** una progettazione e una realizzazione degli interventi operata da un'équipe multidisciplinare integrata, costituita da professionisti tutti specializzati e formati in attività e terapie a mediazione animale;
- c)** un protocollo d'intervento strutturato;
- d)** una ricerca sperimentale finalizzata alla valutazione delle terapie sia in termini di *processo* che in termini di *esito*.

TEORIE PSICOLOGICHE DI RIFERIMENTO

Le attività e le terapie con la mediazione degli animali si sono sviluppate a partire da approcci di tipo empirico e sono realizzate a tutt'oggi ponendo grande attenzione in particolare al livello comportamentale, mancando, spesso, di un modello unitario. Nella ricerca di una maggiore coerenza e al fine di rendere più stabili i cambiamenti, si è sentita la necessità di integrarlo con un modello esplicativo dell'uomo che consenta di intervenire sui contenuti emotivi e cognitivi e con un modello esplicativo delle modalità con cui gli esseri umani comunicano ed entrano in relazione tra loro e con altri esseri viventi appartenenti a specie differenti.

Da queste riflessioni nasce il modello teorico integrato di riferimento all'interno del quale nascono e si realizzano gli interventi condotti dall'ANUCSS; in particolare il modello integrato ANUCSS integra i fondamenti della psicologia umanistico-esistenziale (in particolare della psicoterapia della *gestalt*), con le teorizzazioni di Bowlby sull'importanza dell'attaccamento e sul concetto di "base sicura", con le molteplici tecniche messe a disposizione dalla psicologia cognitivo-comportamentale, con i principi della zooantropologia e dell'approccio etologico.

LAVORO D'EQUIPE

Il *modello integrato* ANUCSS prevede una équipe "multidisciplinare" e "integrata", ovvero la collaborazione tra molteplici figure professionali (sia inerenti la sfera umana che quella animale), tutti specializzati in Attività e Terapie con Animali, che attraverso un confronto e uno scambio continuo mettono in comune le specifiche competenze al fine di realizzare un intervento multidimensionale. Attraverso questo intenso lavoro d'équipe è possibile produrre risultati e metodologie d'intervento qualitativamente migliori e quantitativamente superiori e sostanzialmente diversi rispetto a quanto potrebbe ottenersi seguendo altre procedure.

PROTOCOLLO D'INTERVENTO STRUTTURATO

Il protocollo d'intervento rappresenta il piano attraverso il quale possiamo raggiungere gli obiettivi fissati (che sono parte integrante del protocollo) attraverso

una serie di *step* predefiniti che comprendono:

1. *analisi del territorio* (quanto dista la struttura, ambienti dove è possibile svolgere gli incontri con l'animale, composizione del personale, tempi delle varie fasi della vita giornaliera degli ospiti, ecc.);
2. *stesura profilo utenti* (colloqui con il referente del personale della struttura, visione eventuale delle cartelle cliniche, osservazioni in vivo degli utenti prima dell'incontro con il cane e durante il primo approccio, ecc.);
3. *selezione degli utenti da coinvolgere negli incontri con l'animale*;
4. *formulazione degli obiettivi generali* (plausibili e auspicabili in base alle caratteristiche dell'utenza e della strutturazione del *setting*);
5. *definizione dei tempi di svolgimento dell'intervento* (frequenza e durata degli incontri);
6. *costituzione del team operativo interno* (che deve prevedere la coppia conduttore-cane e il terapeuta esperto ATA per la mediazione con l'utente);
7. *costituzione del team operativo esterno* (selezionare le figure della struttura che saranno utili nel *setting* e nella realizzazione del progetto);
8. prevedere almeno un *incontro informativo* sul progetto che si andrà a realizzare (per presentare l'associazione e informare il personale della struttura sul tipo di lavoro e le sue finalità);
9. *visita ed eventuale sistemazione del setting* (gli spazi dovranno preventivamente essere noti ai cani impiegati nel progetto e dovrà essere valutata la sicurezza e l'idoneità dell'arredo al fine del corretto svolgimento delle sessioni);
10. *definizione a grandi linee di quali attività* dovranno essere proposte dalla coppia conduttore-cane agli utenti al fine di realizzare gli obiettivi prefissati;
11. *definizione degli ausili per il monitoraggio* delle singole sessioni (videoripresa, griglia strutturata, ecc.);
12. *cadenza mensile di incontri di supervisione del personale e/o riunioni di programmazione interne e/o con il personale della struttura*;
13. *definizione della metodologia di ricerca per la valutazione del processo e degli esiti dell'intervento* (test standardizzati, griglie d'osservazione, esami per i



parametri fisiologici, ecc.);

14. *analisi ed elaborazione dei dati;*

15. *chiusura e restituzione con gli utenti;*

16. *chiusura e restituzione con la struttura.*

FINI E OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

Facendo riferimento al progetto di ricerca presentato, abbiamo fissato due obiettivi generali:

Gruppo A: favorire l'adesione dell'utente al percorso di fisioterapia

Gruppo B: favorire la socializzazione tra utenti

Per realizzare il progetto abbiamo seguito tutti gli *step* previsti dal protocollo d'intervento (vedi sopra) e in particolare andremo qui a descrivere le modalità d'intervento della coppia conduttore-cane che sono state adottate, secondo la ns. metodologia di lavoro, in *setting* strutturati con utenti anziani residenti in RSA. Nella strutturazione di un intervento il conduttore dell'animale dovrà in particolare considerare due dimensioni: il primo approccio e lo svolgimento dell'intervento.

IL PRIMO APPROCCIO

Definiamo "primo approccio" il primo contatto tra cane e utente, riferendoci sia al primo incontro che l'anziano ha con l'animale sia alla fase iniziale di ogni intervento successivo; è un momento molto importante in quanto anche in base al tipo di patologia presentata, può divenire difficile per l'utente memorizzare quanto fatto negli incontri precedenti o addirittura in alcuni casi ricordarsi di noi e/o del nostro animale. Per fare in modo che questa prima interazione avvenga in modo funzionale dovremo:

- Conoscere il profilo dell'utente (aggressività, paure, comportamenti particolari, sintomatologia presentata).
- Valutare il *setting* nel quale dovremmo lavorare (all'aperto o in luogo chiuso, le dimensioni, l'arredamento, ecc.).
- Considerare il numero di utenti.
- Acquisire tutte le altre informazioni che ci potranno essere utili.

Nell'incontrare l'anziano è necessaria la massima cura e delicatezza in quanto questa tipologia di utenza potrebbe essere caratterizzata da una serie di

compromissioni nel funzionamento sia a livello fisico (problematiche legate alla vista ed all'udito, ecc.) che psicologico (demenza senile, Alzheimer, morbo di Parkinson, ecc.).

È infatti preferibile prediligere un avvicinamento lento, in posizione frontale e leggermente laterale, per stabilire prima un contatto visivo; ponendo il cane in posizione più bassa rispetto al viso dell'utente e lasciandolo per qualche istante in posizione di "seduto" si ha la possibilità di valutare l'interesse, la disponibilità, la confidenza o il timore dell'anziano nei confronti dell'animale; successivamente è possibile stabilire anche un contatto verbale con l'utente chiedendo apertamente il permesso di avvicinarci con il cane.

In questa fase è molto importante tenere il nostro cane sotto controllo e il più possibile tranquillo, rassicurandolo se necessario, cercando di non tenerlo in una situazione di costrizione ma piuttosto favorendone il rilassamento.

SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO

Nell'esecuzione dell'intervento risulta importante seguire sempre un percorso coerente e strutturato che ci permetta di svolgere in maniera consecutiva le diverse attività che andremo a proporre, in modo da facilitarne la memorizzazione da parte dell'utente; nello specifico la nostra metodologia prevede quattro fasi principali:

- 1.** fase di incontro con il cane (primo approccio),
- 2.** fase d'attività: lavoro con il cane, gioco con il cane,
- 3.** fase d'accudimento del cane,
- 4.** fase di chiusura.

Gli animali utilizzati sono soprattutto cani adulti di razza golden retriever appositamente addestrati e periodicamente controllati dal punto di vista veterinario. La scelta di questa razza è motivata dal fatto che si tratta di cani di media taglia, dotati delle caratteristiche ideali per questo genere di attività: elevata capacità di apprendimento, ubbidienza, socievolezza, affettuosità, pazienza; dote quest'ultima assolutamente indispensabile, considerando la non remota possibilità di "dispetti" o atteggiamenti negativi da parte dei soggetti dementi istituzionalizzati. Per ogni seduta viene condotto in Istituto più di un animale

alla volta, poiché solitamente il cane dà segni di stanchezza dopo circa mezz'ora di lavoro e necessita di essere sostituito. Generalmente ad ogni istruttore è affidata la gestione di un unico cane per volta. Alle attività partecipa anche il personale dell'Istituto: fisioterapista, animatore, infermiere, ausiliario, medico. All'interno delle diverse fasi sono proposte all'utente varie attività in interazione con il cane, attraverso le quali potranno essere perseguiti gli obiettivi previsti dal progetto; la specifica tipologia delle attività proposte dipenderanno dalle specificità della coppia conduttore-cane, dalle capacità performative dell'animale impiegato e dal grado di preparazione dello stesso.

A seconda degli obiettivi (socializzazione o supporto alla fisioterapia) e/o della presenza o meno del fisioterapista, lo stesso tipo di attività proposta potrà essere gestita in maniera diversa, accentuando maggiormente l'aspetto relazionale o maggiormente l'aspetto gestuale d'esecuzione in base appunto agli obiettivi prefissati; nello specifico l'attività di spazzolare o accarezzare l'animale potrà essere eseguita sia in maniera strutturata come attività riabilitativa, che in maniera spontanea come accudimento nella socializzazione.

- *Tipologie d'attività proponibili con utente anziano nella fase di lavoro con il cane:*
accarezzare/spazzolare, camminare, esercizi di riporto, percorsi attrezzati, mettere e togliere i guinzagli, sciogliere e riannodare il fazzoletto, lanciare la pallina o un pupazzo, giocare con il cane.
- *Tipologie d'attività proponibili con utente anziano nella fase di accudimento del cane:*
spazzolare il cane, accarezzare il cane, interagire con il cane, dar da mangiare al cane, dar da bere al cane, parlare del cane.
- *La fase di chiusura:*
diviene estremamente importante la fase finale nella quale avviene la conclusione di un intervento, soprattutto per lasciare l'utente con un ricordo piacevole dell'incontro; quindi nel congedarsi è importante dare il tempo all'utente di salutare il cane con una carezza, un abbraccio o un bacio, oppure di farsi accompagnare fino alla porta dal cane o viceversa accompagnare il cane e

l'operatore fino all'uscita.

Dopo che il cane sarà andato via dalla visuale dell'utente, il terapeuta provvederà a distribuire le "salviettine umidificate": rispettare le norme igieniche proponendo la detersione delle mani, può diventare anche un modo di cadenzare la chiusura dell'intervento, anche nei casi in cui può esserci difficoltà di distacco dal cane da parte dell'utente.

RISULTATI

Gruppo A (fisioterapia): sulla base delle osservazioni videoriprese e dell'analisi della letteratura rilevante è stato elaborato un etogramma per la valutazione dell'interazione uomo-animale. I risultati ottenuti mostrano come il cane, integrato nel percorso di fisioterapia, abbia motivato i pazienti a sottoporsi agli esercizi in palestra (parallele, percorsi attrezzati...), trasformando un momento vissuto svogliatamente e con fatica, in un'attività piacevole e stimolante. Tutti i residenti erano contenti e curiosi di partecipare al progetto e di interagire con i cani.

Le attività quotidiane, spesso condotte senza entusiasmo o addirittura con noia, sono state illuminate dal lato ludico-ricreativo delle nostre terapie. La presenza dei cani è stata estremamente motivante, in quanto li ha aiutati a trovare la forza di lasciare le loro stanze e di andare in palestra. Durante la terapia, il cane è stato un positivo stimolo a camminare o a muoversi ed ha permesso ai soggetti di non prestare troppa attenzione alle loro difficoltà e ai loro handicap. L'animale è stato utilizzato per trattamenti individuali della durata di 15-20 minuti, durante i quali il paziente veniva invitato, sotto la guida del terapeuta, a compiere azioni finalizzate sul cane (accarezzare, spazzolare, cingere o sciogliere il collare, porgere al cane piccoli oggetti o biscotti, deambulare tenendo il cane al guinzaglio, ecc.). Questo insieme alla reazione partecipe del cane, ha reso possibile l'attività anche sui soggetti più demotivati. Inoltre l'apprezzamento di alcune caratteristiche fisiche dell'animale (morbidezza del pelo, calore, atti respiratori, ecc.) è sembrato un buono stimolo nei pazienti con deficit neurologici della sensibilità (questa attività veniva condotta con la partecipazione del fisioterapista e del nostro conduttore). Gli anziani traevano piacere e divertimento



nell'interazione con l'animale, sia durante le attività di gioco con il cane, come il lancio-riporto della pallina e il nascondino, che in quelle maggiormente orientate all'accudimento. Anche gli operatori, tra i vari tipi di interazione, incoraggiavano i partecipanti a nutrire i cani e a spazzolarli lentamente. Questo, insieme al lancio della palla, è stata un'attività particolarmente importante, soprattutto per coloro che avevano difficoltà a muovere le braccia o le mani, in quanto ha stimolato questi pazienti anche fisicamente. In linea generale si sono avuti miglioramenti fisici nell'andatura, nel tono muscolare e nelle capacità coordinative.

Gruppo B (socializzazione): nei gruppi di socializzazione, le attività con il cane hanno riscosso un'altissima partecipazione al punto di rendersi necessario, in alcune occasioni, un intervento da parte degli operatori della struttura per limitare la partecipazione solamente al gruppo degli utenti selezionati per il progetto. Con la maggioranza dei ricoverati che dimostrano di apprezzare la compagnia del cane la AAA viene condotta allo scopo di favorire la socializzazione, il rilassamento, di stimolare la conversazione, di mantenere l'attenzione e di ridurre il senso di noia e di abbandono. La presenza del cane durante i momenti di vita sociale ha facilitato l'attività di relazione, fungendo da catalizzatore dei rapporti interpersonali. Il cane veniva condotto nel soggiorno dell'Istituto dove erano presenti 10-12 pazienti e veniva messo a contatto con ogni ricoverato per qualche minuto (sempre sotto il controllo dell'istruttore). Durante questo tempo il paziente veniva invitato ad accarezzare il cane, a chiamarlo per nome, a impartirgli ordini semplici. Il paziente inoltre veniva stimolato a riferire ricordi di passate esperienze con animali. In tal modo viene incentivata la conversazione, sia con il personale e l'istruttore, sia tra i ricoverati stessi. In questo contesto non sono rari i piccoli tentativi di prevaricazione per mantenere più a lungo la compagnia dell'animale. La partecipazione a questa attività era molto intensa e gioiosa. Anche ricoverati che inizialmente rifiutavano il contatto con il cane, dopo qualche incertezza e dietro l'esempio dei colleghi, spesso hanno iniziato a partecipare all'attività. Questi incontri sono stati un'occasione fondamentale per gli individui anziani di incontrarsi con gli altri e

socializzare in modo strutturato: la presenza del cane ha aumentato la reattività, la prontezza mentale, ha facilitato e migliorato l'attenzione verso l'ambiente esterno. L'atmosfera in presenza dei cani diventava fresca e colorata, ha favorito pensieri positivi anche in quei soggetti che avevano la tendenza a essere più isolati e che mostravano un umore depresso. Infatti, questa attività è in grado di stimolare le funzioni cognitive nei soggetti anziani, che sono caratterizzate da un certo grado di demenza, riducendo il senso di isolamento dei soggetti che vivono per lunghi periodi in case di cura.

Il primo risultato di questa esperienza comunque è la dimostrazione che è possibile introdurre animali in un istituto per anziani in assoluta sicurezza e tranquillità per gli ospiti e il personale d'assistenza. Per quanto riguarda gli animali, non si è mai manifestato alcun inconveniente né dal punto di vista igienico, né dal punto di vista comportamentale. L'addestramento e il controllo degli animali e la motivazione sia degli istruttori sia del personale della struttura che partecipa all'attività sono pertanto presupposti indispensabili alla buona riuscita della TAA-AAA.

CONCLUSIONI

L'esperienza diretta dell'autrice in questo particolare settore delle terapie cosiddette dolci risale a qualche anno fa. E' venuta in contatto con questa realtà in occasione del suo tirocinio presso l'Associazione Anucss onlus, grazie alla quale ha approfondito la cultura della pet therapy che conosceva solo in via teorica e le ha consentito di unire le sue più grandi passioni: la psicologia e l'amore per gli animali e la natura.

Per poter comprendere a pieno questa particolare terapia con gli animali ha imparato che sono indispensabili alcuni elementi:

- passione e amore per gli animali e per la natura
- rispetto delle esigenze degli animali coinvolti nella pet therapy
- competenze specifiche per questo tipo di lavoro
- attitudini personali
- convinzione nel credere nell'efficacia di questa terapia.

Questa esperienza ha permesso il confronto con

una realtà di lavoro d'èquipe integrata costituita da diverse figure professionali, mettendo alla prova ogni giorno, e soprattutto ha consentito di approfondire le conoscenze relative al processo terapeutico e di aumentare la consapevolezza circa il vissuto durante le osservazioni delle terapie. Tutto ciò è stato costantemente accompagnato da una forte motivazione personale a maturare professionalmente; tale processo è stato facilitato e accompagnato dalla disponibilità dei membri dell'Associazione e degli straordinari animali che hanno accolto e reso partecipe di tutte le fasi del lavoro.

In particolare, durante il progetto presso l'Istituto di San Michele, ma anche in tutti gli altri progetti che coinvolgevano bambini e pazienti psichiatrici, si è visto veramente un moto di felicità in questi anziani a contatto con gli animali e, naturalmente, anche con gli operatori dell'èquipe. Le due ore trascorse una volta alla settimana erano l'evento più atteso all'interno della casa di riposo: al termine di ogni seduta chiedevano: "Tornerete vero? Quando?". L'autrice sostiene che se il progetto fosse durato un pò di più gli anziani sarebbero stati più contenti, non che essi si muovessero solamente durante il periodo di pet therapy: nella casa di riposo avevano una palestra per fare movimento, ma la soddisfazione e la motivazione non erano chiaramente le stesse. Al termine del progetto, durante i saluti finali, insieme agli altri membri dell'èquipe dell'Anucss, si sono provate forti emozioni; del resto questo lavoro si basa sul legame affettivo, sulle emozioni. Per questo crede sia difficile portare prove scientifiche sui meccanismi che regolano questa attività: si può forse misurare un'emozione, soprattutto da un punto di vista qualitativo? Purtroppo c'è ancora molto da lavorare per far accettare alla società che gli animali sono in grado di dare un aiuto all'uomo, questo è l'errore più grande che si fa in Italia: non si è disposti a provare, a sperimentare novità (l'autrice stessa ha avuto difficoltà nella ricerca di un relatore interessato al progetto di tesi!). Se le cose non stessero così, sicuramente ci sarebbe spazio per nuove co-terapie e per la possibilità di migliorare la qualità della vita di molte persone, anche se resta lo scoglio più grande quale la mancanza di fondi, soprattutto nella pubblica amministrazione, causa spesso di

arenazione di idee e progetti.

Il sogno infine è anche quello di creare molti Pet Village in varie parti d'Italia e d'Europa, affinché la qualità di questo tipo di lavoro possa essere divulgata e diffusa, per fornire al lavoro uno standard di altissima qualità.

BIBLIOGRAFIA PARZIALE

- Anderson W. P., Reid C. M., Jennings G.L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *The Medical Journal of Australia*, 157, pp. 298-301.
- Barker S.B., Dawson K.S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49, pp. 797-801.
- Bigatello G., Lukacs A., Terragni A., Galimberti M., Buttram D. (2001). Terapia Assistita con animali nella riabilitazione motoria di anziani non-auto-sufficienti: presentazione di tre casi clinici. *Riabilitazione oggi*, XVIII (3), pp. 37-38.
- Del Negro E. (1998). *Pet therapy: un metodo naturale: un programma di riabilitazione e rieducazione psicoaffettiva*. F. Angeli, Milano.
- Friedmann E.K., Lynch J., Thomas S. (1980). Animal companions and 1 year's survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95, pp. 307-312.
- Laun L. (2003). Benefits of Pet Therapy in Dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21, pp. 49-52.
- Levinson B. (1969). Pets and old age. *Mental Hygiene*, 53, pp. 364-368.
- Tanguosso R., Tondi G. (2008). *Pet Therapy. Terapia Pedagogica del Disagio Emozionale nel Bambino, nell'Anziano e nel Disabile*. La Moderna Edizioni, Enna.

SITOGRAFIA

- Anaste (Associazione Nazionale Strutture Terza Età), *Anziani, famiglie, servizi: problemi di sempre e nuove domande*, www.anaste.it.
- Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali - A.N.U.C.S.S. onlus, www.anucss.org.
- Cendon P., *Anziani e Pet Therapy*, www.personaedanno.it.



RASSEGNA STAMPA

GIUGNO 2019



<https://www.statoquotidiano.it/15/06/2019/protezione-civile-gioia-gli-psicologi-entrino-nella-sala-operativa-del-112/676451/>

Protezione Civile, Di Gioia: "Gli psicologi entrino nella sala operativa del nuovo 112"

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi chiede un confronto con la Regione Puglia: "Noi sempre disponibili, nell'interesse dei cittadini pugliesi"

BARI - "Sarebbe molto importante la presenza degli psicologi nella centrale operativa del nuovo numero unico di emergenza del 112. Ci auguriamo che la Regione Puglia voglia seriamente prendere in considerazione la



possibilità di assumere anche qualche nostro collega. Gli psicologi sono figure fondamentali nel sistema di emergenza e di protezione civile, lo dimostra la grande attività svolta da società come la Sipem, già accreditata dalla Protezione Civile della Regione Puglia". Lo sottolinea il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia, a margine del raduno nazionale del volontariato di Protezione Civile, in corso a San Giovanni Rotondo. **"Siamo sempre al fianco dei soccorritori quando si verificano le emergenze"**, aggiunge Anna Gasparre, consigliera dell'Ordine degli Psicologi. Infatti, a causa di eventi particolarmente stressanti, non solo le persone soccorse ma anche gli stessi soccorritori possono essere oggetto di pericolosi rischi psicopatologici e reazioni posttraumatiche. Pertanto i soccorritori volontari o professionisti devono poter contare sul supporto qualificato di squadre di soccorso per l'emergenza psicologica, composte da professionisti del settore. Sarebbe quindi l'ora di inserire la figura dello psicologo nei team di Protezione Civile, partendo dalla centrale operativa, fino alle squadre operative sul campo, anche delle associazioni di volontariato.

"È fondamentale la figura dello psicologo nel sistema dell'emergenza", prosegue Di Gioia. "Per questo sarebbe importante, oltre al sempre maggior coinvolgimento delle società specializzate che intervengono in queste situazioni, anche l'assunzione a tempo pieno degli psicologi nell'ambito del sistema di Protezione Civile regionale". "Siamo a disposizione per un confronto con il governatore Michele Emiliano, con l'assessore alla Protezione Civile Antonio Nunziante e con il consigliere delegato alla Protezione Civile Ruggiero Mennea", conclude Di Gioia. "Come sempre siamo disponibili a fare la nostra parte, nell'interesse unico dei cittadini pugliesi".

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

Il presidente dell'Ordine regionale

«Insegnanti stressati, ora in aula gli psicologi»

LECCE «Il sistema formativo degli insegnanti è carente rispetto a tutto ciò che ha a che fare con la gestione delle relazioni di una classe in qualsiasi scuola di ogni ordine e grado e quindi con la componente psicologica e relazionale», spiega il presidente dell'Ordine degli psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia.

Vuol dire che gli insegnanti non sono ben preparati per gestire i bambini?

«Il burnout (esaurimento da lavoro, ndr) è una sindrome, riconosciuta anche dall'Oms, che, a causa del sistema scolastico italiano, tocca gli insegnanti perché gravati da mille impegni che non si esauriscono nella conduzione delle lezioni, ma riguardano anche un'ampia attività fuori dalla classe e oltre l'orario di lavoro».

Ma questa non può essere una giustificazione per i prof che usano la violenza.

«No di certo. È solo la premessa per dire che sarebbe necessario integrare la formazione degli insegnanti e farli affiancare dagli psicologi che possono aiutare anche le famiglie a seguire i bambini nelle diverse fasi evolutive».

Quali contraccolpi psicologici rischiano i bambini?

«Sicuramente conseguenze traumatiche che hanno bisogno della giusta attenzione in questo momento e del necessario supporto delle famiglie e degli altri bambini, in modo da poterle superare. In questo modo si può evitare che i traumi si trasformino in veri e propri disturbi quando si cre-
sce».

A. D. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi è
Antonio
Di Gioia

STATO QUOTIDIANO 15 giugno 2019

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO 16 giugno 2019

Giornale di Puglia

<https://www.giornaledipuglia.com/2019/07/affidi-illeciti-gli-psicologi-pugliesi.html>

Affidi illeciti: gli psicologi pugliesi d'accordo sulla costituzione di parte civile nell'eventuale processo



BARI - Totale sostegno alle iniziative che saranno intraprese dal Presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi e dai Presidenti degli Ordini competenti per territorio viene espresso dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia, in relazione all'inchiesta "Angeli e Demoni" sulla rete dei servizi sociali e il sistema degli affidi della Val D'Enza, nel reggiano, che ha portato a misure cautelari per diciotto persone, tra medici, assistenti sociali, liberi professionisti ed anche psicologi e psicoterapeuti di una Onlus di Moncalieri, in provincia di Torino.

"Una storia orribile", sottolinea il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia, "qualora dovesse essere confermata". "Bene ha fatto il nostro presidente nazionale, Fulvio Giardina, a preannunciare la volontà di costituirsi parte civile nell'eventuale processo", aggiunge Di Gioia. "Io credo che la questione riguardi tutti gli psicologi d'Italia, perché la vicenda ha avuto giustamente un'eco nazionale".

"È necessario il monitoraggio dei servizi, in tutte le regioni, per prevenire situazioni di questo tipo", aggiunge il Consigliere dell'Ordine Geremia Caprioli, "soprattutto in una logica di rete, di condivisione dei programmi che si adottano in queste situazioni, coinvolgendo tutti i servizi territoriali del SSN, i Tribunali per i Minorenni e, soprattutto, il Garante dei minori".

GIORNALE DI PUGLIA 1 luglio 2019

Giornale di Puglia

<https://www.giornaledipuglia.com/2019/07/salute-mentale-850mila-italiani-in-cura.html>

Salute mentale, 850mila italiani in cura. Di Gioia: "Occupiamoci del benessere psicologico degli italiani"



BARI - Nei Livelli Essenziali di Assistenza viene sancito il diritto dei cittadini all'assistenza psicologica. Il ruolo dello psicologo, in qualità di professionista della salute, è centrale per il benessere individuale, familiare e sociale, ed è integrato nei sistemi e nelle strutture sanitarie dedicate all'assistenza, e in particolare, quella dedicata alle persone con disturbi mentali con lo svolgimento di prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate.

Sono diffusi ed in crescita i problemi mentali che toccano tutte le fasce della popolazione e c'è sempre più bisogno di figure specializzate nell'assistenza. Gli ultimi dati emersi dal rapporto pubblicato a fine giugno risalgono al 2017 ma il trend è in crescita. In Puglia ogni 10mila abitanti adulti ci sono 230 persone con problematiche psichiatriche, assistiti dai servizi specialistici. Ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni, molto più elevata la percentuale di utenti di sesso femminile rispetto a quella maschile nella classe over 75 anni. "Statistiche che riflettono l'invecchiamento della popolazione ma potrebbero anche essere un campanello d'allarme sul carico di stress accumulato negli anni", commenta Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. "Dal rapporto emerge un dato che ci deve far riflettere, nel 2017 il 91% degli utenti che sono entrati in contatto con i dipartimenti di Salute mentale hanno vissuto questa esperienza per la prima volta. Oltre 305mila italiani hanno avuto l'esigenza di affidarsi al servizio specialistico. E i numeri sembrano in crescita". "Il benessere psicologico della persona è una delle esigenze basilari di una comunità, se il tassello di un puzzle si dovesse perdere, la visione completa del puzzle stesso creerebbe un disagio visivo", aggiunge il presidente degli psicologi pugliesi. "Quando quel tassello si perde nella mente di una persona, essa stessa parte di una rete, il disagio che si crea può essere invalidante nel quotidiano". L'attività psicologica psicoterapeutica per gli utenti avvicinati ai servizi di assistenza nel 2017 è stata pari al 6,5%, una percentuale che "ci induce a ritenere fondamentale un incremento di psicologi tra i progetti di assistenza nei servizi specialistici", prosegue il consigliere dell'Ordine Massimo Frateschi. "Investire nella salute mentale è un impegno che non guarda alle statistiche per il piacere dei numeri, ma per avere un'analisi della realtà più completa e per progettare strategicamente, con pertinenza ed efficacia, il benessere psichico".

GIORNALE DI PUGLIA 20 luglio 2019

Quotidiano Taranto

Il presidente degli Psicologi pugliesi Antonio Di Gioia insiste sul ruolo di scuola e famiglia

«Prevenzione arma contro il bullismo. Bisogna stare al fianco di chi denuncia»



Serve un percorso per tutelare le vittime dalle conseguenze delle persecuzioni

A sinistra Antonio Di Gioia, presidente degli psicologi pugliesi

«Le vittime hanno sempre timore di denunciare, a qualunque età. Si interviene solo quando è troppo tardi».

Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli psicologi di Puglia, commenta in questa maniera il caso del ragazzo aggredito a Polignano a Mare perché proveniente da un paese vicino.

«Ricordiamo», racconta Di Gioia, «una vicenda molto simile accaduta poche giorni fa in provincia di Bari, un prete non identificabile per singolare rabbia e frustrazione. L'odio per il prossimo profeta, e la sempre più carente offerta culturale e la mancanza di modelli di riferimento che colpiscono al riparo per il prossimo non aiuta a frenare il disgregante fenomeno soprattutto tra i minorenni, come in questi ultimi casi di cronaca».

Il presidente degli psicologi di Puglia torna ad affermare con convinzione che «l'unica via per contenere la piaga del bullismo è la prevenzione. Per essere efficace

deve essere approntato un piano, una mappa di luoghi da monitorare nel intervento al fine di raggiungere il più alto numero di ragazzi che, spesso, non si riesce ad intercettare negli istituti scolastici».

Una strategia attraverso la quale arginare un fenomeno che da tempo ha assunto dimensioni davvero preoccupanti. Consegnando con frequenza inquietante, episodi che, anche nei casi apparentemente meno gravi, raggiungono

no livelli di violenza sconosciuti.

«Sono indispensabili», continua il presidente Di Gioia, «gli psicologi nelle scuole di ogni ordine e grado, nel Comune. Nella maggior parte dei casi l'individuo che subisce atti di violenza o violenza, sviluppa disturbi psichici che si protraggono per lungo tempo, e che spesso si riversano anche sul fisico, sviluppando patologie. Va pianificato dare il nostro contributo e intervenire non solo

nel percorso riabilitativo, ma soprattutto nella prevenzione del fenomeno».

Una ipotesi che ha una rilevanza di fondamentale importanza nella lotta al bullismo e alle sue varianti ancora più gravi connesse all'uso della rete e degli smartphone.

«Prevenire», aggiunge la consigliera Paola Amore, «significa anche aiutare i genitori, gli insegnanti a riconoscere i campanelli di allarme. Sembra incredibile, ma nella maggior parte dei casi di violenza

le persone più vicine non riescono ad accorgersi in tempo di ciò che accade, dobbiamo aiutarli ad essere consapevoli dei pericoli e dei segnali comportamentali da cogliere per riuscire a comprendere i motivi di tali comportamenti ed intervenire in tempo, attraverso la denuncia anche nel momento in cui le vittime non hanno la forza o la voglia di farlo». Insomma una delle modalità per affrontare il fenomeno è quella di restare al fianco dei genitori e degli insegnanti anche, se non soprattutto, dopo che si è tentato il coraggio di denunciare. In maniera da non lasciare solo chi trova la forza di mettersi contro i bulli.

«Difficile a credersi», conclude la consigliera Amore, «ma bastano le minacce anche dopo aver segnalato le violenze. Vogliamo sostenere la famiglia, che deve sapere di poter avere a disposizione un esperto a cui affidare in tutte le tappe che caratterizzano il percorso per affrontare ed elaborare questo tipo di situazione».

NUOVO QUOTIDIANO DI PUGLIA - TARANTO 3 luglio 2019



RASSEGNA STAMPA

AGOSTO 2019

NOINOTIZIE

<https://www.noinotizie.it/10-08-2019/vacanze-weekend-da-bollino-nero-psicologi-pugliesi-gestire-positivamente-la-tensione-da-guida>

Vacanze, weekend da bollino nero: psicologi pugliesi, "gestire positivamente la tensione da guida"

Presidente dell'Ordine: evitare che il disagio si trasformi in malessere

"Partire per le vacanze rappresenta uno dei momenti più gioiosi dell'anno, eppure sempre più frequentemente diventa un momento di grande stress emotivo". Antonio Di Gioia (foto) analizza le cause di questo fenomeno: "I fattori che causano malessere sono molteplici, diventano la summa del nervosismo accumulato nel corso dell'anno lavorativo, determinando momenti di tensione emotiva e collera come nei casi in cui non è possibile cambiare lo svolgimento degli eventi. Ad esempio quando si è costretti ad aspettare in coda a lunghe file di auto". Il dottor Di Gioia suggerisce come comportarsi: "Esistono diversi modi per impiegare bene quel tempo che sembra perso. Come molti colleghi specializzati in questo ambito della psicologia suggeriscono, in auto è possibile svolgere diverse attività in totale sicurezza che permettono di recuperare serenità in vari modi: ascoltando musica che si ama, recuperando programmi radiofonici persi durante l'anno, o utilizzando gli audiolibri, ancora poco diffusi, per trovare la giusta concentrazione e non sentirsi soli; o risolvendo incombenze lasciate in sospeso come telefonate rimandate per troppo tempo, oppure programmando le tappe del viaggio con i propri compagni di avventura se si è in gruppo". Il Presidente dell'Ordine degli psicologi di Puglia afferma: "Lo stress, l'ansia dell'attesa, la rabbia, determinate dalla impossibilità di evitare le lunghe attese vanno vissute e gestite per evitare che il disagio si trasformi in malessere". Secondo Geremia Capriuli, membro dell'Ordine degli psicologi, "le nuove tecnologie giungono in soccorso in momenti di svago, non solo nel lavoro. Approfitiamone se ci aiutano a trovare la soluzione giusta per calmare ansia e stress". Continua il dott. Capriuli: "Nei casi di grave perdita di autocontrollo, forte aggressività con pedoni e automobilisti e stati di profonda ansia, è bene rivolgersi ad un professionista per iniziare corsi di autocontrollo per diminuire l'ostilità alla guida che, indipendentemente dalle condizioni lavorative, economiche o sociali, disinnescano negli automobilisti quei processi psicologici che creano malessere psicologico".



GIORNALE DI PUGLIA

<https://www.giornaledipuglia.com/2019/08/rientro-al-lavoro-post-ferie-gli.html>

Rientro al lavoro post-ferie, gli psicologi: "Concedetevi più pause e nuovi obiettivi"



BARI - Rientrare al lavoro dopo le ferie è sempre un'impresa titanica per la nostra mente, ma anche per il nostro corpo: umore deflesso, angoscia e astenia possono rallentare le nostre attività quotidiane. Riabituarsi ad una routine persa durante le settimane di pausa può risultare faticoso. Riprendere consapevolezza delle proprie responsabilità e ritrovare la giusta concentrazione al lavoro può altresì contribuire ad una sensazione di spossatezza fisica e mentale che può durare pochi giorni, ma anche alcune settimane, specialmente per le persone che amano meno il proprio lavoro. È ciò che gli anglosassoni chiamano "Post Vacation Blues", una sindrome da rientro molto comune. "Non c'è da preoccuparsi. Rientrare con il sorriso ed evitare di perdere le energie ancor prima di iniziare si può", dice il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia.

"Bastano pochi accorgimenti. Concentrare la positività e l'energia accumulata durante le ferie, considerare la vacanza finita come scorta di buonumore e periodo di ricarica e non come esperienza finita per cui provare nostalgia. Se possibile è meglio rientrare qualche giorno prima per riabituarsi alla quotidianità ed evitare lo shock nel passare immediatamente dal luogo di vacanza a quello di lavoro. Al ritorno dalle vacanze, spesso, ci si trova con molto lavoro da recuperare: basta accettarlo" continua il Presidente dell'Ordine.

Il benessere psico-fisico passa anche per gesti pratici, come sottolinea la dottoressa Anna Gasparre, consigliera dell'Ordine: "Non meno importante è ritagliarsi spazi per stare all'aria aperta, per ritrovare alcuni degli elementi rigeneranti provati in vacanza. Non dobbiamo sottovalutare gli effetti benefici della luce del sole e delle passeggiate. Bisogna evitare quindi di rinchiusersi in casa e in ufficio. Fissare nuovi e piacevoli obiettivi come una cena con gli amici o una giornata fuoriporta può aiutare ad allontanare i pensieri negativi e crea l'attesa gioiosa per un evento che sappiamo già essere rigenerante".

Mai lasciarsi pervadere dal panico quando dovesse sopraggiungere la tristezza, "Non bisogna confondere la normale tristezza da rientro con uno stato depressivo vero e proprio, è solo una tristezza temporanea. Può anche durare qualche settimana ma si risolve una volta rientrati a pieno ritmo nella routine della propria vita" conclude il presidente Di Gioia.

NOINOTIZIE 10 agosto 2019

GIORNALE DI PUGLIA 26 agosto 2019

FOGGIA TODAY

<http://www.foggiatoday.it/cronaca/samara-challenge-cos-e.html>

Samara, un gioco che rischia di diventare pericoloso

Il presidente dell'Ordine degli psicologi di Puglia invita a non dare troppa enfasi a questo gioco che sta spopolando tra i giovanissimi e rischia di diventare pericoloso: "Giovani stanno smarrendo il vero senso della vita"



È già diventata virale in tutta Italia, e ora anche in Puglia, la cosiddetta "Samara challenge", un gioco che si sta diffondendo attraverso i social che consiste nello spaventare i passanti e fuggire senza essere presi, travestendosi come la protagonista di un famoso film horror, con un abito bianco e una parrucca con lunghi capelli neri a nascondere il volto". Il presidente dell'Ordine degli psicologi di Puglia invita a non dare troppa enfasi a questo gioco che sta spopolando tra i giovanissimi e rischia di diventare pericoloso. Spiega Di Gioia: "Ancora una volta è il branco ad aggredire il singolo, con il solo scopo di spaventare l'altro e deriderlo. Non possiamo immaginare però con quali modalità possa essere fatto, la polizia non esclude l'utilizzo di armi pericolose". Il presidente dà una interessante chiave di lettura di questo "gioco" e dice: "Allo stesso tempo, è spaventato anche chi mette in atto il gioco travestendosi, tentando di esorcizzare la propria paura attraverso l'adrenalina che nasce dalla reazione incognita del passante: c'è chi può spaventarsi molto e basta, o chi può reagire anche in modo violento e aggredire fisicamente gli autori, come già successo in altre città italiane". Continua il presidente "C'è la voglia di esorcizzare la paura di chi mette in atto questo gioco, vedendola negli occhi dell'altro, ma nello stesso tempo la paura si vive. L'adrenalina sale vorticosamente in un gioco sottile tra desiderio e paura". Secondo il dottor Di Gioia "Occuparsi della gestione delle emozioni è importante per evitare che, attraverso l'imitazione di questi giochi sui social, si possano vivere sensazioni negative come la paura in maniera non funzionale, scatenando il panico. Per alcuni giovani si sta smarrendo il vero senso della vita, un malessere che lascia spazio alla noia e all'insoddisfazione. Le emozioni, anche quelle più oscure, sono una componente essenziale nella formazione della personalità di ciascuno e vanno gestite in maniera costruttiva per evitare traumi e situazioni di disagio in età adulta". "La prevenzione deve iniziare dalle scuole, bisogna intervenire nel sostegno della genitorialità, sia per gli adolescenti che per gli adulti, in modo tale da mettere al corrente tutti sui rischi reali che qualcosa come un gioco apparentemente innocuo può scatenare", dice Massimo Frateschi, componente del Consiglio dell'Ordine degli psicologi di Puglia.

il Giornale di Trani

<http://www.radiobombo.com/notizie/85008/finanziamenti-comunitari-nazionali-e-regionali-oggi-l-incontro-con-l-ordine-degli-psicologi-al-polo-museale>

Finanziamenti comunitari, nazionali e regionali: oggi l'incontro con l'Ordine degli psicologi al Polo museale

Lunedì 23 settembre, presso la sala convegni del Polo Museale di Trani (Piazza Duomo, 8/9), alle ore 15:30 avrà luogo un nuovo convegno del ciclo di appuntamenti "L'Ordine incontra", una serie di incontri formativi sul territorio pugliese. L'evento sarà incentrato sul tema di finanziamenti comunitari, nazionali e regionali in materia di avvio di attività professionali, al fine di approfondire nel dettaglio i contenuti delle diverse tipologie di avvisi pubblici e fornire dei suggerimenti e indicazioni in materia di tecniche progettuali e nella scelta dei diversi percorsi professionali da intraprendere. Durante l'incontro il Presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Puglia Antonio Di Gioia accoglierà il Dott. Gennaro Sciscioli, Dottore Commercialista e Consulente fiscale dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia che interverrà in materia di fatturazione elettronica e la Dott.ssa Valentina Vitale, Consulente su bandi di finanziamenti comunitari, nazionali e regionali. Nel corso del pomeriggio sarà prevista la cerimonia di giuramento dei nuovi iscritti della provincia Bat e sarà possibile consultare la Testata dell'Ordine e alcuni test della Giunti Os con il supporto della consulente Dott.ssa Piccolo. La consultazione sarà possibile previo invio di una e-mail con indicazione del test di interesse da inviare all'indirizzo ordineincontra@psicologipuglia.it. Durante la giornata è possibile incontrare gli esperti per una consulenza individuale. Per una efficiente organizzazione e riuscita dell'evento è necessario iscriversi alla cerimonia di giuramento o all'evento inviando una e-mail all'indirizzo ordineincontra@psicologipuglia.it.



IL GIORNALE DI TRANI 22 settembre 2019



<https://www.barlettalive.it/news/attualita/876911/mese-del-benessere-psicologico-a-ottobre-le-iniziative-in-puglia>

Mese del Benessere psicologico, a ottobre le iniziative in Puglia

Gli psicologi della Puglia al servizio della comunità per diffondere la cultura del benessere psicologico



Siamo giunti alla decima edizione del mese del benessere psicologico e ne siamo molto felici, è soprattutto grazie a questi progetti che possiamo far conoscere meglio le attività svolte ogni giorno dai nostri professionisti": così il presidente dell'Ordine degli Psicologi Antonio Di Gioia presenta l'imminente celebrazione del mese del benessere psicologico promosso in tutta la regione, con eventi mirati sul territorio. L'iniziativa si inserisce nella celebrazione della giornata nazionale della psicologia che si celebra ogni anno il 10 ottobre. "Intendiamo diffondere un'idea più ampia e approfondita del concetto di benessere psicologico, uno stato di salute che sia di completa armonia tra fisico, psiche e mondo circostante". Per la consigliera Anna Gasparre, "attraverso gli incontri gratuiti che organizzeremo su tutto il territorio durante il mese di ottobre, desideriamo presentare in maniera più approfondita la nostra professione, con l'obiettivo di rappresentare una professione che si muove oltre che sulla cura, la riabilitazione, la prevenzione delle patologie e del disagio, anche sul benessere e sul potenziamento delle risorse personali. Una professione che accompagna famiglie e persone lungo tutto il corso della vita. "I nostri iscritti saranno a disposizione della comunità in varie situazioni, sia attraverso consulenze psicologiche gratuite in studio, e sia attraverso convegni, seminari e workshop, laboratori esperienziali gratuiti ed eventi che si articoleranno durante l'intero mese di ottobre. Tutte le attività di quest'anno verteranno su dieci diritti fondamentali: diritto all'ascolto, diritto ad amare ed essere amati, diritto al rispetto delle differenze, diritto alla tutela delle vulnerabilità, diritto all'infanzia, diritto alla prevenzione, diritto al tempo per sé stessi, diritto alla libera espressione delle emozioni, diritto all'assistenza psicologica, diritto alla qualità". "Al termine del mese del benessere psicologico ci sarà un'intera giornata di riflessione e di attività gioiose per i più piccoli in cui riassumeremo le attività svolte, approfondiremo i temi trattati e parleremo dei diritti universali e psicologia con voci autorevoli e testimonianze importanti".

FOGGIA TODAY 5 settembre 2019

IL GIORNALE DI TRANI 22 settembre 2019



LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

LA QUOTIDIANA NAZIONALE INIZIATIVE IN OCCASIONE DELLA 10ª EDIZIONE. L'EVENTO SI CELEBRA OGNI ANNO IL 10 OTTOBRE

Psicologi al servizio della comunità
laboratori e consulenze gratuite

«Siamo giunti alla decima edizione del mese del benessere psicologico e ne siamo molto felici. È soprattutto grazie a questi progetti che possiamo far conoscere meglio le attività svolte ogni giorno dai nostri professionisti. Così il presidente dell'Ordine degli Psicologi Antonio Di Gioia presenta l'importante celebrazione del mese del benessere psicologico promossa in tutta la regione, con eventi mirati sul territorio: «sistemiamo il fondo, un'idea più ampia e approfondita dei concetti di benessere psicologico, uno stato di salute che sia di completa armonia tra fisico, psiche e mondo circostante».

L'iniziativa si inserisce nella celebrazione della giornata nazionale della psicologia che si celebra ogni anno il 10 ottobre. «Attraverso gli incontri gratuiti che organizziamo su tutto il territorio durante il mese di ottobre», spiega la consigliera dell'Ordine Anna Gasparre, «desideriamo presen-



A DISPOSIZIONE: incontri gratuiti con gli psicologi nel mese di ottobre

tare in maniera più approfondita la nostra professione, con l'obiettivo di rappresentarla non solo nell'ottica della cura, riabilitazione e prevenzione delle patologie e del disagio, ma anche sotto l'aspetto del benessere e del potenziamento delle risorse personali. Una professione che accompagna

famiglie o persone lungo tutto il corso della vita. I nostri iscritti saranno a disposizione delle comunità in varie situazioni, sia attraverso consulenze psicologiche gratuite in studio (a Bari ci si può recare da Francesca Barci, in via Pietro Ravanna, 30, telefono 33878048), oppure da Maria

Giulia Passerelli, in via Giuseppe Pavoncelli 138, telefono 338770870) sia attraverso convegni, seminari e workshop, laboratori esperienziali gratuiti ed eventi che si articoleranno durante l'intero mese di ottobre».

Le attività di quest'anno vertono su dieci diritti fondamentali: diritto all'ascolto, diritto all'amore ed essere amati, diritto al rispetto delle differenze, diritto alla salute delle vulnerabilità, diritto all'infanzia, diritto alla giovinezza, diritto al tempo per sé stessi, diritto alla libera espressione delle emozioni, diritto all'ascolto psicologico, diritto alla qualità. «Al termine del mese del benessere psicologico», continua Gasparre, «ci sarà un'intera giornata di riflessione e di attività gioiose per i più piccoli in cui riassumeremo le attività svolte, approfondiremo i temi trattati e parleremo dei diritti universali e psicologia con voci autorevoli e testimonianze importanti».



Cibo per i poveri. Sono nate le dispense di due parrocchie

Anziani in condizioni di degrado: intervengono i servizi comunali

Psicologi al servizio della comunità: laboratori e consulenze gratuite

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO 1 ottobre 2019

<https://www.lanotiziaweb.it/2019/10/01/lo-psicologo-a-scuola-e-legge-in-puglia-di-gioia-grande-notizia/>

Lo psicologo a scuola è legge in Puglia. Di Gioia: "Grande notizia"

Approvata in Consiglio regionale la legge che istituisce l'unità di psicologia scolastica, rimasta inattuata per 10 anni



Antonio Di Gioia - Presidente Ordine Psicologi Puglia

"Oggi più che mai, soprattutto con l'avvento dei social network, è fondamentale garantire ai ragazzi un sostegno psicologico", prosegue Di Gioia, "perché più di quanto non accadesse prima dell'avvento delle nuove tecnologie, è più facile deviare in modo negativo il proprio cammino. Per non parlare di fenomeni di cui possono essere vittime, come il bullismo o le dipendenze, che solo un professionista può stanare, aiutandoli. Questa legge può rappresentare un vero cambio di passo, un contributo importante alla crescita dei nostri ragazzi, alla luce della diversa sensibilità e attenzione al disagio degli adolescenti, delle famiglie e della scuola. L'Ordine degli Psicologi assicura il massimo sostegno affinché questa legge trovi pronta applicazione, sin da questo anno scolastico, che è appena iniziato e che quindi può rappresentare un primo importante banco di prova".

"E' la notizia più bella che potessimo ricevere nel giorno di apertura del Mese del Benessere Psicologico". Così Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi, commenta l'approvazione in Consiglio regionale della nuova legge sulla psicologia scolastica, finalizzata a garantire la presenza di uno psicologo scolastico a supporto di ragazzi, genitori e di tutto il corpo scolastico. "Ringrazio il Consiglio regionale per aver approvato all'unanimità una legge di grande importanza e che offre una grande opportunità ai nostri ragazzi. Ora si dà subito un seguito, con l'approvazione del regolamento attuativo, per evitare, dieci anni dopo, la beffa di una nuova legge inapplicata". Il presidente Di Gioia aveva più volte richiesto un incontro con gli assessori regionali per dare seguito ai regolamenti attuativi e al finanziamento della legge approvata nel 2009.

NOTIZIAWEB 1 ottobre 2019



<http://www.ditutto.it/magazine/61687/>

Assistenza psicologica, proposta di legge in Regione: “A pochi passi da emanazione di una legge fondamentale nella società odierna”

Sempre più alta la richiesta di assistenza psicologica in Puglia: “Necessaria l'istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie per garantire il diritto all'assistenza psicologica”



“Sono soddisfatto e lo sono a nome di tutti gli psicologi, le cittadine ed i cittadini pugliesi. La proposta di legge depositata oggi in Regione rappresenta una prima concreta collaborazione tra psicologia e medicina. Oltre, naturalmente, a rinsaldare un percorso già tracciato con l'approvazione dei nuovi Lea, che hanno sancito il diritto all'assistenza psicologica. Ringraziamo il Presidente Giuseppe Romano, la Commissione Sanità ed il gruppo di lavoro”, così Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia commenta la sua audizione in regione in merito alla proposta di legge discussa. Antonio Di Gioia sottolinea quanto “oggi sia cresciuta esponenzialmente la richiesta di supporto psicologico, e lo psicologo di base è l'unico modo per garantire alle cittadine e i cittadini pugliesi di usufruire di un'attività di assistenza specialistica in collaborazione con l'attività dei medici di base e dei pediatri di libera scelta”. Alla proposta di legge, l'Ordine degli Psicologi durante l'audizione ha presentato delle integrazioni.

“Il solo farmaco non sempre è la cura più efficace”, spiega Di Gioia “e con lo psicologo di base si potrebbe giungere a definire diagnosi più accurate, indirizzate verso lo specialista più adatto, azioni che potrebbero produrre effetti benefici al sistema sanitario attraverso una notevole contrazione della spesa farmaceutica”.

“Intervenire in tempo evitando la cronicizzazione della patologia significa anche contribuire ad una migliore qualità della vita dell'assistito” continua il Presidente dell'Ordine. “Affiancare i medici e fornire un prestazioni specialistiche sarà fondamentale per prevenire la cronicizzazione dei sintomi, contestualmente si avrà una sensibile riduzione della spesa terapeutica e anche di quella diagnostica, stimata al 31%”. In una prima fase di applicazione è prevista la presenza dello psicologo di base ogni cinquantamila abitanti ma l'Ordine propone comunque la presenza di uno psicologo per ciascuna associazione di Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, per i PTA e per ciascuna Casa della Salute, per le applicazioni successive della legge presentata. “Studi medici e sperimentazioni già effettuate stimano che entro il 2020 la depressione sarà la seconda causa di disagio dopo le cardiopatie. Sono tante altre le psicopatologie e i disturbi psichici che affliggono un numero sempre crescente di persone che si rivolgono al medico di base. Curare un disagio psicologico significa soprattutto occuparsi della totalità dell'essere umano” conclude il dott. Di Gioia.



http://puglialive.net/home/news_det.php?nid=135560

“Il Benessere al Centro”: domani gli psicologi al Gran Shopping Mongolfiera di Molfetta

“Il Benessere al Centro”: domani gli psicologi al Gran Shopping Mongolfiera di Molfetta

I diritti universali saranno il tema dell'evento promosso in occasione della chiusura del Mese del Benessere Psicologico 2019

Domani 26 ottobre dalle 9.30, presso il Gran Shopping Mongolfiera di Molfetta, in occasione del Mese del Benessere Psicologico 2019, si terrà un evento promosso dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia dal titolo “Il Benessere al Centro”.

L'evento ruoterà attorno ai diritti universali che quest'anno rappresentano il tema della Giornata Nazionale della Psicologia: diritto all'ascolto, diritto ad amare ed essere amati, diritto al rispetto delle differenze, diritto alla tutela delle vulnerabilità, diritto all'infanzia, diritto alla prevenzione, diritto al tempo per se stessi, diritto alla libera espressione delle emozioni, diritto all'assistenza psicologica e diritto alla qualità.

L'evento si aprirà con i saluti istituzionali da parte del presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia Antonio Di Gioia, dell'assessore alla socialità, istruzione e ambiente del comune di Molfetta Ottavio Balducci e del funzionario delle politiche di garanzia della regione Puglia Giuseppe Del Grosso.

A seguire ci sarà spazio per un convegno dal titolo “Stay Real: le relazioni umane ai tempi dei social network” incentrato sulla necessità di tornare ad anteporre le relazioni umane a quelle virtuali, a cui interverranno specialisti nel settore. Si confronteranno il dott. Sabino Di Chio, ricercatore di sociologia dei processi culturali e comunicativi e docente dell'Università di Bari, lo psicologo dott. Antonio Calamo Specchia, il direttore tecnico superiore di Polizia Postale del Commissariato di Bari dott. Andrea Carnimeo insieme all'assistente capo dott. Roberto Borraia.

A Tommy Dibari, scrittore e autore televisivo, è affidato il monologo sulle emozioni al quale seguirà la testimonianza di Federica Paradiso, ragazza tranese non vedente che canterà la sua felicità di giovane donna innamorata della vita e pronta a trasmettere al pubblico questa sua forza attraverso il suo brano musicale “Come ci capita”, accompagnata dal musicista Mizio Vilardi.

I diritti universali quindi saranno messi in risalto attraverso dibattiti, talk, testimonianze e iniziative ludiche, quest'ultime curate dal gruppo scout “Agesci” di Molfetta nell'arco del pomeriggio.





NEL GIARDINO DELLA CURA

NUTRIRE EMOZIONI E COLTIVARE PENSIERI

*"Ogni essere umano è unico e irripetibile:
un mondo senza uguali che bisogna prima di tutto
conoscere e amare, perché possa riconoscersi ed esprimersi
nella sua originalità e nella sua capacità di adattamento".*

(M.T. Romanini)

A CURA DI Eleonora Addonizio Psicologa Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta, Analista Transazionale Certificata (PTSTA-P).

Oggi i volti della tossicodipendenza sono variegati. Non sono cambiati solo i protagonisti, sono cambiati le sostanze e le modalità della loro assunzione. La dipendenza è stata da molti definita un fenomeno *"fluido"*: non più solo le sostanze stupefacenti, ma molteplici oggetti diventano *"trigger"* di una serie di comportamenti di dipendenza sempre più diffusi e difficilmente trattabili perché sempre più spesso collegati ad un vuoto interiore che cerca di essere in qualche modo colmato.

Il modello prevalente di consumo è il *poliabuso*: varie sostanze, legali e illegali, vengono usate alternativamente, in sovrapposizione e in supporto l'una dell'altra.

Ci troviamo perciò di fronte ad una patologia

estesa (non più relegabile in specifici contesti socio-culturali o a specifiche fasi evolutive) con distorsioni nello sviluppo della struttura di personalità; la risultante è un'inadeguata capacità di prendersi cura, presenza di emozioni potenti ma indistinte, soluzioni difensive drastiche: è spostato fuori di sé (nelle sostanze e negli *"oggetti"* della dipendenza) il potere di regolare emozioni e conflitti.

Il libro **"nel GIARDINO DELLA CURA: nutrire Emozioni e coltivare Pensieri"** nasce dalla volontà di condividere un'esperienza lunga quarant'anni nel trattamento delle dipendenze. L'obiettivo è descrivere alcune buone pratiche che nel tempo sono state sviluppate all'interno delle attività terapeutiche

della COOPERATE, per affrontare le manifestazioni problematiche che ruotano intorno al tema dell'addiction. Gli obiettivi che si è inteso perseguire nella realizzazione di questo volume sono per lo più orientati a offrire:

- un'occasione di **informazione** per professionisti e non, per comprendere e dare senso a questa manifestazione sempre più diffusa che è il fenomeno della dipendenza;
- un'opportunità di **apprendimento** sul funzionamento di alcune realtà di cura e prendere spunti su risorse e criticità nell'affrontare la cura e la riabilitazione della dipendenza;
- una possibilità di **riflessione** riguardo alla decadenza di una società che spinge verso oggetti che allontanano l'individuo dal proprio mondo interno, dalle sue immagini e dai suoi significati;
- uno **spazio** per pensare a che direzione dare al concetto del prendersi cura: quali tempi, quali spazi, quali significati.

L'argomento è affrontato dal punto di vista della **relazione**, pensata come perno centrale della cura, usando la metafora del giardino.

Tutto ciò che accade nel giardino, nell'arco delle stagioni, accade anche nella psiche: *"La caduta delle foglie, la paralisi della vita durante l'inverno, lo schiudersi dei germogli, il movimento dell'acqua tra le rocce. Sono tutte esperienze*

che anche l'individuo fa, solo che le esprime con i concetti complessi della psicologia, mentre il giardino le esprime con il linguaggio della natura." (Hillman)

Come in un giardino, la **relazione di cura** è un'esperienza che raccoglie molti aspetti e sfaccettature. La metafora che si intende utilizzare per la descrizione del metodo "Fratello Sole" è quella della cura del giardino, in cui coesistono molteplici biodiversità, perciò la cura non è predeterminata ma è strettamente connessa alla specificità

a cura di
Eleonora Addonizio
Silvana Magnani
Effigi

nel **GIARDINO DELLA CURA** nutrire **Emozioni** e coltivare **Pensieri**

*Esperienza, teoria e metodo
per il trattamento delle dipendenze*





di ciascun individuo che entra in relazione con il trattamento:

- l'operatore di comunità come giardiniere;
- la persona che richiede aiuto come entità vitale che aspetta di germogliare e svilupparsi;
- il percorso terapeutico residenziale/semiresidenziale come terreno di coltivazione e facilitatore dello sviluppo dell'entità vitale.

A partire da questo, gli strumenti di cura, il modo di decidere cosa è terapeutico, i fattori cui fare attenzione, i tempi a cui attenersi diventano tutti elementi imprescindibili che devono tenere conto di:

▪ **aspetti generali**

(quale terra, quanta luce, quale dosaggio di acqua e concime sono utili per porre le condizioni migliori affinché quell'entità vitale si sviluppi, come regolarsi con il procedere delle stagioni);

▪ **aspetti specifici**

(comprendere le caratteristiche specifiche di chi ha bisogno di cura, le esigenze correlate a quelle specifiche caratteristiche, le accortezze da tenere presenti).

Quindi la **relazione che cura** è l'esperienza del giardiniere che porta la sua saggezza di ciò che conosce nel modo di accogliere, progettare, trattare, sostenere ed è capace altresì di essere curioso e sensibile di volta in volta delle nuove forme che può assumere la necessità di cura.

In questa prospettiva curare significa offrire "*una cura di tipo ambientale*" che metta a disposizione un contesto nel quale la persona abbia la possibilità di vivere, con gli altri, relazioni quotidiane, significative, "*sufficientemente buone*" (Winnicott, 1971), che possano favorire un'evoluzione psichica e sociale, un'evoluzione che permetta di "*costruire le condizioni per una riabilitabilità della realtà*" (Stoppa, 2006).

I servizi Semiresidenziali e Residenziali descritti nel libro hanno la caratteristica di offrire setting

multipli per sviluppare programmi terapeutici individualizzati in grado di accogliere le esigenze del paziente anziché proporre percorsi prefissati rigidamente.

I servizi sono organizzati come una "*rete relazionale*", i cui nodi costituiscono luoghi, tempi e modalità di rapporto diversificati: la rete è tale perché i "nodi" sono collegati fra loro ("one team", Bateman e Fonagy, 2004)

I nodi offrono relazioni a legame forte, a legame debole, di forte contenimento e accudimento materno, ma anche di intervento sulla crisi, di confronto dialettico-progettuale, di "*base sicura*" per chi si avvia ad un inserimento socio-lavorativo. (Bignamini 2012)

Agente terapeutico è pertanto il gruppo degli operatori che offre le condizioni di stabilità, continuità e persistenza che Racamier e Williams hanno individuato come fattori terapeutici fondamentali nel lavoro con pazienti gravi.

Essere "*ritrovabili*", in attesa, permette di "*riconoscersi nell'altro*" per chi non ha avuto figure di attaccamento stabili e ricettive e avuto una vita "*imprevedibile*" (Bignamini 2012).

Una delle funzioni degli operatori è proprio favorire la formazione di "quell'area transizionale" (Winnicott, 1971) intesa come spazio di incontro che non è né del paziente, né dell'operatore ma che è qualcosa che appartiene ad entrambi, in cui riconoscersi ed intendersi.

Peculiarità del Progetto Fratello Sole è proprio la progettazione individualizzata del trattamento basata sulla **co-costruzione** di un percorso che promuova la crescita con l'obiettivo di mantenere la "biodiversità" anziché omologare gli esiti. E' centrale per raggiungere questo il concetto di "**Slow Care**": non programmi senza fine, ma progetti terapeutici pensati con il paziente e per il paziente, articolati, valutati in termini di processo e di esito, che rispettino i tempi di una crescita trasformativa.

Valorizzando la diversità degli interventi è possibile offrire risposte integrate che permettano ai pazienti con dipendenza di sentire accolta la propria sofferenza.



L'OTTIMISMO DEL DIAVOLO

DI **Mirco Turco** Psicologo leccese

PUBBLICATO DA **Primiceri Editore**

Il romanzo di Mirco Turco, psicologo leccese, pubblicato da **Primiceri Editore**, uscito in luglio 2019, sembra già aver colpito nel segno.

Definito già da molti lettori un thriller imperdibile, sorprendente e geniale, da "divorare" in pochissimo tempo. La critica lo incornicia come *un giallo che soddisfa tutti i requisiti (cosa non facile) con stile ironico e ottime capacità espressive dell'autore che mostra, al contempo, stile accattivante e originale*. C'è chi sostiene, invece, che nel romanzo ci sia tutto il DNA puro dell'autore, un autentico esploratore dell'animo umano e del comportamento, capace di trasformare le sue grandi conoscenze psicologiche e criminologiche in scrittura romanizzata.

L'Ottimismo del Diavolo è, insomma, un libro da leggere, se non fosse anche per la prima recensione fatta dalla nota Criminologa Roberta Bruzzone, che parla di un *"imperdibile viaggio nella parte più oscura e profonda dell'animo umano che è presente in ognuno di noi magistralmente descritta da Mirco Turco*.

La trama è una continua sfida che rende inevitabile affrontare i peggiori demoni interiori che popolano la vita del protagonista. Un libro imperdibile".

I personaggi e le storie del romanzo di Mirco Turco sono, di fatto, reali, con opportuni camuffamenti e sfumature fantasy, mentre gli scenari sono descrizioni realistiche di zone e Paesi conosciuti e visitati: dalla Sardegna, all'Europa dell'est, sino alla Francia.

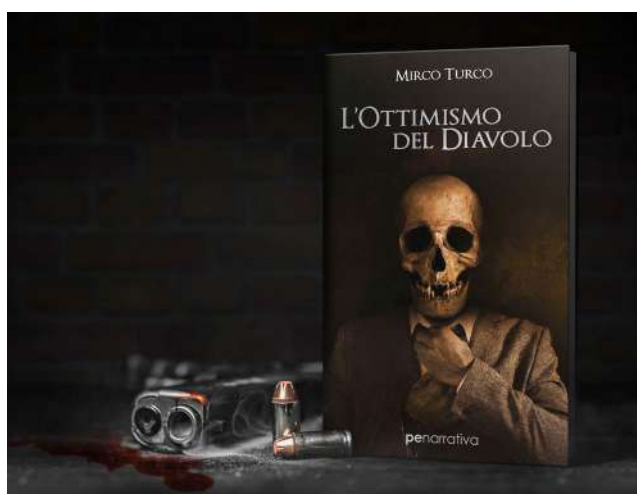
Mirco Turco lo descrive come un **romanzo terapeutico**, poiché ricco di tematiche che possono riguardare tutti e pregno di riflessioni, tra psicologia, terapie, ipnosi, filosofia e simbolismo.

Non è un caso che si faccia riferimento a Jung, Hilman, Erickson, Carotenuto, ...

È un libro ugualmente misterioso e affascinante e si presta a riletture poiché cela, sapientemente, particolari non casuali che potrebbero sfuggire al lettore. Quindi, un vero invito all'investigazione!

Il titolo è apparentemente casuale. Deriva, infatti, dalla lettura di una frase dello scrittore K. Kraus, il quale affermava: *"Il diavolo è ottimista se pensa di poter peggiorare gli uomini"*. Qui, il senso dell'intero romanzo, ma non solo, soprattutto considerando un finale sorprendentemente imprevisto e retroscena inaspettati.

L'Ottimismo del Diavolo è dunque un "vero gioiello" come sostiene qualcuno, un libro da leggere con oculata attenzione, mentre qualcuno sospetta che il dottor Daimon, apparente protagonista del romanzo, sia molto simile allo stesso autore. Il diavolo sembra essere proprio nei dettagli e l'autore sembra sicuramente saperne una più del diavolo!





RELAZIONI CRUDELI, NARCISISMO, SADISMO E DIPENDENZA AFFETTIVA

DI **Nicola Ghezzani**

EDITORE: Franco Angeli Milano (2019)

Come psicoterapeuti, siamo abituati a cogliere la psicopatologia sul versante della sofferenza: dall'ansia panica che divora il corpo e la mente, alle idee ossessive che costringono il pensiero e l'azione in una prigione mentale, dai tormenti del senso di colpa fino alla depressione grave che abbatte l'io riducendolo allo stato del morto vivente. Ma quando analizziamo l'intero spettro della psicopatologia, ci rendiamo conto che esiste tanta psicopatologia opposta a questa, una psicopatologia *apatica*, contrassegnata dalla *insensibilità*: le seduzioni e i conflitti dell'isteria, la violenza cieca degli stati borderline, la freddezza amorale della perversione, il delirio lucido e cinico della paranoia ecc. Ebbene, il primo grande pregio del libro di Nicola Ghezzani *Relazioni crudeli* (FrancoAngeli, Milano, 2019) – e quindi l'interesse che riveste per il tecnico psicopatologo e delle relazioni umane – consiste proprio nell'aver isolato il tratto dell'insensibilità come contraltare dialettico della patologie da senso di colpa, quindi da sofferenza morale, a cui siamo maggiormente abituati. Il concetto di "narcisismo", nato nel 1898 con Havelock Ellis e posto al centro della teoria psicoanalitica da Sigmund Freud nel 1914, col saggio *Introduzione al narcisismo*, ha una storia lunga e variegata. Senza ripercorrerla tutta, è sufficiente osservare che nella letteratura non-scientifica di questi ultimi anni se ne è fatta una sorta di caricatura, atta a contenere ogni sorta di nefandezza. Il pregio che il libro di Ghezzani può avere agli occhi del tecnico è di aver ricondotto il narcisismo in un ambito scientifico, nel quale esso è studiato come patologia prodotta dall'alterazione traumatica

del naturale sviluppo personale verso l'individuazione: in una tradizione che da Anna Freud, attraverso la rivoluzione di John Bowlby, raggiunge da un lato la controversa psicoanalista eretica Alice Miller, dall'altro gli accurati studi di psicoanalisi intersoggettiva di Stephen Mitchell, Phillip Bromberg, Allan Schore.

In questa tradizione, l'analisi del trauma diventa l'oggetto principale di attenzione, soprattutto in relazione alle patologie caratterizzate da isolamento affettivo e comportamenti insensibili e amorali, nate dal rifiuto della relazione conseguente al trauma. Dopo un'analisi delle esperienze di laboratorio di Edward Tronick e Colwyn Trevarthen, Ghezzani annota: «per un bambino di pochi mesi non guardare la madre significa di fatto *rifiutare lo sguardo di qualunque essere umano, rifiutare la relazione umana fondamentale*, perché la madre è il primo essere umano di riferimento. Per lui, rifiutare lo sguardo della madre vuol dire interrompere il circuito dell'empatia e sospendere il rapporto di fiducia con qualunque essere umano, quindi con l'esistenza umana tout court. Nel momento in cui rifiuta la madre, il piccolo attiva un *bisogno di opposizione* la cui funzione è di difenderlo dalla violenza delle relazioni, ma il cui sviluppo può essere peggiore del male. Infatti, allorché il bisogno di opposizione si organizza in una difesa stabile interrompendo l'empatia ottiene l'effetto di paralizzare il suo bisogno complementare, cioè il *bisogno di relazione affettiva*. E se questa linea tendenziale prosegue attraverso l'adolescenza, il risultato finale è la creazione di un carattere anaffettivo stabile: un

carattere controaffettivo, narcisista o isterico, con il definitivo isolamento emotivo e una solitudine interiore senza scampo» (p. 28).

Alle storie cliniche, eleganti nello stile e vive nella rappresentazioni, il libro affianca affascinanti psicobiografie di personaggi illustri, fra le quali fa spicco quella di François de Sade, il padre del sadismo. E qui Ghezzani mostra uno dei punti forti del libro: nonché analisi del narcisismo, esso è accurata disamina di quella perversione caratteriale che è il sadismo, che egli individua come una delle chiavi per capire la modernità.

Ma il libro fa anche di più. Attraverso il testo viene pian piano in luce una concezione nuova e originale della natura umana e della psicopatologia: conteso da due bisogni fondamentali – il *bisogno di appartenenza/ integrazione sociale* e il *bisogno di opposizione/ individuazione* – l'essere umano è un accorto bilanciamento di impulsi amorosi e impulsi ostili, di relazioni umane e di autoreferenzialità soggettiva. Laddove la parte oppositiva si strutturi intorno a introietti e modelli di comportamento insensibili, controaffettivi, sadici, da un lato può stabilizzarsi grazie ad essi, dall'altro può sviluppare formazioni reattive (difese) incentrate sull'ansia e il senso di colpa che inducono stabili psicopatologie riparative. Queste ultime vanno dall'ossessione catastrofica e la depressione ansiosa fino al "masochismo morale" – cui l'Autore aveva già dedicato il libro *Volersi male* (2002) – al comportamento della "vittima latente" (disponibile al proprio olocausto) evidenziato dalla criminologia.

In un viaggio rapido e intenso di dieci capitoli, la psicopatologia dispiega allora la sua trama nascosta. Scrive Ghezzani: «Come già individuato da Eugen Bleuler e dai primi psicoanalisti, Freud e Abraham per primi, l'*ambivalenza*, cioè l'oscillazione fra l'amore e l'odio, è alla base di ogni psicopatologia» (p. 135). Sul versante delle sofferenze masochiste, lancia una nuova categoria psicodinamica: «Chiamo *fascinazione masochista* quella posizione dell'identità per la quale mentre si subisce un dolore, ricercato in modo più o meno conscio da parte di una figura esterna, si soddisfa

una segreta esigenza sadica e persino distruttiva nei confronti del proprio stesso Sé (corpo, mente e beni affettivi), quindi anche nei confronti di persone che, essendo parti di questo Sé, vengono tormentate, maltrattate, danneggiate, distrutte»

(p. 142). Per contro, seguendo la linea della identificazione col persecutore, scoperta da Sándor Ferenczi e Anna Freud, «Chi si identifica col persecutore diviene a sua volta un persecutore, non una vittima. Costui enfatizza la propria rabbia di vittima elevandola di potenza, fino all'odio per la tenerezza, vissuta come spregevole e angosciata debolezza, e quindi al ripudio della relazione umana. Per la via dell'identificazione col persecutore possiamo capire la genesi della crudeltà, della violenza borderline, della perversione sadica» (p. 146).

Cosa dice infine Ghezzani circa le prospettive di guarigione? «La guarigione» egli dice «è possibile, ma necessita di molteplici qualità: una certa sensibilità al senso di giustizia e all'empatia, disponibile ad essere risvegliata; una intelligenza strategica da impegnare in una domanda incalzante circa i fini e il senso della vita; una creatività che aiuti l'elaborazione di nuovi schemi e nuovi progetti di vita. Insomma – per concludere –, *guarire è un fatto etico*. Scolpire nella mente questa massima è di fondamentale importanza. Al di fuori della confusione valoriale generata dai conflitti, *la guarigione è il destino etico in se stesso* ed è pertanto ineluttabile. Chiunque lo comprenda passa dal senso di colpa al principio di responsabilità, dalla passività morale a un'esistenza morale attiva. Solo a questo punto l'individuazione, che si era persa nei meandri labirintici di conflitti senza fine, può riprendere il suo cammino» (p. 163).





STORICIZZARE FREUD

DI Luigi Antonello Armando

EDITORE: Franco Angeli Milano (2019)

A CURA DI: **Francesco Tarantino** Dirigente Psicologo Psicoterapeuta presso l'ASL Lecce

Nella "Presentazione" di questo lavoro l'Autore osserva anzitutto che l'identità della psicoanalisi dipende in gran parte dal racconto delle sue origini. Vi sono stati racconti intesi a mitizzarla presentandola come originata da un atto eroico identificato nell'autoanalisi di Freud; altri intesi a demitizzarla presentandola come il risultato di ricerche che l'avevano preceduta; altri ancora intesi a situarla nella cultura dell'ambiente e del tempo in cui apparve. Il racconto che l'Autore svolge in questo libro tende invece, come annunciato nel titolo, a "storicizzarla", ovvero a definire la funzione che la sua formulazione ha svolto nel contesto della storia personale di Freud letta nel contesto della storia della cultura occidentale.

Nell'"Introduzione", come in uno spartito musicale, l'Autore dà inizio a questa forma di racconto presentando un palpitante e partecipato caso clinico che trova poi pieno svolgimento in un altro caso riportato nell'ultimo capitolo, intitolato "Sulla cura: 2019", cui conducono i capitoli intermedi dedicati al trauma, allo spaesante, al sogno, alla bellezza, al desiderio e al

caso di Dora.

Un riferimento più esteso al primo caso può aiutare a capire l'impianto teorico della ricerca. Si tratta di un paziente di circa 50 anni che dopo quasi sei mesi di psicoterapia racconta questo sogno: «Cammina per le vie della sua città insieme alla sua compagna. La precede di qualche passo fino a perderla di vista. Si trova poi di fronte a un confine. È il confine della Libia. Ha un passaporto che gli consente di attraversarlo. Sa che la Libia e le terre al suo sud sono luoghi pericolosi. Resta dunque sorpreso nel trovare al momento tutto tranquillo. Scorge poi una strada che da quel confine volge verso mete indefinite e desidera inoltrarvisi. Subito dopo si rende conto di avere due portafogli di cui uno, di colore verdino, pensa sia di colei che aveva lasciato indietro. Si sveglia come da un incubo» (Armando, 2019, p.15). Al risveglio il sogno esplode dunque in un incubo la cui motivazione l'Autore riporta a un incontro, quello con una nuova donna, che induce nel paziente uno spaesamento nel quale concorrono la meraviglia e il terrore per l'affacciarsi di un sentire che prospetta possibilità di vita

prima silenti. Quell'incontro costituisce dunque un trauma; ed al trauma è dedicato il primo capitolo del libro.

In esso l'Autore demolisce il codice psicoanalitico tradizionale trascrivendolo radicalmente. Egli distingue il "trauma secondo Freud" dal "trauma di Freud". Il "trauma secondo Freud" si riassume nella sua formulazione del complesso edipico. Il "trauma di Freud" è quanto sta alla base di tale formulazione. Egli la intende infatti come una risposta difensiva di Freud a un evento che lo aveva spaesato costituito dall'incontro, nel 1897, con l'arte e la cultura apparse nel definito momento del Rinascimento italiano compreso nel passaggio dal XV al XVI secolo. Nell'intervista del 2018 già citata in nota (pp. 55-56) egli così si è espresso al riguardo: «L'incontro con l'arte di Leonardo fece temere [a Freud] la catastrofe di quella che chiama la sua mentalità razionalistica ed analitica. Si ritrasse da quell'incontro, si convinse che ad averlo turbato fosse stato l'incontro con l'affresco del Giudizio Universale di Signorelli ad Orvieto e ne tradusse il messaggio in quel complesso di Edipo in base al quale ritenne di poter interpretare anzitutto i sogni. Qualcosa di simile gli accadde di nuovo qualche anno dopo ad Atene. Rimase turbato alla vista dell'Acropoli e questa volta se la cavò sostenendo che a turbarlo fosse stato quel complesso che riteneva di aver scoperto qualche anno prima». Secondo l'Autore questa difesa è basata sul «meccanismo psicologico della dimenticanza», descritto da Freud in uno scritto del 1898, che provoca una sorta di regressione per la quale Freud sovrappose al trauma indottogli dall'incontro con l'arte e la cultura di quel definito momento del Rinascimento il trauma indottogli dalla commistione di morte e sessualità rappresentata nell'affresco di Signorelli; commistione che costituisce il nucleo del complesso di Edipo da lui posto alla base di ogni nevrosi.

Nel secondo capitolo l'Autore approfondisce il tema dello spaesamento. Sostiene che l'incontro con lo spaesante può svolgersi nel terrore

o nella meraviglia e spinge chi lo vive a ridefinire la propria identità. Chiarisce inoltre che l'evento di tale incontro non va inteso in termini esclusivamente privati, ma anche storici in quanto prodottosi con il tentativo di realizzare una cultura del mondo interno che, apparsa nel suddetto periodo del Rinascimento, ha provocato la crisi della cultura del sacro dando inizio alla modernità e che si ripropone nell'oggi ogni qual volta lo sguardo si apre su un mondo interno che non comprende solo il complesso, ma anche quella che uno dei protagonisti di quel passaggio, Leonardo, aveva chiamato «miracolosa cosa».

Il terzo capitolo sviluppa il discorso sul sogno svolto in un precedente lavoro, cui quello qui recensito è strettamente legato, ove il sogno è definito «come un processo di recupero e ritrovamento di quanto perduto e relegato nella dimenticanza» (Armando - Bolko, 2017, p.137). Il quarto capitolo, "Sulla bellezza", commenta il saggio del 1916, *Caducità*, nel quale Freud racconta di una sua conversazione con un poeta che con tutta probabilità era Rilke. L'Autore evidenzia come, in quest'occasione, sfugga a Freud «il motivo del turbamento del poeta». Egli sostiene che quel turbamento non era dovuto, come intese Freud, «alla prospettiva della scomparsa della bellezza della natura e dell'arte, ma a quella della scomparsa della capacità di riconoscerla, goderne e restituirla» (p. 100); e che ciò gli sfugge perché, avendo incontrata tale bellezza nei viaggi in Italia e in Grecia, l'aveva sepolta sotto la formulazione del complesso edipico.

Il quinto capitolo, "Sul desiderio", traccia a grandi linee la storia del modo di intendere il desiderio nella civiltà occidentale per giungere a concludere che la concezione del desiderio come commistione di sessualità e morte è un costrutto di origine biblica che nel corso di tale storia ha assunto la forma di un «delirio culturale» consolidato dalla formulazione del complesso edipico.

Vi è infine la sezione costituita dagli ultimi due



capitoli ("Sulla cura: 1901" e "Sulla cura: 2019") dedicata alla clinica. Essa è, a mio avviso, la parte del libro meglio riuscita, meno speculativa, più ancorata alle "cose".

Nel capitolo "Sulla cura: 1901" l'Autore commenta il caso di Dora. In breve, riferendosi al secondo sogno di Dora, egli sostiene che Freud non tenne conto di quanto da lei vissuto a Dresda nell'incontro con un dipinto di Raffaello perché tale vissuto era lo stesso sperimentato da lui nel suo viaggio in Italia del 1897 e poi dimenticato. Il capitolo porta come sottotitolo "La nemesi". Con ciò l'Autore intende che, con l'interruzione dell'analisi da parte di Dora, Freud paga lo scotto di quella sua dimenticanza. L'ultimo capitolo, "Sulla cura: 2019", ha come sottotitolo "La giunta. Un gioco di specchi e di immagini nel lavoro di uno psicoanalista". In esso l'Autore intende «mostrare, anche attraverso il confronto con quanto detto nel capitolo precedente sul caso di Dora, la ricaduta clinica dei contenuti storici e teorici espressi nel libro; ovvero di mostrare come quei contenuti orientano il processo terapeutico e funzionano nella sua prassi» (p. 129).

Come all'inizio del primo capitolo, anche all'inizio di quest'ultimo l'Autore riporta un sogno di un suo paziente in cui compare una donna. Il sogno è questo: «Appariva una donna nella quale [il paziente] riconosceva la sua attuale compagna. Stava lì un istante, poi la sua immagine sfumava in quella di una donna sconosciuta, un'analista, cui egli mostrava un foglio con un testo incompleto e un data indecifrabile, per ritrovarsi immediatamente dopo sdraiato sul lettino dell'analisi con la analista alle spalle, come in una seduta. Va tutto bene, le veniva dicendo, ma c'è come un grumo, un oscuro indefinibile perturbamento. E subito dopo averle detto così viveva lì, in quella seduta di analisi sognata, qualcosa che non gli era mai successo di vivere in nessuna delle sedute delle sue analisi reali: un momento di vuoto, un non riuscire a pensare e a parlare. Quando lo comunica all'analista, questa interpreta così: È la

giunta» (p.130).

Nonostante vi sia presente, oltre all'esposizione del caso clinico, una fitta rete di riflessioni teoriche, che intrecciandosi in filigrana, ma anche apertamente, al contenuto del testo, provoca un effetto spaesante nel lettore, che potrebbe chiedersi fino a che punto sia fuori luogo il sospetto che l'Autore sia qui anch'egli partito dalla teoria per arrivare alla pratica clinica, questo capitolo, per la profondità dei ragionamenti e per la sua elegante e quasi geniale forma, si avvicina, oso dire, alle migliori opere della letteratura mitteleuropea. Impossibile riportare qui la fitta trama dei passaggi in cui si dipana l'analisi del sogno e del caso. Basti dire che il paziente è egli stesso un analista che chiede a un altro analista, l'Autore, alcune sedute che lo aiutino a comprendere l'enigmatica risposta ricevuta nel sogno sopra riportato; e che quella risposta sta a dire che, per superare il vuoto da lui vissuto, l'analista, momentaneo paziente dell'Autore, deve "aggiungere" qualcosa alla teoria freudiana di cui si avvale: deve "aggiungervi" ciò sulla cui dimenticanza tale teoria si è costruita. La tesi principale dell'Autore è infatti che la psicoanalisi non può essere più intesa come l'ha costruita Freud. Va ripensata includendo nella sua trama teorica ciò che Freud nel costruirla aveva escluso e relegato nella dimenticanza. E' una tesi indubbiamente suggestiva che, sebbene, direbbe Manzoni, "l'è chiara, che l'intenderebbe ognuno", può risultare difficile accettare per il fatto di essere fuori dal coro della letteratura psicoanalitica; tanto più che sembra ambire a riattualizzare una visione del mondo umano alternativa a quella sorta per la reazione, condensatasi poi nella teoria freudiana, alla visione di tale mondo apparsa nel passaggio dal XV al XVI secolo.

Alcune considerazioni possono avvicinare il lettore a tale tesi.

Con la prima intendo evidenziare la specificità della critica dell'Autore alla teoria freudiana.

In un saggio del 1980 ho mostrato come già Svevo abbia tentato una critica di quella teoria. Lo ha fatto sostenendo che la psicoanalisi fornisce spiegazioni mitiche o magico-illusorie ed è perciò «una sciocca illusione» (p.444); che ripropone spiegazioni già fornite dai miti greci, da Sofocle e da Euripide; che non assolve ai compiti d'indagine e di cura perché Freud pretende di «raggruppare tutti i fenomeni di questo mondo intorno alla sua grande teoria» (p.444); e che pertanto va rifiutata per non «finire al manicomio con questi giocattoli» (p.460). Quella di Svevo, che per certi versi anticipa quella demitizzante di Ellenberger, è una critica senza appello che nega ogni realtà, non solo scientifica, ma anche storica, a Freud; mentre la critica dell'Autore si fonda sul riconoscimento della sua realtà storica.

Con una seconda considerazione intendo evidenziare che, nel momento stesso in cui propone una netta separazione da lui, l'Autore stabilisce anche una continuità. Ricorda infatti come Freud abbia avvertito l'incompletezza della sua teoria invitando gli analisti a cercare al di là di essa; e conferisce al proprio lavoro il senso dell'accoglimento di questo invito (Armando, 2019, p. 50; ma si veda anche Armando - Bolko 1917a e Armando - Bolko, 2017 b, pp. 64-71).

Infine voglio richiamare l'attenzione su una "dipendenza" dell'Autore che resta in parte inespressa. Nel demolire il paradigma essenziale del freudismo, cioè il complesso di Edipo, egli chiama infatti in causa psicopatologi fenomenologicamente orientati come Jaspers e Blankenburg. Si rifà alla declinazione jaspersiana del delirio, a partire dall'atmosfera in cui esso sorge: la *Wahnstimmung*, uno stato d'animo delirante, in cui esiste «sempre qualche cosa che è, seppure in modo non chiaro, il germe di un valore e di un significato oggettivo», alimentato da «un sentimento di insensibilità e di incertezza». Questo stato d'animo delirante è insopportabile e spinge istintivamente il malato a cercare un punto fisso

cui aggrapparsi; di conseguenza insorge in lui «una convinzione di determinate persecuzioni, di crimini, di accuse o, in presenza di una direttiva opposta del delirio, di un'epoca d'oro, di una elevazione divina, di una santificazione» (Jaspers, 1913, p.106).

L'Autore chiama in causa anche Blankenburg che nei suoi lavori sulla percezione delirante mette in luce come in essa vada scorto un versante nevrotico o psicotico, ma anche un versante creativo, qualcosa che malgrado tutto rimane integro come avviene nel fenomeno della resilienza. L'Autore chiama infine in causa la fenomenologia anche riferendosi a scrittori che potremmo includere nella letteratura esistenziale contigua a quella husserliana, come Kafka e Murakami.

L'esplicitazione e l'estensione di questi riferimenti alla fenomenologia rafforzerebbe a mio avviso il merito principale di questo libro: quello di contribuire in modo sostanziale a raccogliere l'invito di Freud a cercare al di là della sua stessa teoria ed a sottrarre così la psicoanalisi e la formazione degli psicoanalisti e degli psicoterapeuti a derive religiose, medicalizzanti e scientiste riponendo, in continuità con il precedente libro del 2017, al centro della pratica clinica l'analisi dei sogni liberata dalle strettoie del paradigma freudiano.

BIBLIOGRAFIA

- Armando L. A.(1986). *L'invenzione della psicologia. Saggio sull'opera storiografica di E. Boring*. Roma: Nuove Edizioni Romane.
- Armando L. A. – Bolko M. (2017a). L'insoddisfazione di Freud per "L'interpretazione dei sogni". In: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2017, 51 (3): 375-382.
- Armando A.L. - Bolko M. (2017b). *Il trauma dimenticato. l'interpretazione dei sogni nelle psicoterapie: storia, teoria e tecnica*". Milano: Angeli.
- Blankenburg W. (1998). *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*.



Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Ellenberger H. F. (1970). *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Husserl E. (1913). *Idee per una fenomenologia pura*. Torino: Einaudi, 1969.
- Freud S. (1998). Meccanismo psicologico della dimenticanza. In: *Opere 2*. Torino: Bollati-Boringhieri, 1968.
- Freud S. (1899). L'interpretazione dei sogni. In: *Opere 3*. Torino: Bollati-Boringhieri, 1966.
- Freud S. (1901). Frammento di un'analisi d'isteria. In: *Opere 4*. Torino: Bollati-Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1915). Caducità. In: *Opere 8*. Torino: Bollati-Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1927). L'avvenire di una illusione. In: *Opere 10*. Torino: Bollati-Boringhieri, 1978.
- Jaspers K. (1913). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero scientifico, 1982.
- Manzoni A. (1840). *I promessi sposi*. Milano: Mondadori, 2009.
- Murakami H. (2008). *Kafka sulla spiaggia*. Torino: Einaudi.
- Svevo I. (1938). *La coscienza di Zeno*. Milano: Dall'Oglio, 1974.
- Tarantino F. (1980). La critica di I. Svevo al pensiero di S. Freud. In: *Rivista Folia Neuropsychiatrica*, XXXIII, fascicolo I-IV
- Tarantino F. (2009). La psicoterapia nella prospettiva fenomenologico-esistenziale. In: *Psicopuglia*, 11.
- Tarantino F. (2012). Stati modificati di coscienza: la prospettiva fenomenologica. In: *Psychofenia*, 26.
- Tarantino F. (2015). *Con il cuore e con la mente. Per una prospettiva fenomenologica nelle psicoterapie*. Lecce: Milella.
- Tarantino F. (2018). Schegge di esistenza: Un'intervista di Francesco Tarantino a Luigi Antonello Armando. In: *Psychofenia*, 37-38.



**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 / dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037

Fax: 080 5508355

E-mail: segreteria@psicologipuglia.it
presidenza@psicologipuglia.it

Pec segreteria.psicologipuglia@psyppec.it

Sito www.psicologipuglia.it

N. totale iscritti alla sez. A al 15/11/2019 **5718**

N. totale iscritti alla sez. B al 15/11/2019 **16**

N. totale iscritti con riconoscimento **2573**
per l'attività psicoterapeutica

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente	Dott. Antonio Di Gioia Lunedì ore 16:00 - 18:00
Vice Presidente	Dott.ssa Vanda Vitone Lunedì ore 16:00 - 18:00
Segretario	Dott.ssa Vanna Pontiggia Lunedì e Mercoledì ore 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.

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 340 7771793 o inviando una mail a **consulentefiscale@psicologipuglia.it**

CONSULENZA LEGALE

Avv. Francesco Mascoli

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 368 3204661.

**SPORTELLO DI CONSULENZA SU BANDI
DI FINANZIAMENTO COMUNITARI,
NAZIONALI E REGIONALI**

Dott.ssa Valentina Vitale

Attivo per info il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30.

Indirizzo di posta dedicato:

sportello@psicologipuglia.it.

È possibile fissare un appuntamento contattando con un messaggio WhatsApp il numero 392 7861641.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede dell'Ordine in Bari alla via F.lli Sorrentino n°6.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che



avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione.

Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080 5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare: 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati;

2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

È necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

- 1 L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.
- 2 Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa

annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

- 3 L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;

- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n° 15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.

CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE

dott. Antonio Di Gioia

presidenza@psicologipuglia.it

antonio.digioia.153@psypec.it

VICEPRESIDENTE

dott.ssa Vanda Vitone

vandavitone@virgilio.it

vanda.vitone.289@psypec.it

SEGRETARIO

dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia

vannapontiggia@gmail.com

giovannateresa.pontiggia@pec.it

TESORIERE

dott.ssa Marisa Yildirim

marisayildirim@gmail.com

marisa.yildirim.399@psypec.it

CONSIGLIERI

dott.ssa Paola Annese

paolaannese83@gmail.com

paola.annese.935@psypec.it

dott. Antonio Calamo-Specchia

a.calamospecchia@gmail.com

antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. Geremia Caprioli

capriuoligeremia@gmail.com

geremia.caprioli.467@psypec.it

dott. Ferdinando De Muro

ferdinandodemuro@libero.it

ferdinando.demuro.385@psypec.it

dott. Massimo Frateschi

massimo.frateschi@virgilio.it

massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa Anna Gasparre

gasparre.anna@gmail.com

anna.gasparre.292@psypec.it

dott. Victor Laforgia

victorlaforgia@hotmail.com

victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa Anna Loiacono

annaloiacono.d@gmail.com

anna.loiacono.444@psypec.it

dott. Raffaele Maniglia

raffaele.maniglia.980@psypec.it

dott. Giuseppe Saracino

g.saracino1985@gmail.com

giuseppe.saracino.066@psypec.it

dott.ssa Emanuela Soleti

manusoleti@gmail.com

emanuela.soleti.317@psypec.it

SERVIZIO GRATUITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) PER GLI ISCRITTI:

ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo.

Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
dicembre 2019
Vol. 24

029122914001

WILHELM MAXIMILIAN WUNDT
Psicologo, fisiologo e filosofo tedesco, promotore della scienza indipendente e fondatore del laboratorio di psicologia sperimentale.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 24 - DICEMBRE 2019

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

Via F.Illi Sorrentino, 6 - Bari
Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.

DIRETTORE SCIENTIFICO:

dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Geremia Capriuoli
dott. Antonio Calamo-Specchia
dott.ssa Paola Annese
dott. Massimo Frateschi

STAMPA

Sud Stampa snc di G. Morisco & C.
Sede legale: Via San Giuseppe, 3/d
70026 Modugno (Ba)
Tel. 080 8690998

Il Presidente, il Consiglio
dell'Ordine degli Psicologi della Regione
Puglia, il personale di segreteria e la
redazione,






augurano a tutti i colleghi

Buon Natale
e un felice
anno nuovo





SEGRETERIA ORDINE

 Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari
 +39 080 5421037
 +39 080 5508355
 segreteria@psicologipuglia.it
 www.psicologipuglia.it