

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2020
Vol. 25

ISSN 2239-4001

JOHN BOWLBY

Psicologo, medico e psicoanalista britannico, istitutore della teoria dell'attaccamento, relativa ai legami affettivi all'interno della famiglia.

IN QUESTO NUMERO

4 EDITORIALE DEL PRESIDENTE

■ INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 6 Commissione Psicologia della Salute, dell'Emergenza, Politiche Sociali e del Terzo Settore

■ RICERCHE

- 8 La valutazione neuropsicologica nell'anziano affetto da Demenza di Alzheimer: descrizione del disturbo: metodologia clinica, analisi dei dati e progetto terapeutico di un case report
- 24 Difficoltà di acquisizione delle abilità strumentali di letto-scrittura: un progetto di screening nelle classi terze della scuola primaria
- 36 Misure alternative alla detenzione e recidiva: Una ricerca casistica nella città di Bari

■ RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 64 Il fare terapeutico
- 77 L'amore tossico: i legami affettivi patologici
- 92 Anatomia del trauma: cenni teorico-applicativi integrati
- 101 Le disfunzionalità della famiglia: un'ottica sistematico relazionale

108 Un dolore comune a molte cause: il mal di testa. La visione olistica dell'approccio Funzionale come cardine del successo terapeutico

126 Il nostro naturale repertorio come strumento di Intelligence Applicata

137 Sessualità e adolescenza: dalla "cicogna" alla pornografia

150 La previsione e la diagnosi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo in età infantile e adolescenziale: la correlazione fra gli indici dei test Rorschach, reattivi grafici, MMPI-A e WISC-IV

156 Cambiare il punto di vista negli IAA: gli effetti sul benessere dell'animale

170 La teoria della mente in adolescenza

182 Sogno e percezione psicoevoluzionista della scena

204 Isolamento sociale ed effetti psicologici in tempo di Covid-19

218 L'impatto psicologico della pandemia da Covid-19

226 La comunicazione in sanità: strumento fondamentale nella relazione terapeutica

236 Teleriabilitazione: ambiti applicativi e potenziali sviluppi in emergenza epidemiologica

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 250** Rorschach in corsia:
la terapia con pazienti BRCA
- 266** Due approcci a confronto nel trattamento
dell’Emetofobia: l’approccio centrato
sulla persona e il trattamento
cognitivo-comportamentale
- 277** Maxi emergenza Covid-19: contrasto,
resilienza ed interventi terapeutici
- 284** Volley. Un eccellente strumento
di team building

- 332** Considerazioni su un caso di Disturbo
Borderline di personalità in comorbidità con
Disturbo Bipolare e anoressia nervosa
- 346** Alla ricerca di sicurezza: il caso clinico
di un’adolescente
- 361** RI-generazione con i buoni frutti
- 364** Lo sportello di ascolto psicologico Covid19
per persone cieche e ipovedenti e la rete
del progetto “Stessa Strada per Crescere
Insieme”. Osservazioni a conclusione della
fase uno dell’emergenza sanitaria

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 296** Efficacia del programma di prevenzione
dei Disturbi dell’Alimentazione
e della Nutrizione “Cibo Amico” in
un Servizio di Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione (SIAN)
- 314** Le quattro stagioni di una terapia:
Autunno / Inverno
- 322** The Dark Side of the Moon: un caso di
omofobia interiorizzata mascherata

SPAZIO NEOLAUREATI

- 370** Il modello islandese di prevenzione dell’uso di
tabacco, alcol e cannabis in adolescenza
- 378** La violenza psicologica sul lavoro: il Mobbing.
Teorie e analisi di un caso italiano

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 388** Appunti di conversazioni.
Scuola di Educazione alla Persona
- 390** Più anni e meno danni nel Capo:
a chi appartiene il nostro futuro?



Colleghe e colleghi,

A pochi mesi dall'avvio della nuova consiliatura desidero innanzitutto ringraziare coloro i quali hanno partecipato in prima persona o con l'espressione del voto alla trascorsa competizione elettorale.

Un particolare ringraziamento al consiglio uscente per quanto ha realizzato, per il patrimonio di esperienze, contatti istituzionali, progetti in itinere che ci ha lasciato in dote.

Oggi, ritengo che ciascuno di noi e tutti quanti insieme si sia chiamati a concorrere per delineare ambiti professionali e definire spazi operativi che contribuiscano al benessere dei cittadini e delle comunità. Possiamo ambire a questo obiettivo nella misura in cui riusciremo ad operare sul doppio versante del sistema interno ed esterno. Per un verso, infatti, dobbiamo essere capaci di realizzare sintesi ed elaborare proposte sintoniche ai bisogni della popolazione con spirito costruttivo, realistico e collaborativo, dall'altro abbiamo bisogno di radicare ed implementare il rapporto con gli interlocutori istituzionali già concretizzatosi nelle precedenti consigliature che hanno comportato il conseguimento di numerosi obiettivi professionali e lavorativi.

È fondamentale mantenere vivo il legame all'interno della nostra *"Comunità professionale"*, rafforzare la nostra identità lavorativa, rappresentare con forza la nostra professionalità ampliando gli ambiti occupazionali in maniera innovativa, particolarmente laddove la professione di *Psicologo* non ha ancora attecchito.

Particolare attenzione verrà pertanto destinata alla lotta all'abusivismo della professione e alla formazione continua dei professionisti allo scopo di garantire ai cittadini ed alla comunità standard qualitativi di intervento sempre di elevata professionalità e aderenti ai bisogni della popolazione.

Verrà implementata la realizzazione delle iniziative formative anche grazie ad una continua e costante ricerca, conoscenza e condivisione di risorse individuali e professionali, nell'ottica della valorizzazione delle risorse di cui la comunità degli psicologi di Puglia dispone per poter offrire a tutti gli iscritti un confronto ed una crescita professionale in una logica sia di peer to peer che di bottom-up.

Dall'insediamento ad oggi il consiglio ha lavorato alacremente, non senza difficoltà legate alla contingenza del coronavirus.

Costituite le Commissioni consiliari:

- Commissione Etica e Deontologia, Tutela della Professione e Contrasto all'abusivismo;
- Commissione Attività formative e culturali. Convegni, convenzioni, partenariati e patrocini;
- Commissione Psicologia della salute, dell'emergenza, Politiche sociali e del Terzo settore;
- Commissione Psicologia scolastica, del lavoro, delle organizzazioni e di comunità;
- Commissione comunicazione, Redazione rivista *Psicopuglia* e Comunicazione digitale;
- Commissione Paritetica dell'Università di Bari;
- Commissione Paritetica dell'Università del Salento;
- Commissione Contratti,

è stato sottoscritto, il 31 gennaio 2020, il *"Protocollo Codice Rosso"*, con la Procura della Repubblica di Foggia.

Nel delicato momento storico e sociale, caratterizzato dall'apice della pandemia da Covid-19, gli psicologi pugliesi hanno sentito l'esigenza di dare un concreto segnale solidale alle richieste di aiuto della popolazione.

Il consiglio ha fatto propria tale disponibilità ed ha costituito una task force congiuntamente alla "Sipem" (Società Italiana Psicologia Dell'Emergenza), alla associazione "Emdr" (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ad alcuni comuni della regione Puglia, a diverse realtà professionali, ad associazioni di volontariato ed alla Protezione Civile.

Sono stati messi a disposizione della popolazione, degli operatori sanitari in prima linea, di soggetti colpiti dal covid 19 e delle loro famiglie i numeri telefonici delle consigliere Laura Corvaglia ed Anna Palumbo, alle quali va il mio personale ringraziamento, che hanno coordinato, monitorato e garantito le operazioni di accoglienza, filtro e presa in carico delle condizioni di sofferenza della comunità. Un ringraziamento sincero va anche alle centinaia di colleghi che hanno offerto la loro solidale disponibilità a favore dei soggetti in condizione di particolare fragilità.

È stato inoltre costituito un gruppo di lavoro consigliare per la emergenza legata al coronavirus

In questi primi mesi di consigliatura, particolare attenzione è stata posta per creare un dialogo aperto e proficuo con le Istituzioni per valorizzare la nostra professione.

Il giorno 11 marzo 2020 ho inoltrato una nota al Presidente della Regione Puglia, al Direttore del Dipartimento Promozione Salute – Regione Puglia ed ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. pugliesi, per chiedere il reclutamento di psicologi, espressamente previsto nel DL 14/2020, per garantire interventi di sostegno psicologico alla popolazione, al personale e alla popolazione carceraria e per richiedere l'attivazione della figura del "referente della funzione di supporto psicosociale", previsto dalla Direttiva PCM 13 giugno 2006, figura che potrebbe essere di supporto alla figura del "Referente sanitario regionale" previsto dalla Direttiva 20 agosto 2016.

Il 21 maggio 2020, ho inviato una lettera aperta al Presidente della Regione Puglia, al Vice Presidente e al Presidente della Commissione Sanità, nella quale ho evidenziato il notevole impegno profuso dagli psicologi pugliesi e nazionali, intervenuti sin dalla prima grave fase emergenziale, ho ribadito la necessità di implementare la presenza degli psicologi nei servizi pubblici sociali, sanitari e del terzo settore ed ho sottolineato l'indifferibilità di una prima attuazione del convenzionamento con gli studi di psicologia e di psicoterapia, per garantire le prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche previste dai LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017, con l'adeguamento alla legge Regionale n. 9/2017, già modificata con legge Regionale n. 65/2017.

Infine, ho rimarcato la necessità sia di dare piena attuazione alla Legge Regionale n° 46 del 11/10/2019, relativa al servizio di Psicologia Scolastica, che di istituire il servizio di Psicologia di base e delle cure primarie. Finalmente, dopo un lungo ed intenso lavoro del consiglio uscente e della apposita commissione del consiglio regionale, qualche giorno fa il Consiglio Regionale della Puglia ha deliberato l'istituzione dello psicologo di base incardinandolo nelle cure primarie dei distretti socio sanitari. Abbiamo la necessità di ridisegnare la struttura organizzativa dell'Ordine della Puglia per adeguarla in termini di risorse umane e tecnologiche alle sfide che ci attendono.

Occorre INVESTIRE IN FUTURO, con una visione lungimirante che coniughi le legittime ambizioni e sogni dei colleghi con le reali possibilità di vedere concretizzati i propri progetti attraverso risorse finanziarie regionali, nazionali, comunitarie e con l'intervento di soggetti pubblici e privati.

Un ruolo determinante, a questo proposito, assumono le realtà universitarie e formative pugliesi con le quali occorre investire in maggiore sinergia per favorire percorsi di sviluppo professionale e lavorativo in sintonia con i bisogni della popolazione e delle comunità.

Bari 14 giugno 2020
Vincenzo Gesualdo



COMMISSIONE PSICOLOGIA DELLA SALUTE, DELL'EMERGENZA, POLITICHE SOCIALI E DEL TERZO SETTORE

Coordinatore
Geremia Caprioli

Componenti
Laura Corvaglia
Anna Palumbo
Anna Gasparre
Massimo Frateschi

La commissione Psicologia della Salute, dell'Emergenza, Politiche Sociali e Terzo Settore, poco dopo la sua implementazione ha dato avvio ad una celere organizzazione per il fronteggiamento dell'emergenza sanitaria legata al Covid-19, che ha colpito il nostro paese dal febbraio 2020.

Dopo un primo step di attenta pianificazione dell'intervento, l'Ordine degli Psicologici della Regione Puglia, ha costituito una Task Force di psicologi disponibili a fornire supporto telefonico alla popolazione. All'iniziativa hanno aderito sia le associazioni specializzate in Psicologia dell'Emergenza, l'associazione EMDR ITALIA e l'Associazione SIPEM SOS Puglia, ché i colleghi

iscritti al suddetto Ordine.

Si è provveduto, inoltre, in collaborazione con l'Associazione Fratellanza Popolare e il Comune di San Vito Dei Normanni, all'attivazione di un numero verde, **800 01 02 40**, per il **Sostegno Psicologico al Personale Sanitario** attivo tutti i giorni, per il quale i colleghi specializzati in Psicologia dell'Emergenza sono stati organizzati in turnazioni. È stato inoltre istituito il **Supporto Telefonico alla popolazione in generale** attraverso i recapiti delle consigliere referenti del progetto, la Dr.ssa Corvaglia e la Dr.ssa Palumbo. Per questo ultimo servizio di supporto si è fatto ricorso alla numerosa Task Force di tutti gli psicologi della Regione Puglia che hanno dato la



loro disponibilità.

I servizi di supporto telefonico saranno attivi fino alle fine della pandemia; continua la collaborazione da parte dell'Ordine con le associazioni sopra citate, che attualmente sono state inserite nel numero verde, messo a disposizione dal Ministero della Salute.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha, inoltre, preso contatti con la Protezione Civile per il coordinamento durante l'emergenza, nonché con il Presidente della Regione Puglia, il Direttore del Dipartimento Promozione Salute Regione Puglia e le Asl pugliesi al fine di rendere attuativi sia il DPCM 200 del 2006, per l'attivazione del Referente della funzione del supporto sociale e

delle EPE, come previsto dalla normativa, sia il DPCM del 2013, che prevede la presenza dello psicologo all'interno dei PASS, sia l'attuale DL n.14 2020 al fine di integrare il fabbisogno organico della professione di Psicologo all'interno delle strutture sanitarie.

La commissione, inoltre, in linea con il CNOP, ha elaborato delle linee guida utili per la popolazione per la gestione dei vissuti emotivi provocati dall'emergenza.

È stata infine messa a disposizione dei colleghi, in collaborazione con PsyDit una piattaforma online, per garantire la possibilità agli psicologi Pugliesi di proseguire la propria attività attraverso dei canali digitali che garantiscono la riservatezza del setting e dei dati personali.



LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELL'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA DI ALZHEIMER: DESCRIZIONE DEL DISTURBO

METODOLOGIA CLINICA, ANALISI DEI DATI E PROGETTO TERAPEUTICO DI UN CASE REPORT

Mirko Filippo Silipo

Psicologo Clinico-Forense
Esperto in Neuropsicologia Clinica
dell'Età Evolutiva, dell'Adulto e
dell'Anziano

RIASSUNTO

La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da perdita o diminuzione delle funzioni cognitive, tra cui costantemente la memoria, di entità tale da interferire e/o impoverire del tutto le usuali attività sociali, lavorative e quotidiane del paziente. Ne consegue che la progressione dei deficit cognitivi, nel tempo, giunge a compromettere l'indipendenza del soggetto affetto da patologia dementigena in tutte le attività della vita quotidiana, al punto da renderlo totalmente bisognoso di supervisione costante e assistenza continuativa da parte dei familiari o di personale qualificato.

In questo quadro clinico la valutazione neuropsicologica è un fondamentale passaggio diagnostico, al fine di valutare lo stato di salute mentale, la funzionalità e le abilità cognitive globali dei

soggetti affetti da patologia neurodegenerativa. Nello specifico, l'esame clinico dovrà essere svolto secondo un preciso modello metodologico che prevede un *assessment* psicodiagnostico basato su una dettagliata raccolta anamnestica, effettuata in presenza di un familiare e/o *caregiver*, sull'osservazione della documentazione medica, sul colloquio clinico, su una misurazione psicométrica, eseguita attraverso la somministrazione di una batteria di test standardizzati, sulla stesura di un referto e sull'inquadramento diagnostico, con l'obiettivo di descrivere lo specifico funzionamento del soggetto e organizzare follow-up e interventi riabilitativi.

PAROLE CHIAVE

Demenza, Malattia di Alzheimer, Valutazione Neuropsicologica, Riabilitazione, *Caregiver*.

INTRODUZIONE

La riduzione del tasso di natalità e l'allungamento della durata media della vita, nel tempo, hanno determinato una rilevante rivoluzione demografica nella società contemporanea. Secondo alcuni studi anglosassoni, negli ultimi cento anni, in Inghilterra, il numero di persone che ha superato i 65 anni è quadruplicato ed il numero di quelle che ha più di 85 anni è aumentato di sette volte; negli Stati Uniti, i soggetti che hanno superato i 65 anni è aumentato di circa 600.000 individui l'anno. In Italia, il quadro demografico della popolazione in età senile segue lo stesso trend di crescita. Tale fenomeno ha portato, come principale risultato, l'incremento della popolazione anziana e, di conseguenza, l'aumento delle patologie legate all'invecchiamento. Ciò ha quindi stimolato il mondo scientifico allo studio dei meccanismi che sono alla base dell'invecchiamento fisiologico del cervello e delle cause che provocano l'insorgenza di patologie demenziogene; è emerso che tali malattie compromettono le funzioni cerebrali più nobili e, pertanto, anche le funzioni cognitive, con la conseguente compromissione e perdita della capacità di condurre una vita autonoma ed indipendente: stiamo parlando delle demenze (Scortegagna 2005). Durante il decorso clinico, oltre ai sintomi cognitivi, sono presenti anche sintomi non cognitivi che interessano la sfera della personalità, dell'affettività, dell'umore, del comportamento e delle funzioni vegetative (Trabucchi et al., 2003). Ad oggi, la demenza, in tutte le sue forme, è una tra le più importanti problematiche dei sistemi sanitari e, pertanto, si rende fondamentale chiarirne l'origine e le peculiarità e scoprirne le terapie per intervenire tempestivamente, al fine di rallentarne lo sviluppo ed il progredire del deficit neurodegenerativo. Tra le più comuni malattie neurodegenerative la malattia di Alzheimer (AD) rappresenta il 50-60% dei casi di demenza: si presenta per lo più in età senile e lascia limitate possibilità di sopravvivenza. Studi scientifici dimostrano che la prevalenza dei casi di AD raddoppia ogni 5 anni dopo i 65 anni, fino a

raggiungere valori di oltre il 20% al di sopra degli 85 anni (Ferri, 2005). Ulteriormente, la patologia definita demenza vascolare (VaD) è la seconda causa di demenza, dopo l'AD, soprattutto nella popolazione anziana, con una prevalenza del 10-20% dei casi (Gorelick et al., 1994). Nello specifico, con il termine VaD si intendono tutte le forme di deterioramento mentale secondarie ad un'encefalopatia su base ischemica o emorragica. Inoltre, è importante aggiungere che la possibilità di una concomitante presenza di AD e componenti vascolari spesso può confondere la relazione fra le malattie cerebrovascolari e la VaD; infatti, ad oggi, la comunità scientifica non ha ancora risposto alla domanda se l'AD e la VaD siano patologie coesistenti ma non correlate, o se siano, invece, il risultato di meccanismi patologici sinergici. Pertanto, la coesistenza della malattia di Alzheimer e della demenza vascolare assume e presuppone caratteristiche simili e viene definita demenza "mista".

NEUROFISIOPATOLOGIA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa irreversibile e si caratterizza per il progressivo decadimento cognitivo, associato ad un insieme di cambiamenti della personalità e di alterazioni della lucidità mentale (Morris, 1996). Tali manifestazioni patologiche trovano riscontro in una serie di modificazioni di ordine neurobiologico al livello della corteccia cerebrale, a partire dal lobo temporale e dalle regioni sottocorticali, soprattutto del "locus ceruleus" e del "nucleo basale di Meynert" (Thomas, Pesca, Cassuto, 1984). Dal punto di vista delle modificazioni strutturali e metaboliche cerebrali è stato osservato un malfunzionamento caratterizzato dalla progressiva estensione delle lesioni neuronali degenerative e da una specifica sequenza di cambiamenti continui nelle aree corticali e sottocorticali. Nello specifico, le aree cerebrali che inizialmente sembrano sviluppare le prime alterazioni sono le strutture mediane temporali (Almkvist, 1996), da qui i processi

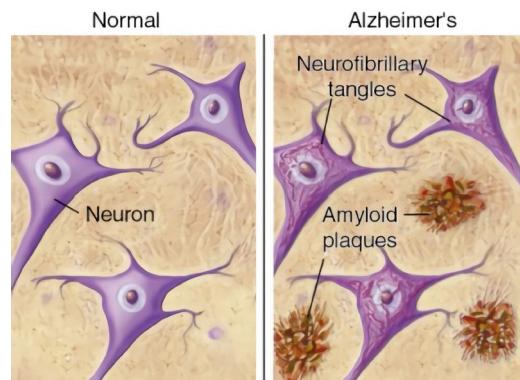


patologici si estendono in maniera graduale fino ad includere tutte le aree associative della corteccia ed i nuclei sottocorticali, arrivando ad intaccare, negli stadi terminali, le strutture che regolano le funzioni motorie (Braak, 1996). Tali alterazioni sono causate da lesioni degenerative dei neuroni e sono responsabili dello sfoltimento di alcune popolazioni neuronali e della crescente insufficienza dei neurotrasmettitori, soprattutto di quelli che la corteccia riceve dalle strutture sottocorticali, come l'acetilcolina, la noradrenalina e l'L-DOPA (Qiron et al, 1986). Pertanto, il progressivo impoverimento dei neuroni provoca l'atrofia del tessuto cerebrale e la crescente diminuzione del dialogo interneuronale (Morris, 1992), dando luogo a deficit iniziali della memoria episodica e, a seguire, alla compromissione delle abilità verbali, delle funzioni visuo-spaziali, dell'attenzione e delle funzioni esecutive (Almkvist, 1996).

Le modificazioni neuropatologiche vengono considerate dei "marker" biologici, cioè degli elementi la cui presenza è indicativa della malattia, e comprendono due tipi di eventi patologici: quelli che apparentemente non sono correlati con la chimica delle placche senili e dei viluppi neuro-fibrillari e quelli correlati direttamente alla composizione dei viluppi neuro-fibrillari e alla presenza dell'amiloide extraneuronale (Altman, 1989). I primi comprendono tutte le alterazioni di origine metabolica che riguardano i vari cambiamenti nei neurotrasmettitori e nel liquido cerebrospinale: alterazioni a carico delle proteine strutturali che causano un difetto di composizione dei microtubuli (Ksiezak e Reding 1988) o cambiamenti nella fluidità di membrana e anomalie negli acidi nucleici (Bradley et al., 1988). La seconda categoria risulta composta dalla presenza delle placche senili dei viluppi neuro-fibrillari e da depositi di sostanza amiloide all'interno delle pareti dei vasi sanguigni del cervello che danno luogo all'angiopatia amiloide, cioè un accumulo di materiale proteico

amiloide all'interno delle pareti dei vasi cerebrali (Thomas, Pesce, Cassuto, 1984). Pertanto, la caratteristica principale di queste alterazioni istopatologiche è la presenza dell'accumulo progressivo di materiale fibroso insolubile sia nelle aree extracellulari che in quelle intracellulari: *la maggior parte delle alterazioni intra-neuronali è rappresentata dalla presenza di viluppi neuro-fibrillari e da alterazioni del citoscheletro neuronale; i viluppi neuro-fibrillari si sviluppano dal corpo delle cellule nervose e, alcuni tipi, si estendono fino all'interno dei dendriti, mentre altri formano strutture globulari confinate dentro il corpo cellulare, trasformandolo in una struttura extracellulare chiamata anche ghost-tangle* (Alzheimer, 1907).

In conclusione, gli elementi che maggiormente correlano con la gravità della demenza sono senza dubbio il livello di sfoltimento delle sinapsi presenti nelle aree associative (Therry et al, 1991) e la quantità di viluppi neuro-fibrillari riscontrabili (Arrigada et al, 1992).



EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer (AD) è esplosa negli ultimi 20 anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e, ad oggi, rappresenta il 50/60% di tutte le sindromi degenerative

conosciute. Nel mondo gli ammalati ammontano a circa 25 milioni e, solo in Italia, si registrano oltre 800 mila casi, con circa 80 mila nuove diagnosi ogni anno. Secondo il bollettino epidemiologico nazionale (2005), negli ultra-sessantacinquenni, la prevalenza è del 4,4% che aumenta con l'aumentare dell'età, fino ad arrivare al 26,6 % per le donne sopra i novanta anni e al 17,6 % per gli uomini ultranovantenni.

I FATTORI DI RISCHIO NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Le cause della malattia di Alzheimer sono tuttora oggetto di discussione, tuttavia, sono stati individuati alcuni significativi fattori di rischio, i quali possono essere distinti in fattori modificabili e non modificabili.

I fattori di rischio patogenetici non modificabili sono:

- *l'età*, la prevalenza della patologia aumenta esponenzialmente a partire dai 65 anni; tuttavia, possono essere colpiti anche soggetti più giovani, tra i 35 e i 60 anni;
- *il sesso*, la malattia risulta essere circa due volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini;
- *la genetica*, il fattore genetico più conosciuto è l'allele 4 dell'apolipoproteina E (APOE).

I principali fattori di rischio modificabili sono: *il fumo*, *l'abuso di alcol*, *la cattiva alimentazione*, *l'obesità*, *la sedentarietà*, la prevenzione delle *patologie cardiovascolari* (diabete, ipertensione arteriosa), *disturbi psichiatrici* (depressione), *traumi cranici* e *infarti del miocardio* (possono portare alla demenza accelerando la produzione di beta-amiloido) e *l'esposizione continuata a fitofarmaci* utilizzati in agricoltura.

PROGRESSIONE GERARCHICA DELLA SINTOMATOLOGIA NELL'AD

I sintomi della malattia di Alzheimer possono variare a seconda del soggetto e dello stadio della malattia; nello specifico, il decorso neurodegenerativo rispetta le seguenti fasi:

FASE INIZIALE

- Minimo disorientamento spazio-temporale
- Difficoltà nel ricordare eventi recenti
- Difficoltà nel trovare le parole con relativa conservazione della capacità di comprensione
- Aprassia costruttiva per disegni tridimensionali
- Ansia/depressione/negazione di malattia
- Difficoltà sul lavoro
- Assenza di alterazioni motorie

FASE INTERMEDIA

- Disorientamento spazio-temporale
- Deficit di memoria di entità moderato-grave interferente con le attività quotidiane
- Disturbi del linguaggio (parafasia, anomie, circonluzioni, deficit di comprensione)
- Aprassia costruttiva
- Aprassia ideativa e ideo-motoria, aprassia dell'abbigliamento
- Agnosia
- Alterazioni comportamentali
- Bradicinesia, segni extrapiramidali
- Necessità di essere stimolato nella cura della propria persona

FASE TERMINALE

- Completa perdita delle abilità cognitive
- Difficoltà nel riconoscere volti e luoghi familiari
- Rigidità, bradicinesia, crisi epilettiche, miocloni
- Aggressività, wandering
- Completa perdita dell'autosufficienza nel lavarsi, vestirsi e alimentarsi
- Incontinenza sfinterica
- Morte



EMOZIONI DEL MALATO DI ALZHEIMER E DISTURBI COMPORTAMENTALI

L'Alzheimer è una patologia che colpisce le funzioni cognitive indispensabili per relazionarsi con gli altri (memoria, attenzione, linguaggio) e, pertanto, è da sempre considerata come una malattia spaventosa e subdola che porta via i ricordi di un'intera vita; il non essere più in grado di adempiere autonomamente alle attività quotidiane spesso comporta sentimenti di insicurezza, impotenza, confusione, rabbia, dispiacere, delusione e diffidenza (Diesfeldt, 1984) e, inoltre, vissuti depressivi e stati d'ansia sono frequentemente interpretati in letteratura come reazioni all'invalidità (McLean, 1987; Lipowski, 1985; Diesfeldt, 1984; Reifler, 1986; Lazarus, 1987; Group for the Advancement of Psychiatry, 1988; Claus, 1989). A tal proposito, l'esperienza e i dati sulla presenza dell'ansia e della depressione tra questi pazienti sembrano indicare che gran parte dei malati di Alzheimer provano come particolarmente stressanti le deficienze del funzionamento e, con l'aggravarsi della malattia, manifestano anche disturbi di tipo comportamentale che possono avere un decorso fluttuante, esordire in qualsiasi stadio della malattia ed avere un impatto negativo sulla gestione quotidiana, in quanto rappresentano la principale fonte di stress per il *caregiver* e la famiglia.

Tra i principali disturbi affettivo-comportamentali vi sono:

- *l'apatia*: intesa come perdita di motivazione e iniziativa volontaria;
- *la depressione*: sintomatologia fluttuante che, talvolta, può manifestarsi anche nel primo stadio della patologia, in quanto è un sintomo precoce legato alla coscienza della malattia;
- *i deliri*: di latrocínio, di persecuzione, di documento e di misidentificazione;
- *le allucinazioni*: sia visive che uditive, con percezione distorta delle fonti sonore ambientali;
- *l'agitazione psicomotoria*: spesso associata ad aggressività fisica e/o verbale, costituisce la causa più importante di richiesta di ricovero in strutture residenziali;
- *l'ansia*: intesa come insorgenza di "nervosismo" o

sintomi somatico-neurodegenerativi;

- il *disturbo del comportamento motorio*: associato a presenza di azioni o movimenti ripetitivi afinalistici (acatisia) e tendenza al fenomeno del "vagabondaggio", ossia *wandering*;
- *l'insonnia*: insieme all'aggressività è il principale motivo di istituzionalizzazione;
- i *disturbi del comportamento alimentare*: tipico è il cambiamento del gusto.

I DISTURBI COGNITIVI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

I disturbi cognitivi sono determinati da cause organiche che danneggiano l'armonico funzionamento delle cosiddette funzioni "razionali" della psiche (attenzione, memoria, funzioni visuo-spaziali, linguaggio e funzioni esecutive) che, nel tempo, appaiono compromesse in diverse misure. Pertanto, i domini cognitivi maggiormente danneggiati nella malattia di Alzheimer dipendono da:

Disturbi Mnesici

inizialmente il disturbo si manifesta con difficoltà nel riconoscimento di piccoli avvenimenti quotidiani (messaggi telefonici, commissioni da svolgere, nomi) associate alla compromissione del linguaggio spontaneo (nomi giusti in riferimento a oggetti noti). Nei pazienti affetti da demenza di Alzheimer la *memoria a breve termine* (MBT) risulta compromessa ad un livello medio di progressione della malattia, sia per quanto riguarda l'aspetto fonologico che quello visuo-spaziale (Almkvist e Backman, 1993; Morris, 1992). Nello specifico, la MBT si contrappone alla memoria a lungo termine, secondo la dicotomia introdotta da Jeams (1950) e la sua funzione è quella di permettere la registrazione momentanea di eventi appena percepiti. Anche la *memoria a lungo termine* (MLT) nel tempo risulta compromessa, ma non nelle fasi iniziali. Essa può essere divisa in sottosistemi distinti (Baddeley, 1992), in base alla loro capacità di permettere un ricordo consapevole o non consapevole, utilizzando i termini esplicita o implicita (Schacter et al., 1982) – dichiarativa o non dichiarativa (Squire, 1992). Durante il decorso della malattia la componente di memoria che appare più

compromessa è quella che contiene informazioni di eventi e le loro relazioni spazio-temporali (Tulving 1972, 1984), indicata come *memoria episodica*. Pertanto, il disturbo iniziale è una generale "smemoratezza" che riguarda la *memoria anterograda* (memoria per i piccoli fatti quotidiani che permette, al momento giusto, di fare qualcosa di già programmato) (Wilkins e Baddley, 1978). Progressivamente, il disturbo tende ad aggravarsi sempre più, inducendo il paziente a dimenticare la grande maggioranza dei fatti che accadono nella sua vita (Splinnler, 1996) e a mostrare l'assenza di elementi mnestici su cui contare e ai quali fare riferimento per svolgere anche le normali attività della vita quotidiana; ciò, è stato attribuito alla perdita della *memoria semantica*, l'altra grande componente della memoria dichiarativa, che consiste in conoscenze comprendenti: parole, concetti e i loro significati, associazioni e regole. Il funzionamento della memoria semantica è mediato da un "network" di strutture neocorticali anteriori e posteriori, più specificamente è stato dimostrato il ruolo della corteccia temporale anteriore e laterale, generalmente di sinistra (Thompson-Schill, 2003). Ulteriormente, anche la *memoria autobiografica*, definita memoria semantica personale, che comprende tutti i ricordi della propria vita, risulta compromessa precocemente e si aggrava con il progredire della malattia. In conclusione, la degenerazione della malattia di Alzheimer, comporta la compromissione della memoria a breve termine, sia negli aspetti verbali che visuo-spaziali, e significativi deficit della memoria a lungo termine, semantica ed episodica. Al contrario, la memoria procedurale appare a lungo preservata.

Disturbi delle Funzioni di Controllo

l'attenzione rappresenta una componente importante nei processi cognitivi, in quanto essa recluta le risorse per pianificare e svolgere i vari compiti della vita quotidiana (Kahneman, 1973, Norman e Shallice 1987). Tali disturbi fanno la loro comparsa durante il decorso della malattia, in una fase secondaria e successivamente a quelli della memoria, presentando un grado di severità minore (Almkvist, 1996). Nello specifico, si può sostenere

che un paziente può risultare compromesso, in maniera progressivamente grave, sia nelle abilità di dominio delle cosiddette funzioni strumentali (Splinner 1991), presentando agnosia, aprassia costruttiva e dell'abbigliamento, deficit della cognizione spaziale, disorientamento topografico e deficit visuo-percettivi (prosopoagnosia), sia nelle funzioni specifiche di controllo (attenzione).

Disturbi del Linguaggio

l'area del linguaggio è caratterizzata da deficit che, all'esordio della malattia, possono risultare poco evidenti; pertanto, inizialmente, effettuare un adeguato screening diagnostico, attraverso la somministrazione di test specifici, può rappresentare un importante fattore predittivo per rilevare e intercettare in tempo la presenza di eventuali caratteristiche non omogenee che, con il progredire del processo degenerativo, rischiano di diventare sempre più evidenti e, quindi, condizionare la comunicazione verbale. Alcuni studi hanno evidenziato sia disturbi di natura afasica (Gavazzi et al, 1990), legati a lesioni focali nelle aree del linguaggio dell'emisfero sinistro, sia difetti riconducibili a deficit dell'attenzione e a disturbi mnesici (Belleville et al, 1996; Gradman et al, 1990; Orsin et al, 1988; Dannembaum et al, 1988). Pertanto, la progressione del deficit linguistico segue un processo degenerativo che all'esordio della sintomatologia può manifestarsi con la presenza di anomie (Kirshner et al, 1984; Beeson et al, 1997) ed incertezze che il paziente sembra ancora in grado di riconoscere e correggere (Luzzati, 1996), ma che in seguito tenderà a provocare una diminuzione del vocabolario, la compromissione delle capacità discorsive e passività comunicativa a cui il soggetto compenserà con un uso crescente di parole "passe-par-tout" (Critchley, 1964; Nicholas et al, 1985; Spinnler, 1985), fino a provocare nel paziente una grave alterazione della comunicazione che risulterà caratterizzata da scarsa produttività comunicativa (Empty-specch, Benson, 1979) e dalla presenza massiccia di circonlocuzioni e anomalie (Spinnler, 1985), determinando un quadro clinico nel quale l'ulteriore insorgenza di stereotipie ed ecolalie comprometterà la produzione verbale



spontanea che, nel tempo, tenderà ad annullarsi e/o a ridursi notevolmente. Infine, nella fase avanzata della demenza di Alzheimer, l'aggravamento della sintomatologia comporterà la comparsa di ulteriori deficit di funzionamento, come ad esempio l'agrammatismo e i difetti di denominazione o produzione delle parole (Nebes, 1989).

Disturbi Visuo-Spaziali

incidono significativamente nell'insorgenza di un ulteriore danno nella percezione visiva, nella costruzione visiva e nel ragionamento visuo-spaziale (Nerary e Snowden, 1987). Nello specifico, l'insieme delle abilità visuo-spaziali può essere definito come la generale capacità di percepire, di agire e di operare sulle rappresentazioni mentali, attraverso specifiche coordinate spaziali.

Disturbi nell'Emotion Processing

il termine *emotion processing* in letteratura indica la capacità cognitiva di comprendere sia lo stato emotivo degli altri, sia di riuscire a comunicare il proprio, utilizzando vari canali come, ad esempio, l'espressione facciale e la prosodia, oltre che le abilità di comprendere il contenuto emotivo di diverse situazioni ambientali. Ulteriori studi che hanno affrontato il problema dell'*emotion processing* nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer, hanno quasi unitamente mostrato la presenza di deficit nel processo di codifica delle informazioni di tipo emotivo, non dimostrandosi, però, concordi sulle cause del disturbo: alcuni studiosi le attribuirono ad una specifica perdita delle abilità di processazione delle emozioni (Allender et al, 1989; Hargrave et al, 2002), altri affermarono che la performance deficitaria dei pazienti con AD nei compiti di *emotion processing* è da considerarsi secondaria ad altri deficit cognitivi già presenti nella malattia (Roudier et al, 1998), e altri ancora (Cadieux et al, 1997; Roudier et al, 1998) ipotizzarono che i meccanismi disfunzionali potessero dipendere dalla differenziazione emisferica e dalla diversa incidenza di deficit neuropsicologici ad essa legata. Ulteriormente, le ricerche che hanno studiato le funzioni relative al riconoscimento facciale e delle espressioni facciali

sono concordi nel riportare due risultati fondamentali: il primo illustra che i pazienti affetti da AD presentano significativi deficit nel riconoscere l'identità dei volti, il secondo riporta come preservata la capacità di discriminare tra una espressione del viso neutra ed una emotiva (Allender et al, 1989; Borsgole et al, 1981; Lavenu et al, 1999). Inoltre, secondo l'ipotesi di Lavenu e coautori 1999, la presenza del disturbo dell'*emotion processing* indica l'esistenza di un malfunzionamento a carico di una specifica abilità per le singole emozioni, e non dunque, quindi, al decadimento di più domini cognitivi. A tal proposito, le ricerche e gli approfondimenti a riguardo sono stati numerosi ma, in definitiva, possiamo sostenere che la letteratura scientifica è concorde nel sostenere che i pazienti affetti da malattia di Alzheimer riscontrano severe difficoltà nel riconoscere e discriminare le diverse emozioni e, di conseguenza, appaiono predisposti a manifestare disturbi comportamentali e anaffettività.

CASE REPORT

Premessa

La valutazione neuropsicologica è stata richiesta dai familiari della paziente al fine di valutare dal punto di vista psicologico-clinico lo stato di salute mentale e le abilità cognitive globali della suddetta paziente, e di utilizzare la seguente documentazione come atto da allegare alla relazione medico-legale. L'esame clinico è stato svolto secondo il seguente modello metodologico che prevede un *assessment* psicodiagnostico basato su:

- osservazione della documentazione prodotta;
- colloquio con la figlia e raccolta anamnestica;
- colloquio clinico con la paziente ed esame obiettivo psichico;
- somministrazione di test neuropsicologici;
- valutazione neuropsicologica;
- referto neuropsicologico;
- considerazioni psicologico-cliniche;
- conclusioni psicodiagnostiche;
- colloquio di restituzione.

La paziente giunge all'osservazione accompagnata dalla figlia, entrambe sono state informate

sulle motivazioni e sui contenuti della valutazione, in particolare per quanto riguarda i limiti alla riservatezza dei risultati, ed hanno espresso il loro valido consenso. Pertanto, dopo aver osservato la documentazione ed effettuato la raccolta anamnestica, per valutare in modo più oggettivo ed approfondito il quadro clinico, la paziente è stata sottoposta a misurazione psicométrica secondo la metodologia in uso e attraverso colloquio clinico e la somministrazione di una batteria di test standardizzati.

Elementi anamnestici

La paziente ha 78 anni, è sposata da 52 anni, vive in casa con l'anziano marito e la badante ed ha tre figli: due femmine di anni 52 e 44 ed un maschio di anni 50, tutti sposati, con figli e in abs. Terzogenita di 5 germani con due sorelle di anni 83 e 69 e due fratelli di anni 85 e 76, tutti viventi. Titolo di studio: licenza elementare. Pensionata, in precedenza bracciante agricola.

Anamnesi fisiologica

da una prima interazione con la paziente e dalle informazioni in possesso della figlia emergono i seguenti dati: la paziente, in epoca, nacque a termine da gravidanza normodecorosa e da parto eutocico con immediato buon adattamento alla vita extra-uterina. Ulteriormente, viene riferito allattamento al seno, svezzamento regolare e sviluppo psicomotorio e somato-psichico nella norma. Durante il ciclo di vita non emergono difficoltà degne di nota e/o periodi di disagio psicologico: menarca: 12 anni, gravidanze a termine: 3, aborti: nega, menopausa: 56 anni. Non si rileva storia di potus, fumo o uso di sostanze. Attualmente, le abitudini alimentari sono caratterizzate da una dieta normovariata, il ritmo sonno/veglia è regolato farmacologicamente a causa di riduzione dello stato di sonno con presenza di severe difficoltà nell'addormentamento, frequenti risvegli notturni e letargia diurna, alvo e diuresi sono condizionati da incontinenza sfinterica e l'autonomia personale è totalmente deficitaria.

Anamnesi patologica familiare

rileva problematiche oncologiche e neurodegenera-

tive nel decesso dei genitori e di alcuni dei familiari significativi, presupponendo l'esistenza delle stesse nella sua linea di parentela.

Anamnesi patologica remota e motivo della visita la paziente giunge all'osservazione per un approfondimento diagnostico accompagnata dalla figlia, la quale riferisce che da circa 7 anni la madre ha iniziato progressivamente a manifestare disturbi della memoria e, successivamente, anche del linguaggio, della comprensione, dell'attenzione e del comportamento. Tale sintomatologia l'ha costretta a sottoporsi a periodiche visite specialistiche neurologiche e geriatriche presso il Centro U.V.A. di competenza territoriale e ad iniziare una terapia farmacologica: attualmente assume Mernantina (4 erogazioni, 20 mg al dì). Nel tempo il quadro clinico è notevolmente peggiorato e negli ultimi anni viene riferita una importante deflessione del tono dell'umore con presenza di facile irritabilità, apatia e vita sociale limitata esclusivamente a rare uscite per brevi passeggiate ed esclusivamente in presenza di un accompagnatore; ulteriormente, emergono episodi sempre più ricorrenti di smarrimento spazio-temporale caratterizzati da frequenti dimenticanze e stati confusionali con evidenti difficoltà nello svolgimento di attività complesse, ed ultimamente anche nelle normali attività della vita quotidiana, associati a significativi e limitanti problemi pratici e nella relazione con le persone, sia per ciò che riguarda l'autonomia che la sicurezza.

Colloquio clinico ed esame obiettivo psichico

La paziente accede a visita accompagnata dalla figlia, la marcia è instabile e condotta a piccoli passi lenti con ausilio di bastone e con appoggio a terzi, così come anche il passaggio dalla posizione eretta a quella seduta avviene posizionando le mani su una base di appoggio. All'osservazione appare sufficientemente curata nell'aspetto e nell'igiene personale. Inizialmente si dimostra poco collaborante, isolata, sospettosa e scarsamente accessibile all'interazione, con lieve miglioramento durante l'arco del colloquio e della somministrazione dei test, adeguandosi gradualmente al setting valutativo. La postura è rigida con facies attonita, sguardo perplesso, testa



bassa e contatto oculare presente ma non costante, gestica iporappresentata e mimica contratta e sofferente, a concorrere ed a delineare un quadro depressivo ed astenico. Il tono dell'umore è profondamente deflesso e labile, a conferma di uno stato d'umore disforico ed oscillante, con ulteriore peggioramento negli ultimi mesi e associato a frequenti stati di agitazione con importanti cambiamenti neuropsicologici. Nella relazione con l'interlocutore il comportamento non verbale è caratterizzato da rigidità, gestualità povera, da scarsa partecipazione ed evidente rallentamento ideo-psicomotorio. L'eloquio è poco fluente, semplice e diretto, orientato all'essenziale piuttosto che arricchito da elaborazioni personali, povero nei contenuti e di scarsa efficacia comunicativa.

Insufficiente l'orientamento nelle comuni coordinate temporo-spaziali, rispetto alle persone ed alla situazione. Emergono significativi deficit di memoria con severe difficoltà nell'organizzazione del ricordo, dimostrandosi il più delle volte confusa nella rievocazione di aspetti specifici (come date, tipi di cure e terapie assunte) e di eventi significativi. Il pensiero è rallentato ed espresso in maniera semplice, sia per quanto riguarda la forma che per i suoi contenuti, senza anomalie significative quali deliri, deliriodi o idee prevalenti.

Le risultanze del colloquio descrivono un quadro clinico caratterizzato da un funzionamento gravemente patologico; nello specifico, la paziente appare compromessa nella cognitività generale

e nelle funzioni psichiche superiori in relazione ad importante decadimento cognitivo: della memoria, dell'attenzione, della comprensione, del linguaggio e delle funzioni esecutive, associato a facile distrazione e stancabilità con momenti in cui manca di energia e di capacità di elaborazione, insieme ad uno scarso coinvolgimento ed una difficoltà nell'esprimere pensieri e ricordi che ne limitano anche le capacità di giudizio e *insight*. La paziente, oltre a non avere consapevolezza della propria malattia, appare superficiale, disinteressata e distante nei riguardi dei suoi sintomi, in particolar modo di quelli mnesici, non riconoscendone la gravità e il loro impatto sulla quotidianità.

Analisi dei dati

Nominativo: **C. A.**, età: **78 ANNI**, Scolarità: **≥ 5 ANNI**

Test eseguiti:

TEST DI SCREENING GLOBALE	Range	Cut-off	PG	PC	
Mini Mental State Examination (MMSE)	0-30	≥ 23	8/30	7,7/30	Declino cognitivo grave
Coloured Progressive Matrices (CPM-47)	0-36	≥ 18.96	8/36	13,2/36	Funzionamento Cognitivo su dati visuo-spaziali al di sotto della norma
SCALA AFFETTIVO-COMPORTAMENTALE FRONTAL BEHAVIORAL INVENTORY (FBI)					
A) Comportamenti negativi	0-36	...	29/36		Deficit
B) Disinibizioni	0-36	...	23/36		Deficit
Totale FBI (A+B)	0-72	...	52/72		Deficit

PRESENZA DI DETERIORAMENTO E GRADO DI SEVERITÀ			
General Cognition Assessment Practitioner (GPCog)	1/9		Deterioramento cognitivo grave
Clinical Dementia Rating Scale (CDR) (Morris, 1997)	1		Grado severo
Clinical Insight Rating Scale (CIRS)	2/8		Presenza di Anosognosia
Cornell Scale for Depression in Dementia	30/38		Presenza di sindrome depressiva grave

SCALE FUNZIONALI	Range	P	
Autonomia nelle attività di base della vita quotidiana (A.D.L.) Punteggio totale A.D.L.	0-6	2/6	Totalmente dipendente
Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (I.A.D.L.) Punteggio totale I.A.D.L.	0-8	0/8	Totalmente dipendente

ELENCO TEST	PUNTEGGI	CUT-OFF	ESITO
Memoria			
Digit Span Forward	2	3,75	Deficit
Digit Span Blackword	3	5 +/- 2	Deficit
15 Parole di Rey - Immediata	13	28,53	Deficit
15 Parole di Rey - Differita	2	4,6	Deficit
Test di Memoria Autobiografica	20,50		Borderline
Figura Complessa di Rey - differita	5,19		Deficit
Riconoscimento di Volti	21,39	21,58	Deficit
Riconoscimento di Edifici	19,93	21,41	Deficit
Riconoscimento di Parole	22,97		Limite
Test 3 oggetti - luoghi	5		Deficit
Linguaggio			
Fluenza verbale fonemica	18,40		Limite
Fluenza verbale semantica	10,25		Limite
Token Test	27,50		Limite
Abilità prassico-costruttive			
Copia di disegni	9		Deficit
Figura complessa di Rey - copia	25,9	28	Deficit
Attenzione			
Test delle matrici attente	35,25		
Trail Making Test A (TMT-A)	167	94	Deficit
Trail Making Test B (TMT-B)	...	283	Inaccessibile
B - A	...	187	Inaccessibile
Abilità percettive visuo-spaziali			
Disegno dell'orologio	3,5	$\geq 6,54$	Deficit
Street's completion test	3,75		Limite
Funzioni esecutive			
Frontal Assessment Battery (FAB)	9,80		Deficit
Test dei giudizi verbali	29		Deficit

Referto neuropsicologico

La paziente è stata sottoposta ad osservazione clinica e valutazione neuropsicologica formalizzata, sono state valutate: l'efficienza cognitiva generale, le funzioni visuo-spaziali, il ragionamento logico, le funzioni prassiche, le

componenti mnestiche, le capacità attente, le funzioni esecutive, le abilità linguistiche, l'umore, il comportamento e la funzionalità nel quotidiano.

L'esame neuropsicologico ha evidenziato quanto segue:



Efficienza cognitiva generale

le prestazioni al MMSE (Mini Mental State Examination) e al MODA (Milan Overall Dementia Assessment) si collocano al di sotto della norma, evidenziando un livello patologico e la presenza di un inadeguato funzionamento globale. Inoltre, si rilevano severe difficoltà nell'ambito della concettualizzazione e delle funzioni esecutive verbali.

Memoria

insufficiente la prestazione al compito di memoria a breve termine verbale, caratterizzata dall'apprendimento di materiale semanticamente non strutturato; deficitario, anche, l'apprendimento di materiale verbale semanticamente organizzato. Qualitativamente, si denota una sottostante incapacità di codifica ed immagazzinamento delle informazioni verbali con perdita di elementi precedentemente appresi. Tale prestazione è indice di severa difficoltà esecutiva di codifica ed insufficiente capacità di consolidamento; inoltre, si evince la non rispondenza all'effetto facilitazione al riconoscimento. Pertanto, il deficit di recupero delle informazioni dal magazzino mnestico appare correlato ad un alterato funzionamento corticale, ossia: sono assenti le capacità di memorizzazione, con conseguenti difficoltà di accesso e recupero dal magazzino di memoria, ed emerge la difficoltà di organizzazione di materiale non strutturato. Manchevoli anche le capacità di memoria di lavoro.

Linguaggio

appaiono lievemente compromesse la comprensione del linguaggio orale e la produzione linguistica, anche se i risultati dei test non mostrano performance estremamente carenti e/o punteggi nettamente al di sotto della norma.

Abilità prassico-costruttive

nettamente al di sotto della norma, sia se misurate mediante compiti semplici di copia di disegni, sia se valutate in compiti più complessi.

Abilità prassico-motorie

emergono significative difficoltà nelle tecniche di maneggiamento e nelle capacità di abbigliamento.

Attenzione

misurata mediante il TMT (Trail Makimg Test). Ai test risultano insufficienti le prestazioni al TMT-A (sequenza di stimoli numerici), sia nel compito di ricerca visuo-spaziale che di attenzione selettiva. Inaccessibile al TMT-B (alternanza di sequenza di stimoli alfa-numerici) per la maggiore complessità del compito di switch: la paziente risulta insufficiente nello shifting attenzionale, mostrando severe difficoltà sia nel capire la natura del compito che nel mantenere costante lo shifting tra le due diverse categorie di stimoli.

Funzioni visuo-spaziali

misurate mediante le CPM-47 (Coloured Progressive Matrices di Raven). Ai test si rilevano significativi deficit nelle capacità di identificazione, di cogliere le simmetrie e di pensiero analogico/concettuale. Inoltre, come ulteriore approfondimento, è stato somministrato il CDT (test dell'orologio), la cui prestazione è stata gravemente deficitaria; nello specifico, si riscontrano perseverazioni nell'inserimento dei numeri e ambiguità circa il posizionamento delle lancette.

Funzioni esecutive

emergono deficitarie capacità di selezione ed applicazione di strategie, di ricerca lessicale, di pianificazione, concettualizzazione, regolazione, programmazione esecutiva di serie motorie, della sensibilità all'interferenza e del controllo attenzionale. Al FAB (Frontal Assessment Battery) sono emerse scarsa funzionalità esecutiva globale e significative carenze di ragionamento logico-verbale.

Funzionalità

deficitario, da quanto riferito e osservato, il funzionamento autonomo sia per ciò che concerne le attività strumentali, sia per le attività di base. La



paziente risulta totalmente dipendente dai familiari in tutte le attività della vita quotidiana.

Aspetti affettivo-comportamentali

emerge un'esasperazione dei comportamenti negativi e viene comunicata la presenza di una importante forma di apatia e di appiattimento emozionale, anche di fronte a situazioni emotivamente coinvolgenti siano esse di gioia o di tristezza, di rigidità mentale, di disorganizzazione, disattenzione e assenza di pianificazione per attività semplici e complesse.

Nella vita di relazione si riscontrano importanti cambiamenti nel comportamento, con presenza di facile irritabilità, stati d'agitazione psicomotoria, scarso interesse per le attività della vita quotidiana e apatia. Ulteriormente, si riscontra

una deflessione del tono dell'umore con note ansiose; nello specifico, si rileva una condizione di intensa sofferenza con aspetti di tipo patologico, manifestazioni somatico-affettive di disforia borderline ed una situazione di particolare difficoltà che è indice di sintomatologia cognitiva depressiva importante con manifestazioni somatiche e neurodegenerative.

Considerazioni psicologico-cliniche

Alla luce degli elementi emersi si rilevano severe alterazioni cliniche a carico delle componenti che gestiscono il normale funzionamento sociale e personale, della flessibilità cognitiva rispetto ai diversi ambiti e della possibilità di pianificare un'azione ed una risposta adeguata riguardo il contesto; inoltre, si riscontrano deficit per ciò



che concerne tutto il funzionamento cognitivo, con oggettivabili alterazioni nella funzionalità e cambiamenti di personalità, nel senso di amplificazione degli aspetti negativi. I risultati hanno mostrato un manchevole livello di efficienza cognitiva generale, la presenza di deficit in tutte le aree cognitive, la dipendenza nello svolgimento di tutte le attività della vita quotidiana, la presenza di atipie comportamentali, principalmente abulia, anedonia e apatia, in un contesto di totale malattia e di necessità di assistenza. La paziente è affetta da un danno funzionale permanente ed ingravescente che le impedisce di svolgere adeguatamente i compiti e le funzioni proprie dell'età, dal prendersi cura della propria persona, all'impegnarsi in piccole faccende di casa, dal gestire il denaro, al prepararsi un frugale e semplice pasto e, pertanto, è bisognevole di monitoraggio, supervisione e assistenza continuativa poiché non è in grado di soddisfare da sé le esigenze che le consentirebbero la garanzia di un'esistenza maggiormente dignitosa. A tal proposito, nella pratica quotidiana, necessita di rassicurazione, assistenza e di cure appropriate, ancorchè la sua patologia sia ad uno stadio molto avanzato, e vi è la doverosa occorrenza clinica di adoperare misure compensative dei suoi disturbi. Pertanto, si raccomanda la presenza di un *caregiver* e/o di altre figure specializzate per l'assistenza, dato il forte carico esperito ed obiettivamente vissuto dalla famiglia. Appare chiaro che la paziente presenta un processamento neuropsicologico che le permette di funzionare insufficientemente nella sua quotidianità con cognizione di causa e consapevolezza interamente manchevoli e si ritiene indispensabile un supporto esterno come contributo necessario per gestire decorosamente e con adeguatezza alle sue esigenze ordinarie ed a quelle della sua famiglia. Inoltre, essendo presente un grave deficit di giudizio del comportamento e delle scelte, potrebbero riscontrarsi importanti problematiche relative allo stato di salvaguardia della paziente, come la tendenza ad allontanarsi e/o a vagabondare, ossia *wandering*, con il pericolo di perdersi e ferirsi anche a causa

delle instabili abilità motorie.

Per tali motivazioni, ed in ragione dei gravi disturbi esibiti, si ritiene sia giusto che la paziente possa ricevere delle agevolazioni assistenziali ed economiche allo scopo di permettere a lei ed alla sua famiglia di esperire maggiore dignità e funzionalità dalla vita.

Conclusioni psicodiagnostiche

Da quanto emerso in base alla documentazione osservata, alla raccolta anamnestica, al colloquio clinico e alla valutazione neuropsicologica si può senza dubbio stabilire che gli elementi emersi, insieme alle risultanze dei test somministrati, appaiono compatibili con una diagnosi di:

*Declino Cognitivo grave e a domini multipli
in comorbilità con umore depresso,
turbe affettivo-comportamentali*

*e globale scadimento funzionale in paziente affetta
da Demenza di Alzheimer.*

Al momento si osserva un quadro neuropsicologico caratterizzato da evidente impoverimento ideo-psicomotorio con severi deficit mnesico-attentivi ed esecutivi e difettualità del tono dell'umore associata ad atipie comportamentali e ritiro socio-relazionale, in un contesto patologico di totale assenza di efficienza funzionale e cognitiva generale. Pertanto, in base alle indicazioni della letteratura scientifica di riferimento, alle osservazioni inerenti la Neuropsicologia Clinica e all'elaborazione descrittiva sopra esposta, si può senza dubbio stabilire che la sintomatologia riferita ed emersa in sede di esame clinico causa alla paziente un disagio clinicamente significativo con compromissione del funzionamento in ambito sociale e affettivo, con difficoltà di approcciare e risolvere problemi semplici come anche quelli della quotidianità e ad attendere in modo autonomo alla cura di sé.

Prescrizioni

Si consiglia, tenuto conto del livello di severità e

delle possibili comorbilità, di sottoporsi a periodiche visite specialistiche neurologiche e psichiatriche con monitoraggio presso il proprio Centro U.V.A. di competenza territoriale, di intraprendere un ciclo di stimolazione cognitiva mirato al potenziamento dei domini cognitivi compromessi e al contenimento della sintomatologia affettivo-comportamentale, la partecipazione ad attività socializzanti, un percorso psico-educativo e supportivo familiare mirato all'ascolto, al sostegno e all'orientamento dei familiari significativi, vigilanza e supervisione costante da parte dei familiari e/o *caregiver* in tutte le attività della vita quotidiana, follow-up, retest e controllo neuropsicologico tra 6 mesi.

COSTRUZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO

Il progetto riabilitativo ipotizzato per la paziente prevede la realizzazione di un intervento di stimolazione cognitiva, articolato in incontri individuali della durata di 45 minuti con frequenza di tre volte la settimana per due mesi. Ciascun incontro verrà strutturato in modo da proporre lo svolgimento di attività che stimolino diverse funzioni cognitive.

Gli obiettivi del progetto riabilitativo ipotizzato sono:

- promuovere il mantenimento delle funzioni cognitive residue;
- favorire la riduzione dei disturbi comportamentali;
- il rallentamento della progressione della patologia dementigena, conservando il più alto livello di autonomia individuale compatibile con la condizione clinica.

Le sessioni saranno strutturate in modo da proporre esercizi differenziati in base alla principale funzione cognitiva oggetto di stimolazione, sebbene ogni esercizio richieda in realtà l'utilizzo di più funzioni. Pertanto, durante ciascuno incontro verranno proposti esercizi diversi che andranno, però, a stimolare singole abilità, in modo da fornire un'esercitazione il più continuativa possibile.

Di seguito vengono presentati esempi di attività che possono essere proposte nel programma di stimolazione cognitiva ipotizzato per la paziente.

Esercizi di orientamento temporale

insieme alla paziente, individuare su un calendario il mese, la stagione e l'anno, andando ad analizzare le specifiche caratteristiche di essi (ad esempio: da quanti mesi è composto l'anno? Quanti giorni ha ciascun mese? In che stagione ci troviamo?) (Pradelli et al., 2008; Bergamaschi et al., 2008).

Esercizi di orientamento spaziale

agli esercizi rivolti a preservare l'orientamento sulle coordinate temporali, seguono esercizi di orientamento spaziale. Questi ultimi comportano il riconoscimento e la descrizione del luogo in cui la paziente si trova (ad esempio quanti piani ci sono? A quale piano si trova in questo momento?) e la rievocazione e la descrizione del luogo di provenienza (città, quartiere, indirizzo, ecc.). In alternativa, negli incontri successivi, verranno proposti esercizi in cui verrà richiesto di indicare la collocazione di alcuni oggetti, rispetto a se stessa o ad una persona raffigurata, presenti su un'immagine (Pradelli et al., 2008; Bergamaschi et al., 2008).

Esercizi di memoria

ogni incontro sarà rivolto all'allenamento di una specifica componente di memoria attraverso l'impiego di una varietà di stimoli (parole, brani, immagini). Nel caso specifico della paziente un limite potrebbe essere rappresentato dalla bassa scolarità che preclude la possibilità di poter utilizzare compiti che richiedono capacità complesse di lettura; pertanto, gli esercizi per la stimolazione della memoria verbale verranno proposti in modalità uditive. Allo scopo di stimolare la memoria semantica verranno proposti esercizi in cui il riabilitatore presenterà un elenco di parole appartenenti ad una determinata categoria, chiedendo alla paziente di individuarle. Per stimolare la memoria episodica verranno



presentati compiti di rievocazione di brevi racconti. Per le capacità di memoria visiva verranno proposti esercizi consistenti nel chiedere di osservare attentamente alcune immagini e di memorizzarle. Al fine di preservare il più a lungo possibile la memoria procedurale, verranno utilizzati esercizi in cui la paziente dovrà elencare le azioni e gli oggetti necessari per compiere le attività della vita quotidiana, quali apparecchiare la tavola, preparare i pasti, lavare i piatti, rifare il letto e lavare il bucato. Infine, per preservare la memoria autobiografica, capacità ancora parzialmente conservata nella paziente, si proporranno esercizi che utilizzeranno materiale fotografico come punto di partenza per stimolare il ricordo

di eventi significativi della sua esperienza di vita.

Esercizi centrati sul linguaggio

allo scopo di allenare le capacità linguistiche, alla paziente verranno proposti compiti di denominazione in cui verranno presentate figure ritagliate da giornali e riviste, o fotografie; successivamente le verrà chiesto di pronunciare il nome di ciascun oggetto raffigurato. Si potrà, inoltre, continuare l'esercitazione chiedendo una descrizione degli oggetti individuati e la loro funzione. Altri tipi di compiti finalizzati a questo scopo sono i compiti di fluenza fonologica e categoriale (abilità ancora parzialmente conservate nella paziente) e i compiti di fluenza categoriale. Inoltre,

un'attività stimolante potrebbe essere rappresentata dal gioco dei sinonimi e dei contrari (Pradelli et al, 2008; Bergamaschi et al, 2008; Ferrari et al, 2011; Boccardi M, 2007).

Esercizi centrati sull'attenzione

ogni incontro sarà dedicato all'allenamento di una specifica componente attentiva attraverso modalità sensoriali diverse. Per stimolare l'attenzione selettiva visiva si proporranno compiti di cancellazione di stimoli target, presentati unitamente a stimoli distrattori. Per l'attenzione selettiva e sostenuta uditiva, verranno proposti esercizi che prevedono che il riabilitatore elenchi un insieme di stimoli verbali, ad esempio parole appartenenti ad una categoria semantica (frutta, animali, ecc.) o numeri, il cui compito della paziente dovrà essere quello di segnalare (ad esempio battendo la mano sul tavolo) la presenza di una parola non appartenente alla categoria semantica. Infine, per l'attenzione sostenuta visiva verranno sottoposti compiti che prevedono di unire, in ordine crescente, dei puntini numerati distribuiti su un foglio, al fine di ottenere un disegno (Pradelli et al, 2008; Bergamaschi et al, 2008; Ferrari et al, 2011).

Abilità prassiche

per stimolare le capacità prassiche verranno presentati esercizi di copia di figure geometriche (prassia senza elementi di programmazione), di completamento di parti di disegni o di figure semplici (prassia costruttiva con elementi di programmazione) e prove di prassie ideomotorie (Pradelli et al, 2008; Bergamaschi et al, 2008).

Ragionamento logico

allo scopo di stimolare le capacità logiche verranno proposti esercizi in cui il riabilitatore leggerà famosi proverbi e dei quali la paziente sarà chiamata a spiegarne il significato (ad esempio: quando il gatto non c'è, i topi ballano, non è tutto oro quello che luccica, chi troppo vuole nulla stringe, ecc.) (Quiai L., 2001; 2006). Altri esercizi consisteranno nel chiedere di rimettere in ordine

delle immagini raffiguranti sequenze di una scena, seguendo una sequenza logico-temporale, di ricomporre dei semplici puzzle, di compiere stime cognitive o di fare dei conti matematici (Bergamaschi et al, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Trabucchi M., (2000). *Le demenze* (2a ed), Utet Periodici, Torino.
- Papagno C., (2007). *Le demenze* in Vallar G., Papagno C., (a cura di): *Manuale di neuropsicologia Clinica ed Elementi di Riabilitazione*, Bologna: Il Mulino, 53-61.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*.
- Bergamini Lodovico, Bergamasco Bruno e Mutanti Roberto (2001). *Manuale di Neurologia Clinica*, Torino, Edizioni Libreria Cortina.
- Carbone Gabriele (2007). *Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia di Alzheimer*, Milano, Franco Angeli.
- Commissione Europea - Alzheimer Europe (1999). *Manuale per prendersi cura del malato di Alzheimer*, Milano.
- Di Giacomo D., Passafiume D., De Federicis L.S. (2002). *Emotion Processing nella demenza di Alzheimer*, nuova rivista di Neurologia, 12, 6, 153-163.
- Domenico Passafiume e Dina di Giacomo. *La Demenza di Alzheimer*, Franco Angeli s.r.l., Milano, Italy, 2006.
- Massimo Marianetti, Angelo Venuti, Silvia Pinna, *Obiettivo Alzheimer: guida pratica per la gestione del paziente affetto da demenza*.
- Pollen D. A. (2000). *The History of the Genetics of Alzheimer Disease*, in Whitehouse P.J., Maurer K., BallangerJ.F., (eds) (2000), pp. 115-124.
- Bergamaschi S., Iannizzi P., Mapelli S., Mapelli D., (2008). *Demenza. 100 Esercizi di stimolazione cognitiva*, Raffaello Cortina editore.
- Ferrari A., Gollin D., Peruzzi A., (2011). *Una palestra per la mente 2. Nuovi esercizi di stimolazione cognitiva per l'invecchiamento cerebrale e le demenze*, Erikson.



DIFFICOLTÀ DI ACQUISIZIONE DELLE ABILITÀ STRUMENTALI DI LETTO-SCRITTURA

UN PROGETTO DI SCREENING NELLE CLASSI TERZE DELLA SCUOLA PRIMARIA

Pierluigi Congedo

Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Presidente dell'Associazione "Spazio EVOluttivaMente", esperto in Neuropsicologia

Giulia Piraino

Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, esperta in Neuropsicologia, PhD in Human and Social Sciences

Sara De Lorenzis

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia cognitivo-comportamentale, Tutor dell'Apprendimento

Mara De Blasi

Educatrice, Tutor dell'Apprendimento

RIASSUNTO

Il presente progetto si colloca tra le attività promosse dall'Associazione "Spazio EVOluttivaMente" in un'ottica di promozione sociale. Le difficoltà di acquisizione delle abilità strumentali di letto-scrrittura si configurano infatti come fattore di rischio di dispersione e disagio scolastico; sostenere i processi di apprendimento degli studenti equivale a sostenere più in generale il loro benessere psicofisico. I dati raccolti suggeriscono la validità degli strumenti utilizzati, contribuendo alla costruzione di procedure di individuazione delle difficoltà di apprendimento nelle classi terze della scuola primaria.

PAROLE CHIAVE

difficoltà di apprendimento, abilità strumentali, letto-scrrittura, DSA, BES, individuazione precoce

INTRODUZIONE

Cosa sono i DSA?

La legge 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito

scolastico" riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali ma che possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana. (Legge 170/2010).

In particolare, la dislessia indica il disturbo specifico di lettura che si manifesta con difficoltà nella decodifica del testo, nell'imparare a leggere, nella decifrazione dei segni linguistici, ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura.

La disgrafia indica il disturbo specifico della grafia che si manifesta con una difficoltà nell'abilità motoria della scrittura.

La disortografia è invece il disturbo specifico di scrittura che si manifesta con una difficoltà nei processi linguistici di transcodifica, nella competenza ortografica e nella competenza fonografica.

La discalculia, infine, indica il disturbo specifico dell'abilità di numero e di calcolo che si manifesta con una difficoltà nel comprendere e operare con i numeri.

L'IMPORTANZA DELL'INDIVIDUAZIONE PRECOCE

La tempestività dell'intervento riveste un'importanza ormai riconosciuta ed avvalorata dalle scoperte in campo scientifico, in primis dall'impatto che le esperienze rivestono nello sviluppo del nostro cervello fino all'età adulta (e.g., Siegel, 2013). Considerata la diminuzione delle abilità neuro-plastiche del nostro cervello con la crescita, le esperienze precoci costituiscono un momento fondamentale per la costituzione di strategie personali adeguate alle richieste dell'ambiente; uno sviluppo atipico costituisce pertanto un rischio non soltanto dal punto di vista neuropsicologico e cognitivo, ma anche emotivo-motivazionale e relazionale. L'intervento precoce, per cui risulta fondamentale il supporto della scuola, andrebbe ad agire su tale rischio, riducendone la portata e le conseguenze negative sullo sviluppo in età adulta, fornendo più tempo di adattamento alle proprie difficoltà, pertanto maggiori possibilità di sviluppare risorse e competenze di fronteggiamento (Besio & Nicole, 2017; Stella & Apolito, 2004). Un intervento tempestivo in età evolutiva limiterebbe inoltre i rischi neuropsicologici, cognitivi, emotivi e sociali, garantendo un miglior sviluppo in età adulta; permetterebbe di avere maggior tempo per adattarsi alle proprie difficoltà e sviluppare risorse e competenze di fronteggiamento, eviterebbe la comparsa e il consolidamento di strategie o meccanismi errati, limiterebbe la probabilità di insuccesso scolastico, causa di un costante senso di frustrazione e scarso senso di autoefficacia. Le ricadute positive di tale intervento si riscontrerebbero anche in famiglia, riducendo l'insorgenza dei conflitti, promuovendo nei genitori una maggiore comprensione e conoscenza sul modo di apprendere e di funzionamento dei propri figli, tale da favorire un adeguato sostegno nel corso dello sviluppo. Anche nel contesto scolastico l'insegnante, appurato lo stile e le modalità di apprendimento del bambino, potrebbe potenziare la partecipazione di quest'ultimo nelle attività didattiche, fornendo gli strumenti utili alla gestione

comportamentale e cognitiva del bambino e dunque evitare situazioni che gli facciano vivere stati di frustrazione. Riconosciuta l'importanza di un intervento tempestivo, l'individuazione precoce di condizioni di fragilità rappresenta uno degli obiettivi principali nell'ambito dei DSA, come sottolineato dal decreto interministeriale n.297 del 17 aprile 2013, che specifica l'attuazione della legge n.170/2010. Con tale decreto, si delega alle scuole il compito di segnalazione alle famiglie dei casi sospetti di DSA per l'avvio di un iter diagnostico all'interno dei servizi sanitari di competenza. Con tale legge è stato compiuto un passo avanti verso una scuola inclusiva, una scuola che cerca di rispettare le specificità ed i bisogni di apprendimento di tutti i ragazzi promuovendo la loro piena inclusione nel percorso formativo. Ciò che è necessario per una didattica inclusiva, è una sensibilizzazione delle Istituzioni, in particolare quelle scolastiche, un maggiore coinvolgimento delle famiglie nei percorsi formativi dei ragazzi ed un ruolo attivo degli insegnanti, i quali, diventano garanti nella definizione del processo inclusivo, attraverso la segnalazione dei casi sospetti alle famiglie ed il costante monitoraggio delle strategie didattiche messe in atto. Tuttavia risulta ancora elevato il numero di diagnosi legate a disturbi del neurosviluppo apposte tardivamente, così che in alcuni casi le difficoltà del ragazzo vengono inquadrate solo durante la scuola secondaria di secondo grado, con un tasso elevato di disaffezione verso l'ambiente scolastico e di abbandono anticipato. Pertanto la necessità di introdurre e impiegare strumenti validi, capaci di descrivere in modo accurato le difficoltà di sviluppo, sia in termini di disturbi evolutivi che di mancata valorizzazione del potenziale risultato determinante per gli operatori del settore. In campo sanitario, uno strumento a disposizione ampiamente raccomandato consiste nelle procedure di individuazione precoce (o "screening") che in riferimento alle abilità scolastiche può essere impiegato a partire dai 4 anni e mezzo. Grazie a tale procedura è possibile identificare



quali bambini mostrano delle difficoltà nei precursori dell'apprendimento e attivare degli interventi didattici che hanno lo scopo di potenziare tali abilità. La rilevazione delle potenziali difficoltà di apprendimento può iniziare sin dall'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia tramite questionari osservativi compilati dagli insegnanti, mentre un disturbo dell'apprendimento può essere riconosciuto solo successivamente, ovvero al termine della classe seconda della scuola primaria per quanto riguarda i disturbi della letto-scrittura. Dopo aver constatato difficoltà nelle prove, i bambini devono avvalersi a scuola di specifici percorsi didattici di potenziamento; al termine degli stessi se è presente un miglioramento significativo il problema si situa nell'area della difficoltà di apprendimento, ovvero un rallentamento nel normale processo di apprendimento. Qualora invece a seguito del periodo di potenziamento non si rilevino miglioramenti sufficienti è più probabile che sussista un disturbo specifico, motivo per cui si suggerisce di provvedere ad una segnalazione delle difficoltà emerse alla famiglia, in modo da poter rivolgersi ai servizi clinici sul territorio per una valutazione accurata.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'associazione Spazio EVOLutivaMente si pone come obiettivo fondamentale la prevenzione dei rischi prevedibili per promuovere un intervento tempestivo ed efficace. Per tale impegno, durante l'anno scolastico 2018/2019 è stato avviato un progetto di screening che ha coinvolto le classi terze dell'Istituto Don Bosco di Cutrofiano (LE).

Obiettivo generale di questo progetto è stato garantire il benessere della comunità promuovendo una cultura consapevole e ricca di contesti che favoriscono il benessere di ciascun membro della comunità e promuovono il consolidamento di abitudini sane e l'esposizione a situazioni favorevoli ed adeguate a ciascuno stadio di sviluppo. Favorire l'inclusione e l'integrazione sociale a partire dalla scuola in quanto

luogo fondamentale di socializzazione, crescita e sviluppo di abilità per il minore in età evolutiva, la quale, a seguito delle recenti disposizioni ministeriali, deve rispondere in maniera più efficace alle esigenze di una didattica individualizzata andando a rispettare e a valorizzare le potenzialità e le predisposizioni di apprendimento di ciascun alunno. I soggetti con DSA, spesso vivono situazioni frustranti o di disagio dovuto ad una difficoltà di esecuzione dei compiti o ad una asimmetria tra il proprio tempo di esecuzione dei compiti rispetto a quello dei compagni; tutto questo genera nel bambino vissuti d'ansia, una scarsa considerazione di sé, una bassa autostima, difficoltà nell'instaurare relazioni e problemi comportamentali. Proprio per eliminare questi vissuti disagi evolutivi per il ragazzo e per promuovere un benessere individuale prima e collettivo poi, l'associazione, e lo stesso scopo del progetto, si propone di intervenire per prevenire la dispersione ed il disagio scolastico.

Per promuovere quanto detto pocanzi, gli obiettivi specifici del progetto riguardano innanzitutto una maggiore informazione e conoscenza dei disturbi specifici di apprendimento per scuola e famiglia, una necessaria formazione per il personale docente e per la stessa famiglia per dotarli di strumenti che permettono di valorizzare il potenziale di ciascun ragazzo, quindi un'azione di sensibilizzazione delle famiglie e del personale scolastico verso l'accoglimento delle difficoltà che si presentano nel corso dello sviluppo.

Dopo aver individuato le possibili difficoltà nelle abilità strumentali di letto-scrittura presenti nei ragazzi, obiettivo primario è stato proporre una individualizzazione e personalizzazione dell'apprendimento, orientando lo stesso studente ad acquisire maggior consapevolezza circa il suo funzionamento. Un ulteriore obiettivo è stato cercare di attivare e consolidare procedure sempre più efficaci di osservazione sistematica per l'identificazione delle difficoltà tipiche dell'età evolutiva, favorendo la partecipazione dei docenti e l'acquisizione delle

procedure di osservazione e valutazione. Si è cercato inoltre, di facilitare la comunicazione tra scuola, famiglia ed organi sanitari presenti sul territorio, garantendo continuità alle interazioni tra quest'ultimi nella specificità delle diverse fasi della procedura di osservazione sistematica e di monitoraggio. Si è garantito un'assistenza completa alle famiglie e una volta identificate possibili carenze si è provveduto a procedure di potenziamento e compensazione delle abilità parentali.

GRUPPO DI LAVORO

L'Associazione Spazio EVOlutivaMente nasce a Cutrofiano (LE) come associazione educativa culturale da un gruppo di persone che condivide il concetto di integrazione, decidendo quindi di mettere a disposizione le proprie competenze, personali e professionali, per sostenere l'inclusione sociale ed il benessere del territorio di appartenenza. A tal fine, ha accolto con piacere la richiesta di supporto da parte dell'I.C. "Don Bosco" di Cutrofiano nel condurre le procedure di identificazione delle difficoltà scolastiche. Il gruppo di lavoro che ha portato avanti le attività è stato coordinato dal Presidente dell'Associazione, il dr. Pierluigi Congedo ed ha visto coinvolte diverse professionalità facenti parte dell'Associazione stessa. Il gruppo finale è stato costituito da 3 psicologi, 2 pedagogiste, 3 educatrici ed una laureanda in teorie e pratiche educative.

FASI DEL PROGETTO

1. Progettazione: in questa fase sono state raccolte le richieste da parte della scuola di una procedura di individuazione delle difficoltà scolastiche nelle classi terze del Comprensivo. Sulla base di tali richieste, sono state stabilite e concordate le modalità di svolgimento del progetto.
2. Presentazione del progetto ai docenti delle classi coinvolte: nella prima fase del progetto si è organizzato un incontro informativo con il personale scolastico riguardo i disturbi specifici dell'apprendimento, i bisogni educativi speciali e l'importanza dell'individuazione precoce. Durante l'incontro, sono state illustrate le finalità del progetto, gli strumenti e le modalità, sottolineando che tale procedura si sarebbe svolta nel pieno rispetto della privacy dei partecipanti.
3. Presentazione del progetto alle famiglie delle classi coinvolte e raccolta dei consensi informati: dopo aver presentato il progetto ai docenti, si è provveduto a presentare il progetto anche alle famiglie. Si è svolto così un incontro successivo, indirizzato principalmente alle famiglie degli studenti delle classi interessate, ma aperto anche al personale scolastico, durante cui tempi, modalità e finalità del progetto sono state esposte alle famiglie. A seguito della presentazione del progetto, sono stati forniti i moduli per la raccolta del consenso informato alle famiglie.
4. 1° screening: l'attività pratica di screening è stata avviata tra dicembre e gennaio attraverso la somministrazione di prove di lettura e scrittura individuali (**Tab. 1**) e collettive (**Tab. 2**).



Fig. 1 - Logo dell'Associazione.



Area indagata		Prova utilizzata	Normativi di riferimento
Prerequisiti letto-scrittura	Competenze fonologiche	Ripetizione di non parole	BVN 5 – 11 (Bisiacchi, Cendron, Gugliotta, Tressoldi & Vio, 2014)
	Denominazione rapida	Prove RAN: colori, figure e numeri	Test di denominazione rapida e ricerca visiva di colori, figure e numeri (De Luca, Di Filippo, Judica, Spinelli & Zoccolotti, 2005)
Abilità strumentali	Scrittura	Velocità di scrittura	BVSCO – 2 (Tressoldi, Cornoldi & Re, 2012)

Tab. 1 - Prove di screening individuali: Fase 1

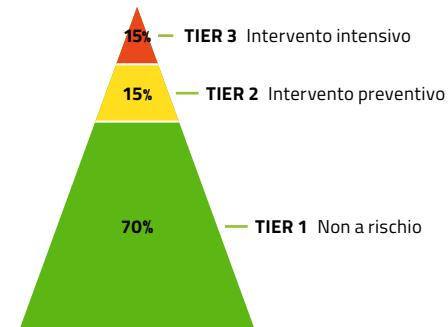
Area indagata		Prova utilizzata	Normativi di riferimento
Abilità strumentali	Lettura	DLC: Prova di Decisione lessicale	Caldarola, Perini & Cornoldi, 2012
	Scrittura	Compito di decisione ortografica	Pizzoli, Lami, Pignatti, D'Alessandro & Cubelli, 2007

Tab. 2 - Prove di screening collettive: Fase 1

Individualmente, è stata somministrata una prova volta a valutare la velocità di esecuzione grafo-motoria ed alcune prove che hanno indagato le competenze fonologiche (ripetizione di non parole) e la rapidità di denominazione di stimoli visivi (Prove RAN), prerequisiti fondamentali ed indicatori clinici affidabili dell'acquisizione della letto-scrittura nella lingua italiana (Devescovì e Caselli 2007; Zoccolotti, De Luca, Di Pace, Judica, Orlandi & Spinelli, 1999). Le prove a somministrazione collettiva hanno invece rilevato le competenze acquisite nelle abilità strumentali di lettura (Decisione lessicale) e compitazione (Decisione ortografica).

5. Restituzione 1° screening: dopo aver concluso le prove del primo screening e raccolto i risultati, nel mese di febbraio è stato organizzato un incontro di restituzione dei dati del primo screening in forma aggregata. Le famiglie ed i docenti delle classi coinvolte sono stati informati circa i livelli medi di acquisizione delle competenze indagate, indicando i punti di forza e le criticità rilevate per ciascuna classe partecipante al progetto. In un incontro aperto al solo corpo docente sono state invece suggerite alcune strategie didattiche da utilizzare per il potenziamento

mirato delle criticità riscontrate nelle classi, da implementare nel corso dei mesi successivi. Le competenze della classe sono state classificate su 3 livelli (Tier) prendendo spunto dal modello RTI (Response To Intervention) proposto da Fuchs (Fuchs & Fuchs, 2005).

**Fig. 2** - Livelli di intervento (Tiers) in base alla percentuale di studenti con prestazioni al di sotto del 25° percentile

6. 2° screening: al termine dei due mesi di potenziamento, ad aprile è stato avviato il secondo screening. In questa seconda fase, è stata somministrata una prova individuale di lettura di brano, in cui sono stati indagati i parametri di rapidità, correttezza e comprensione della lettura (**Tab. 3**).

Area indagata		Prova utilizzata	Normativi di riferimento
Abilità strumentali	Lettura	Lettura di brano (Rapidità, correttezza, comprensione)	ALCE (Bonifacci, Tobia, Lami & Snowling, 2014)

Tab. 3 - Prove di screening individuali: Fase 2

Durante le prove collettive, sono state invece rilevate le abilità di comprensione dall'ascolto e le abilità di compostizione, in un compito di scrittura di brano sotto dettatura (Tab. 4). Nella prova di dettato, sono stati analizzati gli errori grafici, fonologici, non fonologici e fonetici.

Area indagata		Prova utilizzata	Normativi di riferimento
Abilità strumentali	Scrittura	Dettato di brano	BVSCO - 2 (Tressoldi, Cornoldi & Re, 2012)
Comprensione	Ascolto	Brano Orale	ALCE (Bonifacci, Tobia, Lami & Snowling, 2014)

Tab. 4 - Prove di screening collettive: Fase 2

7. Conclusioni: a fine maggio sono state concluse le attività di screening. I dati raccolti sono stati analizzati e comparati con le prestazioni rilevate nella fase 1 al fine di valutare l'efficacia delle procedure di potenziamento messe in atto dagli insegnanti.

8. Restituzione collettiva dei dati: nell'incontro finale di restituzione, sono stati ancora una volta presentati alle famiglie i dati aggregati relativi alle prestazioni delle classi coinvolte. In un incontro successivo con gli insegnanti, sono stati segnalati gli alunni che hanno mostrato difficoltà persistenti nelle abilità di lettura e/o scrittura, indicando per ciascuno l'area di criticità rilevata, al fine di mettere in atto un intervento mirato e provvedere alla segnalazione alle famiglie.

9. Restituzione individuale: su richiesta della scuola, l'Associazione si è resa infine disponibile attraverso uno sportello per le famiglie che, in seguito alla segnalazione proveniente dalla scuola, avessero avuto richieste di chiarimento in relazione alle procedure condotte. In questa fase è stato offerto, a chi ne avesse fatto richiesta, di visionare le prove del figlio, comunicando il codice identificativo assegnato durante la somministrazione per garantire l'anonimato.

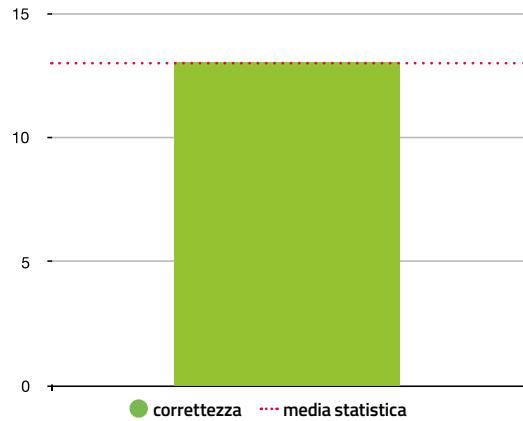
RISULTATI FASE 1

La prima fase di screening condotta ha evidenziato difficoltà afferenti a diversi ambiti della lettura-scrittura nelle classi del Comprensivo.

Per quanto riguarda le competenze fonologiche, sono state rilevate nel complesso prestazioni nella media per la classe frequentata. Solo in una classe delle cinque presenti nel Comprensivo è stato suggerito un intervento di livello 2

(preventivo) per questo tipo di difficoltà.

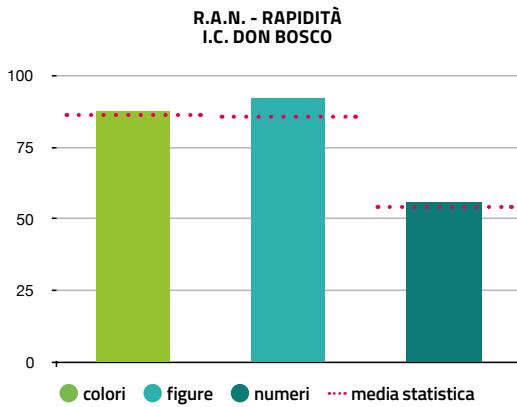
RIPETIZIONE NON PAROLE I.C. DON BOSCO



Tab. 5 - Abilità metafonologica - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

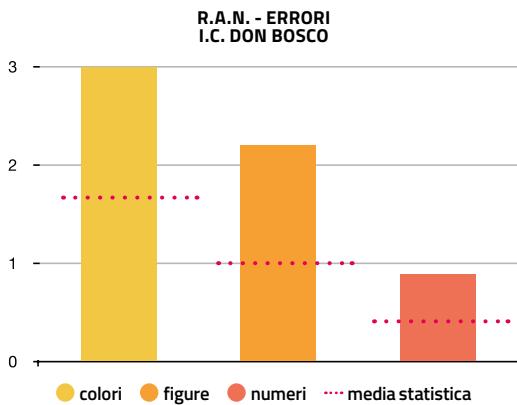


L'automatizzazione nella denominazione rapida, indice correlato in particolare alla fluenza di lettura, mostra prestazioni al di sotto della media per il parametro rapidità (in particolare nel sub-test "figure"). Sono rilevabili prestazioni mediamente inferiori alle attese per il parametro correttezza in tutti i sub-test impiegati.



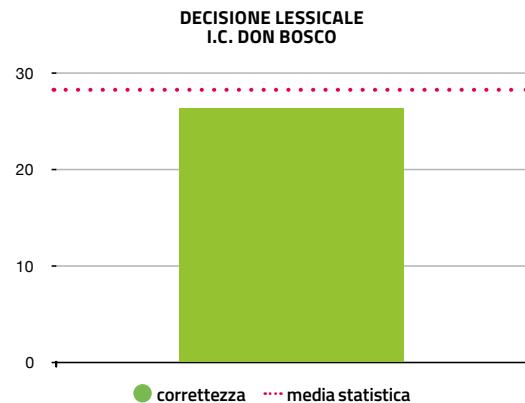
Tab. 6 - Abilità di denominazione - parametro rapidità - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Sono state infatti segnalate tre classi per l'intervento preventivo ed una classe per l'intervento intensivo sulla rapidità di automatizzazione, mentre tutte e cinque le classi coinvolte sono state segnalate per l'intervento intensivo riguardo il parametro correttezza.



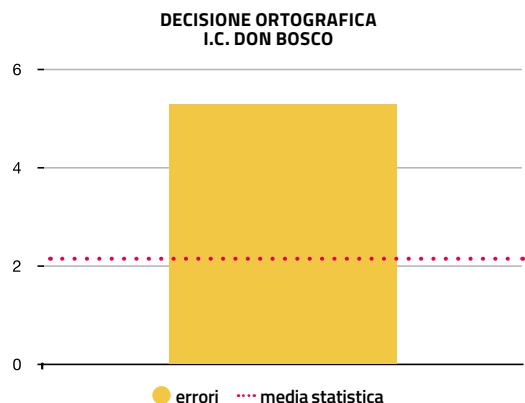
Tab. 7 - Abilità di denominazione -parametro correttezza - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Le competenze lessicali complessivamente sono risultate appena al di sotto della media; tuttavia sono state segnalate difficoltà di livello 2 in due classi ed un intervento intensivo in una classe del Comprensivo.



Tab. 8 - Abilità di decisione lessicale - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

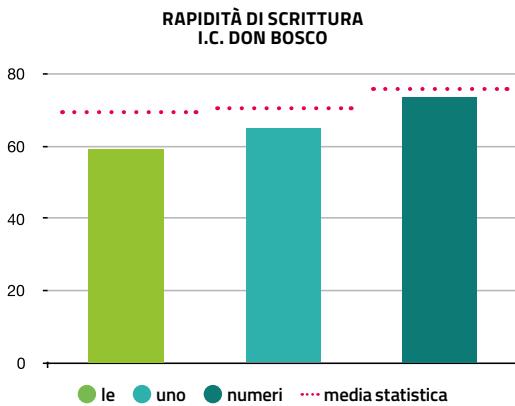
Le competenze ortografiche rilevate nella prima fase sono risultate generalmente al di sotto delle attese per la classe frequentata; sono stati suggeriti interventi di 3° livello in due classi su cinque partecipanti ed un intervento di 2° livello in un'altra classe.



Tab. 9 - Abilità di decisione ortografia - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Le competenze grafo-motorie rilevate hanno evidenziato nel complesso abilità al di sotto della

media; tutte le classi sono state segnalate per un intervento intensivo di 3° livello.

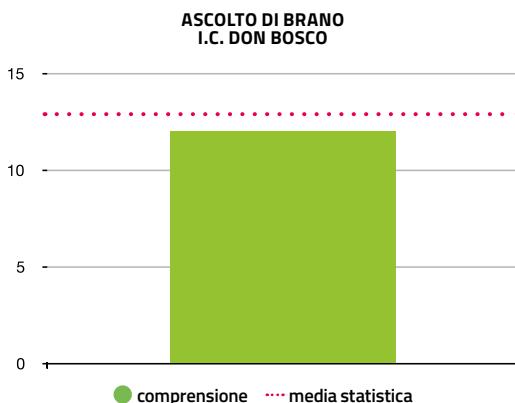


Tab. 10 - Rapidità di scrittura - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

RISULTATI FASE 2

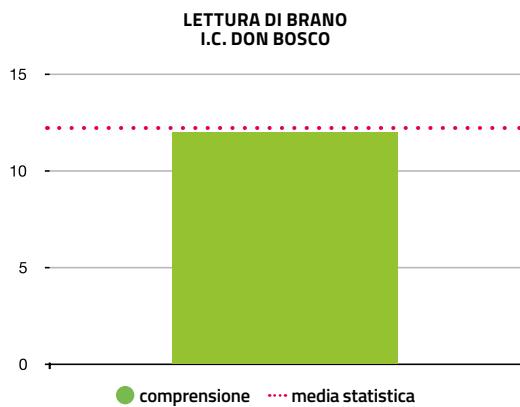
Sulla base delle difficoltà riscontrate, sono state fornite indicazioni agli insegnanti per attuare un potenziamento mirato delle abilità maggiormente deficitarie per ciascuna classe.

Al termine del periodo di 2 mesi previsto per il potenziamento didattico, gli operatori dell'Associazione sono tornati nelle classi per la seconda fase di valutazione durante la quale sono state indagate le abilità di comprensione (scritta e orale), in aggiunta alle competenze ortografiche e di lettura (correttezza e rapidità).



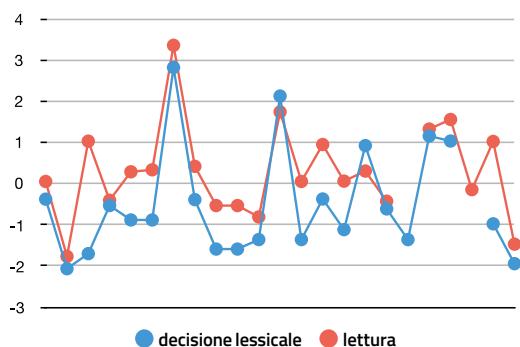
Tab. 11 - Abilità di comprensione orale - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Le competenze di comprensione, approfondate solo nel corso della seconda fase, hanno evidenziato prestazioni nel complesso adeguate nelle abilità di comprensione dall'ascolto e dalla lettura; tuttavia in una classe sono state rilevate prestazioni complessivamente al di sotto della media nelle abilità di comprensione dall'ascolto.

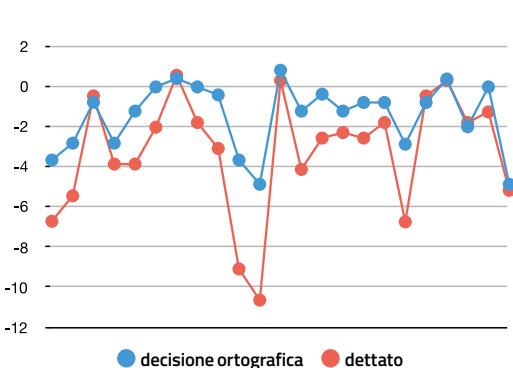


Tab. 12 - Abilità di comprensione scritta - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Dalla rilevazione condotta, sono riscontrabili competenze di letto-scrittura pressoché invariate. Come si evince dai grafici esemplificativi (**Tab. 1** e **Tab. 2**), le prestazioni rilevate in fase 1 nelle prove di decisione lessicale e decisione ortografica ricalcano l'andamento delle prestazioni ottenute rispettivamente nella rapidità di lettura e nella prova di dettato condotte nella seconda fase.

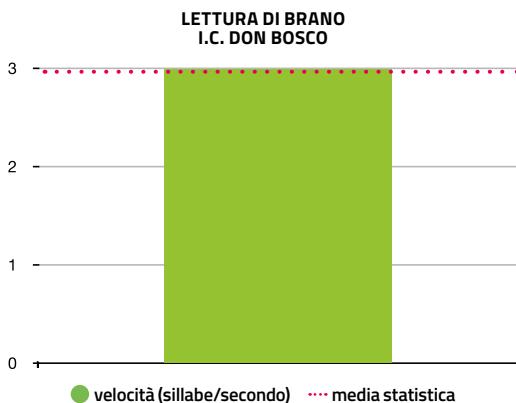


Tab. 13 - Abilità a confronto - andamento decisione lessicale (Fase 1) vs andamento rapidità di lettura (Fase 2).



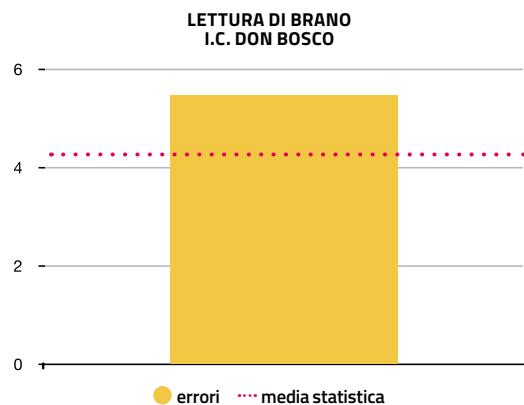
Tab. 14 - Abilità a confronto - andamento decisione ortografica (Fase 1) vs andamento dettato (Fase 2).

Nello specifico, la fluenza della lettura è risultata complessivamente nella media; tuttavia sono state rilevate prestazioni mediamente inferiori alla media in termini di competenze di lettura in 3 classi.



Tab. 15 - Abilità di lettura - parametro rapidità - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

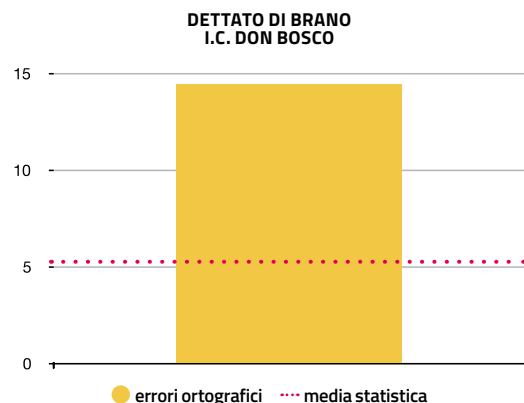
La correttezza della lettura è risultata al di sotto della media nelle classi del Comprensivo, con un media di errori più alta rispetto alle attese in 3 classi su 5.



Tab. 16 - Abilità di lettura - parametro correttezza - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.

Nella prova di dettato, tutte le classi hanno evidenziato competenze di scrittura inferiori alle attese, commettendo un numero di errori ortografici nel complesso superiore alla media per la classe di riferimento.

Relativamente al parametro di correttezza, tre classi hanno evidenziato un numero di errori di molto superiore rispetto al numero medio di riferimento; le altre due classi pur presentando errori, questi risultano lievemente maggiori rispetto al numero medio di riferimento.



Tab. 17 - Abilità di scrittura - media complessiva delle prestazioni delle cinque classi coinvolte.



RISULTATI GENERALI

Dalle procedure di screening condotte all'interno delle classi terze primarie del Comprensivo durante l'anno scolastico 2018/2019 sono emersi i seguenti dati: dopo le procedure di potenziamento suggerite a seguito dei dati emersi durante la prima fase dello screening, si è proceduto a segnalare alle rispettive famiglie, con l'aiuto delle insegnanti, i casi in cui i bambini hanno mostrato una persistenza delle difficoltà rilevate. Il numero di segnalazioni risulta in linea con le attese in base al tasso di incidenza generale dei Disturbi Specifici di Apprendimento, ad eccezione del parametro dell'ortografia. Nello specifico, le difficoltà riscontrate nelle abilità di rapidità,

correttezza e comprensione dalla lettura risultano corrispondenti alle attese. D'altra parte il tasso di incidenza per le difficoltà di compitazione risulta invece notevolmente maggiore rispetto alle attese.

Su un totale di 87 studenti sottoposti alle prove di valutazione, sono state rilevate prestazioni deficitarie (inferiori ai parametri indicati dalla Consensus Conference 2011 sui DSA) in oltre il 40% dei casi, a cui si aggiunge un ulteriore 12% di casi considerati al limite della norma, per un totale del 57% di bambini con difficoltà ortografiche rilevanti.

I casi effettivamente segnalati sono stati, tuttavia, in numero notevolmente inferiore; si è



ritenuto opportuno parametrare il tasso di segnalazione in base alle prestazioni medie rilevate all'interno del Comprensivo.

Si è evidenziata l'importanza di un ulteriore intervento di potenziamento, secondo le indicazioni esposte in fase di restituzione, volto a ridurre il numero di falsi positivi rilevati, nella fattispecie i bambini che mostrano una difficoltà persistente pur non presentando disturbi nell'acquisizione dell'ortografia.

CONCLUSIONI

La prevenzione di un rischio prevedibile si pone al centro degli obiettivi della nostra Associazione, nell'ottica di un intervento tempestivo ed efficace. Dalle procedure di screening condotte all'interno delle classi terze primarie del Comprensivo durante l'anno scolastico 2018/2019 è emerso che su un totale di 87 studenti sottoposti alle prove di valutazione, sono state rilevate prestazioni deficitarie (inferiori ai parametri indicati dalla Consensus Conference 2011 sui DSA) in oltre il 40% dei casi, a cui si aggiunge un ulteriore 12% di casi considerati al limite della norma, per un totale del 57% di bambini con difficoltà ortografiche rilevanti.

Tuttavia, i casi effettivamente segnalati alle famiglie sono stati in numero notevolmente inferiore; si è infatti ritenuto opportuno parametrare il tasso di segnalazione in base alle prestazioni medie rilevate all'interno del Comprensivo.

Il numero di segnalazioni risulta in linea con le attese in base al tasso di incidenza generale dei

Disturbi Specifici di Apprendimento, ad eccezione del parametro dell'ortografia.

Numerose ricerche, nel panorama nazionale e internazionale, hanno mostrato l'importanza dell'esercizio di abilità quali la conoscenza dell'alfabeto, la consapevolezza fonologica, la denominazione rapida automatica (RAN), la memoria fonologica e la processazione visiva all'interno della scuola primaria ai fini di una precoce identificazione delle difficoltà di apprendimento, in particolar modo nelle ortografie "trasparenti" come nella lingua italiana (Zoccolotti, De Luca, Di Pace, Judica, Orlandi & Spinelli, 1999).

Gli strumenti da noi impiegati durante la prima fase hanno permesso una rapida valutazione collettiva delle abilità indagate evidenziando nelle abilità di lettura e scrittura prestazioni coerenti tra le diverse fasi. Nello specifico, la decisione lessicale si è rivelata uno strumento stabile e valido nel predire il funzionamento dell'abilità di lettura valutata nella fase due; la decisione ortografica, allo stesso modo, si è rivelata uno strumento stabile e valido nel predire le abilità di compilazione nella fase due.

Le prove di denominazione rapida non hanno evidenziato altrettanta accuratezza.

Pertanto risulta utile riflettere sulle possibili modalità di screening attivabili all'interno dei percorsi educativi e sui relativi strumenti di assessment che è possibile utilizzare.

L'impiego di strumenti quali la decisione lessicale e la decisione ortografica ha consentito di predire accuratamente il livello di acquisizione

delle competenze ortografiche e di lettura, evidenziando la loro utilità per le classi terze. Gli strumenti volti ad indagare i prerequisiti della letto-scrittura utilizzati durante il progetto, non hanno invece mostrato un grado di accuratezza adeguato nel predire il futuro sviluppo delle abilità in questione nelle classi terze. Per tale motivo non se ne raccomanda l'utilizzo in questa fase evolutiva.

Al contrario, l'agilità di somministrazione e di scoring delle prove di decisione lessicale e di decisione ortografica rendono tali strumenti particolarmente validi; in considerazione dell'accuratezza evidenziata, se ne raccomanda l'utilizzo nelle procedure di screening per la classe terza della scuola primaria. Sarebbe interessante a tal fine valutarne l'efficacia predittiva anche per le classi seconde, considerate le tarature statistiche di riferimento esistenti per tali strumenti.

Al contempo, sarebbe auspicabile anticipare il più possibile l'identificazione delle difficoltà di apprendimento, al fine di sviluppare interventi tempestivi oltre che a supportare la realizzazione di interventi didattici mirati. Considerata la fase di sviluppo delle abilità di letto-scrittura negli anni precedenti alla seconda, la letteratura evidenzia la necessità di impiegare prove relative ai prerequisiti delle abilità strumentali di letto-scrittura, in quanto questi mostrano un solido potere predittivo nelle fasi di acquisizione precedenti.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione Italiana Dislessia *Cosa sono i DSA e come parlarne*. Tratto da https://www.aiditalia.org/Media/Press/DSA_comme_parlarne.pdf
- Besio, S., & Nicole , B. (2017). *Partire dai criteri diagnostici dei DSA per effettuare l'identificazione precoce*. Form@re - Open Journal per la formazione in rete ISSN 1825-7321, vol. 17, n. 2, pp. 238-254 DOI: <http://dx.doi.org/10.13128/formare-21017> ©2017 Author(s). Open Access article distributed under CC BY-NC-ND 4.0
- Bisiacchi P, Cendron M, Gugliotta M, Tressoldi P.E & Vio C (2014) - BVN 5 – 11 Batteria di valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva. Edizioni Erikson. Trento
- Bonifacci, Paola & Tobia, Valentina & Lami, Laura & Snowling, Margaret. (2014). ALCE. Assessment di Lettura e Comprensione per l'Età Evolutiva.
- Calderola N., Perini N., Cornoldi C. (2012), DLC: una prova di decisione lessicale per la valutazione collettiva delle abilità di lettura, in "Dislessia" Vol. 9, n. 1, gennaio 2012 (pp. 89-104) Edizioni Erickson. Trento.
- Devescovi A & Caselli M.C (2007) Sentence repetition as a measure of early grammatical development in Italian, International Journal of Language & Communication Disorders, 42:2, 187-208, DOI:10.1080/13682820601030686
- De Luca, Di Filippo, Judica, Spinelli & Zoccolotti, (2005) - Test di denominazione rapida e ricerca visiva di colori, figure e numeri. Fondazione Santa Lucia
- Legge 8 ottobre 2010, n. 170. "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".
- Pizzoli C, Lami L, Pignatti B, D'Alessandro D, Cubelli R. (2008). Il compito di decisione ortografica per la valutazione dell'acquisizione lessicale in età evolutiva, in "Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadriennale" 1/2008, pp. 25-40, doi: 10.1449/26783
- Siegel, D. J. (2013). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stella, G., & Apolito, A. (2004). Lo screening precoce. *Dislessia*, 1(1), 111-120. Tratto da Dislessia.
- Tressoldi, Cornoldi & Re,(2012)- BVSCO 2 Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica – 2. Giunti Psychometrics
- Zoccolotti, P., De Luca, M., Pace, E. D., Judica, A., Orlandi, M., & Spinelli, D. (1999). Markers of developmental surface dyslexia in a language (Italian) with high grapheme-phoneme correspondence Applied Psycholinguistics, 20(2), 191-216.



MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE E RECIDIVA

UNA RICERCA CASISTICA NELLA CITTÀ DI BARI

**Romano Carlo Alberto
Guido Ancona
Luisa Ravagnani**

Università degli Studi di Brescia,
gruppo di ricerca in Criminologia

**Luciana Prudente
Ignazio Grattagliano**

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

**Pietro Guastamacchia
Paolo Stragapede**

Ufficio Interdistrettuale Esecuzione
Penale Esterna Bari

RIASSUNTO

Le misure alternative alla detenzione costituiscono una scommessa ed una conquista di civiltà e cultura per i contesti che ne sollecitano e programmano l'attuazione, in primis l'Amministrazione Penitenziaria. Si collocano su una frontiera tra dentro e fuori il carcere e possono rappresentare, se bel colte in tutto il loro potenziale, l'inizio di una concreta possibilità di reinserimento e trattamento extramurario di soggetti che hanno commesso reati. L'articolo espone i dati di una ricerca su "Misure alternative alla detenzione" che ha visto assieme docenti e ricercatori della Università di Bari ed operatori dell'UIEPE, nel valutare l'esito delle misure alternative alla detenzione, confrontando su una serie di dati e rapportandoli ai tassi di recidiva degli stessi soggetti.

PAROLE CHIAVE

Crimine, Pena, Misure alternative alla detenzione, Recidiva, Carcere.

INTRODUZIONE

Quando parliamo di misure alternative alla detenzione intendiamo una serie di strumenti, differenti rispetto alla esecuzione inframuraria, e di incentivi per i condannati che dimostrino di essersi allontanati in modo definitivo dall'ambiente criminale di provenienza, dando prova di rispondere positivamente al trattamento rieducativo (Garofoli, 2018); (Delpino & Pezzano, 2018). In Italia, tali misure vengono introdotte dalla legge 26 luglio del 1975, n° 354 "norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà" e successive modificazioni. Attraverso l'uso delle misure esterne si realizza così il c.d *"principio della flessibilità dell'esecuzione penale"*. Le principali misure di esecuzione penale esterna sono:

1. L'affidamento in prova al servizio sociale
2. La semilibertà
3. La liberazione anticipata
4. La detenzione domiciliare

L'AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE

L'affidamento in prova al servizio sociale rappresenta quel tipo di sanzione penale che consente al condannato di espiare la pena detentiva in regime di libertà assistita o controllata fuori dal carcere (Catelani, 2002). L'affido in prova è regolamentato dall'art.47 O.P. e la sua concessione è condizionata da due requisiti essenziali:

- la pena detentiva non deve superare i tre anni e il condannato può essere affidato al servizio sociale fuori dall'istituto per un periodo uguale a quello della pena da scontare (art. 47 ord. pen.)
- è necessaria un'osservazione della personalità del reo, nei casi in cui si ritiene che il provvedimento contribuisca alla rieducazione del condannato; (Garofoli, 2018). Per quanto concerne i limiti collegati alla concessione di tale istituto si stabilisce inoltre che gli internati o i detenuti autori di particolari delitti (disciplinati dagli artt. 416-bis c.p., 74 D.P.R 309/90) possono ottenere l'affidamento in prova solo se dimostrano di collaborare con la giustizia (Arts. 4-bis e 58-ter L. 354/1975). I detenuti condannati per altri particolari delitti (connessi a finalità terroristiche di cui agli Arts. 575,628 3°co., 629 2°co. c.p.) invece, possono essere ammessi a questo istituto solo se non vi sono elementi tali da far pensare alla presenza di contatti con la criminalità organizzata (Ciarpi & Turrini Vita, 2015). Inoltre il D.L. 306/1992 convertito in Legge 7 agosto 1992, n.356 ha introdotto ulteriori limiti e divieti circa la concessione dell'affido in prova, aggiungendo nuovi commi agli artt. 4-bis e 58-quater O.P., per i casi di delitti dolosi di una certa entità commessi durante un'evasione, un permesso premio o un lavoro all'esterno durante una misura alternativa. L'affidamento in prova è inoltre previsto per i tossicodipendenti e alcoldipendenti che intendono intraprendere o proseguire un percorso terapeutico concordato con una azienda di tutela della salute o altro ente pubblico o privato espressamente individuato dalla legge; la misura è applicabile al condannato che deve espiare una pena detentiva non superiore ai sei anni (non superiore a quattro se relativa ad un reato

di cui all'art. 4-bis ord. pen.), anche se costituenti parte residua di maggior pena (art. 94 d.p.r. n.309/1990) (Garofoli, 2018).

LA SEMILIBERTÀ

La semilibertà, disciplinata all'art. 48 O.P. è una misura alternativa alla detenzione che viene concessa, da parte della magistratura di sorveglianza, quando la sentenza di condanna è divenuta irrevocabile. La semilibertà consiste nel trascorrere parte della giornata in libertà, sorvegliando talune attività indicate dalla legge, e l'altra parte in istituto penitenziario. (Palazzo, 1982). La semilibertà può essere concessa sulla base di alcuni specifici requisiti: il detenuto deve essere condannato ad una pena di arresto o reclusione non superiore a 6 mesi e deve avere già scontato metà della pena inflitta; il condannato all'ergastolo può chiedere l'applicazione di questa misura solo dopo aver scontato 20 anni di carcere; il condannato deve dimostrare di voler reinserirsi nella comunità. Vi sono altre due condizioni per essere ammessi alla semilibertà: nel primo caso il giudice deve effettuare una valutazione sul comportamento passato del detenuto, sull'evoluzione della sua personalità nel corso del trattamento penitenziario e nel secondo caso, il magistrato dovrà valutare il futuro comportamento del soggetto e formulare una prognosi favorevole sul suo reinserimento sociale. Si tratta dunque di una valutazione globale sulla personalità di chi voglia accedere alla semilibertà e sulle sue possibilità di reinserirsi (Grevi, Giostra & Della Casa, 2011; Grattagliano et al, 2015; Grattagliano et al 2014, Grattagliano et al 2014; Grattagliano et al 2012; Montrone et al, 2016; Gatti, Grattagliano Rocca, 2019). Inoltre, i condannati e gli internati ammessi alla semilibertà possono beneficiare di licenze (art. 30 ter, c.l. L. 354/1975, aggiunto dall'art. 9, L. 663/1986) che permettono loro di allontanarsi per periodi brevi dai luoghi di detenzione e gli consentono di mantenere contatti con l'ambiente esterno e prepararlo al meglio a gestire autonomamente la sua vita futura. Oltre al sistema



delle licenze, il nostro ordinamento ha previsto, con la **Legge del 10 ottobre 1986, n.663**, l'introduzione dei c.d permessi premio (attraverso la formulazione dell'art. 9 della suddetta legge) che autorizzano il soggetto a trascorrere un limitato periodo di tempo nell'ambiente libero, con l'obbligo di rientrare nell'istituto penitenziario, alla scadenza del termine. I tratti fondamentali presi in considerazione dall'istituto del permesso premio riguardano la regolarità della vita del condannato all'interno dell'istituto e il suo possibile comportamento nell'ambiente libero (Canepa & Merlo, 2010).

LA LIBERAZIONE ANTICIPATA

L'istituto della liberazione anticipata, pur essendo inserito tra le misure alternative alla detenzione "non può essere considerata nel suo complesso come alternativa alla detenzione. Essa, infatti, sostanziansi in una pura e semplice riduzione di pena, consiste quindi nell'anticipare il termine finale della sot-

toesposizione del soggetto a privazione di libertà e di restituirlo, quindi al consorzio civile" (Canepa & Merlo, 2010).

A differenza delle altre misure alternative, quindi, la liberazione anticipata prevede uno sconto di pena e risulta priva di ogni carattere afflittivo, a differenza delle restanti che conservano il carattere punitivo. La liberazione anticipata consiste nella riduzione della pena di quarantacinque giorni per ogni singolo semestre di pena già scontata a beneficio del "*condannato a pena detentiva che abbia dato prova di partecipazione all'opera di rieducazione*" (art. 54 o.p.).

La valutazione, pertanto, deve essere compiuta

sul comportamento del detenuto considerando il singolo semestre e non la condotta complessiva (tale obbligo è stato espresso dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 276 del 1990) e ai fini della concessione di tale beneficio, si dovrà tener conto anche dei periodi intermedii di libertà, dei quali il condannato ha potuto usufruire durante il periodo di detenzione. La valutazione sulla concessione di tale misura è affidata dal Magistrato di Sorveglianza il quale interviene, (artt. 69 e 69 *bis* ord. pen.), con una decisione in camera di consiglio senza la necessità della presenza delle parti (Ponti, 2008).



L'istituto della liberazione anticipata si è dimostrato uno strumento assai efficace ai fini di un maggiore controllo all'interno del carcere facendo leva sull'interesse da parte dei detenuti all'autocontrollo della propria condotta (Ponti, 2008), incentivandoli ad assumere comportamenti conformi alle regole di condotta interne all'istituto (Neppi-Modona, Pertini & Scomparin, 2009).

LA DETENZIONE DOMICILIARE

La detenzione domiciliare, disciplinata all'art. 47-ter della legge sull'ordinamento penitenziario, è una sanzione limitativa della libertà personale,

concessa dal Tribunale di sorveglianza. La detenzione domiciliare consiste pertanto nell'obbligo di trascorrere nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora, il periodo di tempo che andrebbe scontato in istituto penitenziario. La competenza nella concessione e nella revoca della detenzione domiciliare è del Tribunale di sorveglianza, proprio come per le altre misure alternative alla detenzione, mentre concrete modalità di attuazione della misura possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza, attraverso un procedimento più celere e semplificato. Si tratta delle prescrizioni, la cui osservanza è controllata dalla polizia giudiziaria e che riprendono le prescrizioni dettate per gli arresti domiciliari ex art. 284 del codice di procedura penale, e disposizioni a carico dei servizi sociali (Di Gennaro, Breda & La Greca, 1997). (Marinucci & Dolcini, 2009). (Neppi Modona, Petrini & Scomparin, 2009).

La detenzione domiciliare è un istituto sorto per consentire a determinate categorie di persone ristrette, di scontare la propria condanna in condizioni diverse e maggiormente idonee rispetto ad alcune condizioni di disagio, individuate dal Legislatore, di cui tali persone sono portatrici. È questa la matrice cd umanitaria della detenzione domiciliare che ha trasportato nella fase esecutiva la sensibilità e il rispetto di oggettive condizioni di sofferenza che avevano, a suo tempo, suggerito l'introduzione degli arresti domiciliari nel nostro panorama cautelare.

Nel tempo la detenzione domiciliare si è ampliata e all'impianto originario, di stampo come detto umanitario, si è affiancato un utilizzo "deflativo" legato alla necessità di sfoltire le eccessive presenze di detenuti in carcere, anche a seguito delle note condanne CEDU subite dall'Italia nel periodo 2009 / 2013. In questa prospettiva la detenzione domiciliare è andata sganciandosi dalla matrice umanitaria e ha acquisito una autonomia concettuale e applicativa, tra l'altro estendibile a categorie di detenuti assai più ampie. Non a caso nel gergo forense essa ha assunto il nome di "generica".

I requisiti principali connessi alla concessione di

questa detenzione domiciliare sono:

- pena detentiva inflitta, o residuo pena, non superiore ai due anni;
- assenza di presupposti per la concessione dell'affidamento in prova al servizio sociale;
- assenza di pericoli che possono favorire la reiterazione del reato da parte del soggetto che ne beneficia.

RECIDIVA E STRUMENTI DI RISK ASSESSMENT

Secondo la L. 5-12-2005, n. 251, la recidiva è la condizione personale di colui che, a seguito di una condanna per un delitto non colposo, ne commetta un altro. Sono presenti secondo la norma diversi tipi di recidiva:

- Semplice, ovvero chi essendo stato condannato per un delitto non colposo ne commetta un altro;
- Aggravata, che comprende la recidiva specifica, cioè se il delitto non colposo commesso nuovamente è della stessa indole del primo; recidiva infraquinquennale, se il nuovo delitto non colposo è commesso entro i cinque anni dal precedente; recidiva vera e finta, se il delitto non colposo viene commesso durante o dopo l'esecuzione della pena, ovvero nel il tempo in cui il condannato si sottraggia volontariamente all'esecuzione della pena;
- Reiterata, per chi essendo già recidivo commette un altro reato non colposo.

In ognuno di questi casi è previsto un rigoroso inasprimento della risposta sanzionatoria, che consiste nell'aumento da un terzo sino alla metà della pena prevista (Delpino & Pezzano, 2018). Nell'ultimo decennio gli psicologi forensi hanno richiamato all'attenzione in modo crescente la necessità di pronosticare il rischio di violenza per gli individui incarcerati o sottoposti a condizioni giuridiche, attraverso un assessment del rischio che possa tenere conto del passaggio da strutture sicure al ritorno nella comunità anche per coloro che sono sottoposti a probation (Harris et al., 2015; Prell, Vitacco & Zavodny, 2016). Gli studi condotti sul tema hanno portato a identificare come fattori di rischio principali le caratteristiche individuali dei soggetti, come essere giovani,



uomini, di una minoranza etnica (Gendreau, Little & Goggin, 1996; Lipsey & Derzon, 1998; Listwan, Sundt, Holsinger & Latessa, 2003; Spohn & Holleran, 2002), altri studiosi hanno rintracciato un aumento della probabilità di recidiva nei livelli di educazione (Bravo, Sierra & Del Valle, 2009), di lavoro (Cuervo & Villanueva, 2015; Makarios, Steiner & Travis, 2010) e fattori psicologici come basso autocontrollo, scarsa tolleranza alla frustrazione o disabilità mentali (Viljoen, Elkovich, Scalora & Ullman, 2009), così come uso di sostanza attuale o passato (Indig, Frewen & Moore, 2016; Martino ed al 2015; Grattagliano, Cassano, 2019; Grattagliano et al 2019; Grattagliano et al 2019).

Parallelamente alla necessità della prova di colpevolezza durante il processo penale, nella fase esecutiva occorre adoperare strumenti di valutazione del rischio evidence-based che possano determinare la probabilità di commettere recidiva. Si è passati nella storia degli strumenti di valutazione del rischio da un approccio clinico non strutturato che conduceva a decisioni non oggettive, generalizzabili e fortemente discrezionali, ad un approccio professionale strutturato di valutazione e gestione del rischio. Questa nuova generazione di strumenti di assessment permette di identificare non solo i livelli di bisogni criminogenici del reo, ma anche quelli che sono i processi di protezione, di promozione e di rispondenza al fine di strutturare interventi terapeutici efficaci (Zara, 2016).

Tra gli strumenti maggiormente efficaci nel predire la probabilità di recidiva troviamo l'O-ASys con focus sulla predizione della violenza (Howard, 2007), la C-VRR che determina il rischio di recidiva sia generale che violenta, prendendo in considerazione le dimensioni di rispondenza del soggetto al trattamento attraverso lo studio della sua storia passata, delle necessità attuali e dei bisogni riabilitativi futuri (Zara, 2015), l'HCR-20 che valuta la probabilità di commettere crimini violenti sia nella popolazione psichiatrica che detentiva (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013),

l'LSI-R che predice il rischio di ricaduta criminale in soggetti affidati ai servizi sociali (Andrews & Bonta 1995) e l'LSI/CMI – Level of Service/Case Management Inventory (Andrews, Bonta & Worwith, 2004), la VRAG che valuta la probabilità di commettere, a seguito del ritorno in comunità, reati sessuali violenti (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998); si annoverano inoltre il PCL-R – Hare Psychopathy Checklist Revised (Hare, 1991; 2003) e PCL:SV – Hare Psychopathy Checklist Screening Version (Hart, Cox & Hare, 1995), MnSOST e MnSOST-R – Minnesota Sex Offender Screening Tool (Epperson, Kaul & Huot, 1995; Epperson, Kaul & Hesselton, 1997), OGRS (Offender Group Reconviction Scale (Copas & Marshall, 1998), SARN – Structured Assessment of Risk and Need (Webster, Mann, Carter, Long, Milner et al., 2006).

Appare necessario esaminare i fattori di rischio dinamici che possono influire sulla possibilità di ricommettere un reato; i tipi di trattamento riabilitativo che funzionano meglio sono proprio quelli che riescono ad avere contezza di tali rischi, individuando programmi individualizzati di riabilitazione (Andrews & Bonta, 2010). Conoscere il fenomeno della recidiva nella sua estensione è indispensabile affinché il sistema di giustizia possa mettere a punto strumenti scientificamente fondati per individuare i fattori di rischio che possono concorrere ad incrementarla, in modo da controllarli e limitarli (Volpini, Mannello & De Leo, 2008), oltre a costituire un utile parametro per verificare il successo o l'insuccesso della rieducazione del reo (Sette, 2016). Al fine di valutare l'efficacia delle misure alternative, in particolar modo dell'affidamento in prova al servizio sociale, sarà opportuno analizzare il tasso di recidiva per gli affidati che siano stati in carico a tale misura.

MISURE ALTERNATIVE NEL PANORAMA ITALIANO ED INTERNAZIONALE: VARIABILI A CONFRONTO

Nell'ambito della probation, è utile implementare ricerche empiriche che supportino le condanne degli offender, oltre a guidare nelle decisioni pratiche e giuridiche come il tipo di azione,

trattamento, gestione all'interno della comunità e bisogni di supervisione (Wermink, 2016; Craig, Beech & Cortoni, 2013). È necessario esaminare le variabili intervenienti che possano fungere da fattore di rischio o di protezione nei confronti del reo; nella fattispecie, come emerso dai dati di letteratura, la tendenza a commettere crimini ed eventualmente a recidivare è correlata a caratteristiche quali genere, età, tossicodipendenza, appartenenza a realtà sociali svantaggiate, livelli di istruzione o possibilità di impiego, sostegno sociale e relazioni con familiari e pari positive (Greiner, Law & Brown, 2015; Herberman & Bonczar, 2014; Fox, Jennings & Farrington, 2015; Oudenkirk, Allen, Hessel & Molloy, 2015; Linhorst, Dirks-Linhorst & Groom, 2015).

Vi è una sentita necessità da parte della letteratura attuale di comprendere meglio il fenomeno della criminalità perpetrata dalle donne (Thornton, Graham-Kevan & Archer, 2012). La letteratura ha mostrato che i fattori maggiormente influenti sul rischio di recidiva femminile sono l'assenza di un impiego, stress finanziario, povertà, abitazioni scadenti, condizioni sociali non favorevoli, come ad esempio assenza di risorse o alta criminosità ed infine relazioni con criminali (Greiner, Law & Brown, 2015; Moshash, Kashy, Smith & Cobbina, 2016).

In Italia, coerentemente con i dati pubblicati il 31 ottobre 2019 dal Ministero della Giustizia, si osserva che a fronte di 60.985 detenuti, la popolazione femminile corrisponde solo a 2.676 donne, ovvero il 4,39% della popolazione carceraria; la percentuale di detenute nei penitenziari pugliesi è perfettamente in linea con quella nazionale, attestandosi al 4,72% della popolazione totale (www.giustizia.it). Attualmente nella nazione italiana la criminalità femminile ha visto affiancarsi ai reati solitamente commessi dalle donne, come la prostituzione, anche delitti di stampo mafioso o connessi alla criminalità organizzata; sono frequenti i reati di spaccio e detenzione di sostanze stupefacenti, ambito in cui soprattutto le donne straniere vengono utilizzate come "manovalanza" dalle

associazioni criminali; un'altra parte è condannata per reati contro il patrimonio, ad esempio furto, rapina, taccheggio ed estorsione, mentre una percentuale minore interessa le accuse di omicidio, in particolar modo consumato in famiglia a seguito di violenze subite (Bartholini, 2015).

Le donne sottoposte a misure comunitarie sono generalmente meno studiate della controparte maschile, ma anche negli USA costituiscono una cifra significativa; si pensi infatti, che nel 2013 circa 102.384 donne erano sottoposte al regime di parole, mentre 977.650 erano in probation, rappresentando il 25% della popolazione in prova al servizio sociale (Herberman & Bonczar, 2014). Appare curioso notare come le donne in Italia accedano alle misure alternative con frequenza maggiore rispetto alla controparte maschile: secondo i dati pubblicati dal Ministero della Giustizia aggiornati al primo semestre 2018, su 6.461 donne che hanno evaso la legge, il 60,58% ha avuto accesso alle misure alternative alla detenzione, rispetto al 41,8% degli uomini. (Romano, Ravagnani, 2013); (Pajardi et al, 2018); (Romano, Ravagnani, 2018, in Pajardi et al, 2018), (Romano et al, 2014) Un altro campione interessante da analizzare è quello rappresentato dagli stranieri. (Romano, 2014)

Nella letteratura europea e nordamericana sono presenti diverse inchieste che indagano l'opinione dei cittadini rispetto al legame tra crimine e immigrati. Ciò che si evince è una forte preoccupazione soprattutto per coloro che sono presenti sul territorio illegalmente (Card, Dustmann & Preston, 2012); questa distorsione può essere spiegata dalla percezione di un alto numero di migranti presenti nei penitenziari di questi paesi (Simes & Waters, 2013). Gli immigrati sono sottoposti a una serie di svantaggi quando si interfacciano a nuove realtà, come più alti livelli di povertà o discriminazioni nel mercato del lavoro (Reid, Weiss, Adelman & Jaret, 2005). Da un punto di vista teorico ci sono differenti ragioni per aspettarsi una correlazione tra immigrazione e crimine (Bianchi, Buonanno & Pinotti, 2012); si annoverano infatti le teorie della struttura sociale e, più



nello specifico, la "social disorganization theory", la "strain theory" e la "cultural deviance theory": il leitmotiv di queste teorizzazioni è rappresentato dalla convinzione che le persone diventano criminali poiché appartengono ad una determinata struttura socioeconomica; è più probabile che delinquano persone povere, non capaci di ottenere un buon livello finanziario o sociale (Siegel & Larry, 2000). Ma, così come statuito da Mears (2002, p.287) "Nonostante molte teorie criminologiche suggeriscono ipotesi sul comportamento criminale degli immigrati, queste rimangono non sviluppate e testate". In considerazione dei dati pubblicati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica sui detenuti italiani e stranieri presenti e aggiornati al 31 ottobre 2019 (www.giustizia.it), la presenza di stranieri all'interno degli Istituti Penitenziari italiani è pari a 20.149 unità, su un totale di 60.985 detenuti totali (33,04%), costituendo dunque un terzo della popolazione carceraria nella nazione; nelle carceri pugliesi sono presenti 483 detenuti stranieri, su un totale – tra italiani e stranieri – di 3.857 detenuti, rappresentando quindi il 12,52% della popolazione carceraria della regione; nello specifico, la provincia di Bari conta 681 detenuti in totale, di cui 76 sono stranieri, ovvero l'11,16%. Solo una scarsa minoranza di questo sotto campione ha accesso alle misure alternative alla detenzione: ogni 54 affidati italiani, ve ne è uno straniero. Questo dato è dimostrato da studi di letteratura che attestano come l'immigrato sia regolare che irregolare accede alle misure alternative alla detenzione con una frequenza minore rispetto a un cittadino italiano (Bonura, 2011). Di fatto è sorprendente notare come l'Italia, che è raggiunta da un numero sempre maggiore di migranti e di richiedenti asilo, dai pochi dati disponibili – ricavati da una ricerca condotta per il progetto "Contention" (Di Pascale & Di Bari, 2014) – è tra le nazioni dove le alternative alla detenzione vengono applicate in misura minore (www.tribunafinanziaria.it), nonostante le raccomandazioni al Governo Italiano di "assicurarsi

che i migranti vengano detenuti solo quando rappresentano un pericolo per se stessi o per gli altri, o vi sia un rischio dimostrato di fuga per i processi futuri, e sempre assicurandosi che la detenzione sia utilizzata per il minor tempo possibile. Le alternative alla detenzione dovrebbero essere disposte in tutti gli altri casi" (UN General Assembly, Human Right Council, 2015).

L'età è uno degli indicatori che correlano maggiormente con il rischio di comportamento criminale: le teorie evolutive e criminologiche attribuiscono la responsabilità a una serie di mutamenti sociali, psicologici e biologici che intervengono durante l'adolescenza e la prima età adulta. È stato evidenziato da uno studio effettuato da Sweeten, Piquero e Steinberg (2013), che la relazione tra età e crimine nell'adolescenza nella prima età adulta (15-25 anni) è in gran parte, sebbene non totalmente, riconducibile ad una molteplicità di cambiamenti evolutivi, come il controllo sociale (impiego o matrimonio), la concezione della giustizia (percezione della legittimità e giustezza del sistema legale), apprendimento sociale (essere parte di una gang criminale o l'esposizione a pari antisociali), tensioni psicologiche (vittimizzazioni, fine di una relazione), maturità psicosociale (controllo degli impulsi, autoregolazione, disimpegno morale), e scelte razionali riguardanti costi e benefici dell'attività criminale.

L'analisi dei cambiamenti nella ACC – Age-Curve Crime – viene effettuata per comprendere meglio la fase di avvio dell'attività criminale, e può essere concettualizzata sia attraverso il "period effect" che il "cohort effect" (Kim et al, 2015). Nel primo caso – effetto legato al periodo – un fenomeno influisce su chiunque in corrispondenza di una determinata età; nel secondo caso – effetto legato alla coorte – sono influenzati i nati in particolare anno, a prescindere dall'età. Oltre a questi due aspetti, che possono essere meglio spiegati dalle strategie politiche e dai tassi di incarcerazione – se si parla di crimine – si possono aggiungere altre variabili per comprendere il fenomeno in questione, ad esempio i cambiamenti di tipo "esogeno" a livello demografico,

come l'immigrazione o i mercati della droga (Farrell et al., 2015), i cambiamenti delle norme sociali (Tonry, 2014), misure di sicurezza migliori – soprattutto nelle case e per le macchine – che costituiscono dei deterrenti rispetto alle opportunità di commettere reati e che contribuiscono alla prevenzione dell'avvio della criminalità giovanile (Farrell et al., 2015). Si considerino i dati provenienti dalli Stati Uniti, dove la recidiva per i detenuti calcolata entro i 5 anni dal rilascio, si attesta intorno all'84% per gli under 24, al 79% per coloro che hanno un'età compresa tra i 25 e i 39 anni ed infine attorno al 69% per chi ha più di 40 anni (Herberman & Bonczar, 2014). Nel contesto europeo i risultati degli studi sulla Age-Crime Curve appaiono concordi con i dati della letteratura americana, secondo cui l'avvio dell'attività criminale è primariamente inteso come avvio della criminalità in giovane età, ma diversamente dalla popolazione statunitense (Farrell et al., 2015; Kim et al., 2015), quella europea, nella fattispecie in Scozia (Matthews & Minton, 2018), Inghilterra e Galles (Morgan, 2014), vede il suo picco nella fascia di età compresa tra i venti e i quarant'anni; questa differenza può essere attribuibile alle discrepanze tra la manifestazione della criminalità negli Usa e in Europa.

Quando si parla di recidiva in relazione all'età, è importante considerare due tipi di fattori di rischio: quelli della criminalità limitata all'adolescenza e quelli che persistono durante il corso della vita (Sampson & Laub, 2005; Farrington, 2003). Se si considera il livello di prevalenza alto di comportamento antisociale nella fase adolescenziale, la delinquenza potrebbe essere vista come un fenomeno grossomodo normativo e, poiché non è causato in grande misura dall'esposizione a fattori di rischio, può essere difficilmente previsto dallo studio della severità degli stessi; il comportamento antisociale persistente nel corso della vita inizia in età precoce, continua nell'età adulta ed è più facilmente studiabile a partire da fattori individuali, come tratti psicopatici, successivamente rinforzati da un ambiente ad alto rischio (Fox, Jennings & Farrington, 2015;

Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington & Wilkstrom, 2002). Gli studi di letteratura hanno mostrato che il peso dei fattori di rischio dinamici cambiano durante il corso della vita (Spanjaard et al., 2012; Van der Put et al., 2010; Van der Put et al., 2012). Così come spiega la criminologia evolutiva, ogni stadio dello sviluppo è caratterizzato da compiti e bisogni specifici – ad esempio, costruire una relazione di attaccamento con il caregiver è un compito della prima infanzia, guadagnarsi l'autonomia dai genitori, costruire amicizie prosociali e fare esperienza di successi accademici costituisce un dovere nell'adolescenza (Oudenkirk, Allen, Hessel & Molloy, 2015). Ognuna delle transizioni può influire sulla possibilità che si commettano crimini o ci si astenga dal farlo (Sampson & Laub, 2005; Sampson, Laub & Wimer, 2006). Oltre all'analisi dei fattori di rischio, basata su un modello focalizzato sul deficit e sulla patologia, negli ultimi anni si sta effettuando lo sforzo di identificare i fattori protettivi che possano mitigare o diminuire il rischio di commettere comportamenti criminali (Baglivio, Wolff, Piquero, Howell & Greenwald, 2017). Tra i fattori protettivi più studiati in questo filone di ricerca, si annoverano supporto e relazioni familiari e con i pari positive, opportunità di lavoro e di istruzione, valori e attitudini prosociali, attività extracurricolari, caratteristiche di personalità, come autoefficacia o capacità di problem solving, assenza di uso di sostanze (Scott & Brown, 2018; Grattaglione et al 2016; Laquale et al 2018; Grattaglione et al 2018; Lisi et al , 2016). L'addiction è considerata sia causa che conseguenza di differenti problemi sociali che hanno ripercussioni di carattere psicologico, sociologico ed economico e che minacciano il funzionamento delle norme istituzionali. La dipendenza da sostanze non è meramente spiegabile come forma di comportamento imputabile esclusivamente a fattori individuali o sociali e risulta meglio comprensibile se confrontata con dinamiche come caratteristiche personali, della zona in cui si vive, della struttura sociale, dell'esclusione sociale e così via; l'uso di sostanze stupefacenti



costituisce uno dei più gravi problemi che investono le varie nazioni, a prescindere dall'etnia e dalla situazione socio-economica, e che si manifesta con un rapido e pericoloso sviluppo tecnologico e ampliamento dei mercati (Dennis & Scott, 2007; Orum, Kara, Egilmez, Ozen & Kalenderoglu, 2018). (Marvelli et al 2013) Secondo il Rapporto 2018 condotto dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), in Italia la droga più comunemente consumata dalla popolazione generale è la cannabis, il cui utilizzo è secondo solo alla Francia; sulla base dell'indagine generale sulla popolazione del 2014, si stabilisce che lo 0,9% degli individui in età compresa tra i 15 e i 64 anni ne fanno uso quotidianamente o quasi. A livello nazionale, si stabilizza al secondo posto l'utilizzo di cocaina, e rispetto al suo consumo, l'Italia è settima nella classifica europea. I dati di centri di trattamento specializzati indicano che nel 2016 la cocaina in polvere è stata la sostanza più ampiamente consumata da parte di coloro che hanno iniziato una terapia, seguita dall'eroina e dalla cannabis. Le evidenze più allarmanti riportano che l'uso della maggior parte delle droghe illecite è concentrato tra i giovani adulti – dai 15 ai 34 anni, fatta eccezione per l'uso di cocaina, segnalata in particolar modo per coloro che hanno un'età compresa tra i 25 e i 34 anni. Nel paese italiano, il consumo di droghe ad alto rischio resta principalmente connesso all'utilizzo di eroina: stando alla stima basata su un moltiplicatore di trattamento, si riporta che i consumatori ad alto rischio di tale sostanza fossero 205.200 nel 2015 (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2018).

In merito all'accesso alle terapie, circa un paziente su dieci è di sesso femminile, ma tale proporzione si modifica a seconda della droga primaria utilizzata. Nel contesto nazionale, il coordinamento del trattamento correlato al consumo di sostanze stupefacenti viene effettuato ad opera delle regioni da parte dei capi dei dipartimenti di droga locali o dei servizi di droga; è dunque il governo regionale a istituire i servizi delle cure. Il sistema italiano di trattamento delle tossicodipendenze è

diviso in due sottosistemi complementari: l'uno è rappresentato dall'unità di servizio pubblico di tossicodipendenza - Ser.D - e l'altro dalle strutture socio-riabilitative, generalmente residenziali o semi-residenziali (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2018). Nel 2016, circa un quarto dei detenuti era considerato dipendente da sostanze e tale proporzione è rimasta stabile nel corso degli anni. In merito al consumo di alcol, esso si costituisce come il quinto principale fattore di rischio di mortalità nel mondo, il quarto nell'Europa centrale e orientale; non solo il suo consumo è associato a malattie non trasmissibili, ma anche all'aumento del rischio di contrarre malattie infettive, croniche; l'assunzione eccessiva di tale sostanza incrementa il rischio di morte e disabilità a causa di incidenti, lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi. Nel 2016 la stima di ai servizi pubblici era pari a 71.219 soggetti (di cui il 27% sono nuove utenze), il 75,2% del totale ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre il rapporto maschi/femmine è pari al 3,5 per il totale degli utenti (www.salute.gov.it).

L'alto tasso di dipendenza da sostanze non è un fenomeno che interessa solo i detenuti: nella popolazione di probationer è alto il tasso di coloro che hanno fatto uso di sostanze e che hanno commesso crimini sotto il loro effetto; tra i maggiori predittori di recidiva a fronte della concessione di misure alternative, una storia di dipendenza o uso di sostanze lascia ipotizzare esiti negativi (Linhorst, Dirks-Linhorst & Groom, 2015). Il consumo di droghe è spesso stato incluso in molti studi sul recidivismo degli affidati in prova, ma spesso si tendeva ad identificare i criminali solo sulla base della condanna e non della storia personale di uso o dipendenza: in una ricerca di Olson e Lurigio (2000) condotta su 2.400 probationer in Illinois, l'uso di sostanze era associato con livelli più alti di recidiva e di revoca della misura alternativa, a prescindere dal tipo di reato commesso. De Li, Priu e MacKenzie (2000) hanno trovato come individui coinvolti in crimini legati sia all'uso che al traffico di sostanze avevano una

probabilità di violare i termini della probation per crimini contro la proprietà 12 volte maggiore rispetto a chi avesse commesso solo uno dei due reati. I risultati ottenuti dalla letteratura, però, non sono sempre univoci: Gray, Fields e Maxwell (2001), in uno studio centrato sui crimini connessi alle droghe, uso di droghe e uso di alcol correlati alla violazione della probation e alla recidiva su 1.500 soggetti, hanno riscontrato che solo l'uso di droghe era significativamente associato con violazioni dei limiti dell'affidamento, e addirittura nessuna delle tre variabili era associata con ulteriori arresti.

Vi è un generale accordo tra le differenti ricerche che la partecipazione a un trattamento risulta efficace nella diminuzione del rischio di recidiva; nello specifico, programmi di trattamento indirizzati ai probationer hanno dimostrato un decremento nei fallimenti della misura e nella recidiva rispetto a chi non vi era sottoposto o lo abbandonava (Huebner & Cobbina, 2007; Krebs, Strom, Koetse & Lattimore, 2009). La dipendenza da oppioidi è a livello globale tra le dipendenze più comuni (Degenhardt, Whiteford, Ferrari, Baxter, Charlson, Hall, et al., 2013) e gli individui che ne fanno uso sono più propensi, in termini statistici, al crimine (Degenhardt, Gisev, Trevena, Larney, Kimber, Burns, et al., 2013; Marel, Mills, Darke, Ross, Slade, Burns, et al., 2013). La terapia con il metadone resta uno dei sostituti più utilizzati per il trattamento di tali sostanze (Mattick, Brenen, Kimber, Davoli, 2009) e coloro che vi si sottopongono infatti, sono generalmente associati a migliori esiti, in termini anche di riduzione della criminalità (Holloway, Bennett & Farrington, 2006). Accanto alle correlazioni ampiamente documentate in letteratura tra crimine e uso di droghe (Dowden & Brown, 2002), occorre considerare che storie criminali includenti violenza e contatti maggiori con il mondo della giustizia rappresentano fattori di rischio per l'abbandono del trattamento (Burns, Gisev, Larney, Dobbins, Gibson, Kimber, et al., 2015). Le evidenze empiriche disponibili supportano l'efficacia della terapia con metadone – MMT – rispetto a gruppi di

controllo che non ricevono terapia, ma poco si sa rispetto al ruolo giocato da questo tipo di trattamento al fine di una riduzione nella commissione di crimini; la letteratura ha dimostrato effetti positivi in termine di desistenza dalla delinquenza se gli individui vengono sottoposti a OST – terapia alternativa agli oppioidi – che siano ininterrotte, anche se gli stessi Oliver et al. (2010) con il loro studio hanno mostrato come vi fosse una diminuzione di recidiva del 10% per ogni sei mesi di trattamento; Gordon et al. (2008) inoltre, attraverso una ricerca sul trattamento con il metadone correlato al rischio di commettere crimini, hanno sottolineato come questo tipo di intervento sia sostanziale nell'incremento della sicurezza pubblica, essendo associato a un rischio significativamente più basso di delinquenza sia di tipo violento che non violento (Lind, Chen, Weatherburn & Mattick, 2008; Gordon, Kinlock, Schwartz & O'Grady, 2008; Oliver, Keen, Rose, Ewins, Griffiths & Mathers, 2010; Russolillo, Moniruzzaman, McCandless, Patterson & Somers, 2017).

Appare interessante, inoltre, esaminare il fenomeno delle donne criminali che fanno uso di droghe, correlando questo dato alla recidiva: vi è un'alta percentuale di donne che violano la legge per delitti connessi all'uso di sostanze stupefacenti (Belknap, 2014; Bartholini, 2015). In uno studio pubblicato nel 2010 di Huebner, DeJong e Cobbina che osservava la frequenza e le tempistiche di recidiva nelle donne, si è scoperto che il 47% di esse incorreva nella recidiva; in particolare, di questa percentuale il 40% recidivava entro un anno, il 47% entro i due o tre anni e il 14% successivamente; il 14% di esse erano incarcerate nuovamente a seguito di reati concernenti l'uso di sostanze. Sembra evidente sottolineare l'importanza di considerare la complessità di questo fenomeno: sono diverse le variabili che intervengono sulla recidiva, di natura psicologica, demografica, storica e comportamentale, tra cui un basso grado di istruzione, una storia di lavoro stabile, presenza di malattie mentali (Cimino, Mendoza, Thieleman, Shively & Kunz, 2015).



In molti paesi degli Stati Uniti d'America e del continente europeo, i legislatori hanno intrapreso la costruzione di un sistema dove i consumatori di sostanze illecite vengano seguiti da un piano di supervisione, attraverso un trattamento ed una riabilitazione dell'individuo all'interno della comunità (Harrison & Scarpitti, 2002). In nazioni come la Turchia, è stata dimostrata l'efficacia del trattamento obbligatorio durante la probation per coloro che fanno utilizzo di sostanze, nonostante vi siano molti abbandoni (Somers, Currie, Moniruzzaman et al., 2012; Bilici, Ögel, Bahadir, Maçkan, Orhan & Tuna, 2017); infatti, credere che tutti i tossicodipendenti possano interrompere l'uso di sostanze grazie agli interventi proposti durante l'attuazione di misure alternative alla detenzione sarebbe inverosimile, poiché l'addiction è una patologia che procede con riprese e ricadute, ma tale strategia ha dimostrato di ridurre i problemi con la legge dei tossicodipendenti e la recidiva per crimini connessi alla droga del 18,7% per i sottoposti a probation (Lattimore, Krebs, Koetse et al., 2005; Mitchell, Wilson, Eggers et al., 2012). Inoltre, vi sono differenti evidenze empiriche che attestano l'associazione tra l'uso di alcol e il comportamento criminale (Boden, Fergusson & Horwood, 2012), nella fattispecie il suo uso è un fattore presente in circa la metà dei crimini violenti (Flatley, Kershaw, Smith et al., 2010); è opportuno considerare però, in un'ottica più complessa, la quantità di alcol consumata e anche i fattori individuali e contestuali (Graham, Parkes, McAuley et al., 2012). Come ampiamente confermato dalla letteratura, a prescindere dalla levatura sociale, economica o dalle caratteristiche demografiche del reo, l'accesso all'alcol porta ad aumentare i tassi di crimine, incluse violenze (Gruenewald, Freisthler, Remer, Lascala, & Treno, 2006; Rowe, Wiggers, Wolfenden, & Francis, 2010; Mazerolle, White, Ransley, & Ferguson, 2012), disordini (Kypri, Bell, Hay, & Baxter, 2008), danneggiamento di proprietà (Wilkinson, & Livingston, 2012) e guida in stato di ubriachezza (Gruenewald, Johnson, & Treno, 2002). Uno dei posti in cui vi sono più atti di

violenza interpersonale è nelle vicinanze o all'interno di luoghi dove si può acquistare alcol, dunque si possono assumere sostanze intossicanti che sembrano disinibire il comportamento aggressivo, nella fattispecie tra gli uomini (Gruenewald, Freisthler, Remer, LaScala & Treno, 2006).

Nel periodo precedente la concessione di misure alternative alla detenzione, si può tentare di prevedere il rischio di recidiva e conseguentemente il possibile esito dell'affidamento, con gradi di sicurezza limitati agli strumenti scientifici forniti dalla letteratura; ad esempio l'OASys presenta una validità superiore allo 0.8, calcolata con l'alfa di Cronbach; ciò significa che di fatto le scale misurano variabili discrete, con una probabilità di errore dello 0.2 (Ministry of Justice, 2009), la VRAG predice il rischio di recidiva violenta con valori compresi tra .73 e .75, per l'HCR-20, la capacità di prevedere comportamenti recidivi violenti si attesta attorno al .80 (Grann, Belfrage & Tengstrom, 2000). Appare dunque interessante comprendere quale sia la relazione tra l'esito dell'affidamento in prova al servizio sociale e il livello di recidiva, soprattutto in considerazione delle diverse casistiche che possono presentarsi: la misura alternativa può concludersi con esito positivo, può essere revocata a seguito di una valutazione da parte del giudice di sorveglianza per andamento negativo della stessa, il reo può commettere ulteriori crimini durante l'esecuzione o possono sopraggiungere altre condanne che aumentano la durata della pena per un periodo maggiore al limite consentito dei tre anni, può esservi un trasferimento dell'esecuzione a un altro territorio e infine, l'affidamento può essere trasformato in un altro incarico. È importante considerare che i pochi e non sistematici studi sulla recidiva hanno mostrato una relazione diretta tra il modo in cui le misure alternative alla detenzione sono condotte con i tassi di recidiva; nella fattispecie, il livello di supporto sociale è tra i fattori maggiormente significativi in termini di riduzione del fenomeno, confermando il successo delle politiche di welfare penale rispetto a quelle

basate su strategie meramente basate sul controllo (Tabar, Miravalle, Ronco, & Torrente, 2016). A livello generale, nell'ultimo decennio circa si è riscontrato un trend positivo per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione, con particolare riguardo per la Spagna e l'Italia. Nella fattispecie, nonostante siano presenti differenti approcci ispiratori dei modelli di intervento, l'utilizzo della CBT (Cognitive Behavioral Therapy) si configura come il metodo più efficaci degli ultimi decenni nella modifica della condotta criminale e nel decremento della recidiva, rispetto a una risposta punitiva (Feucht & Holt, 2016). Un altro predittore molto forte dell'esito in termini di recidiva è dato dall'impegno (inteso come la partecipazione e l'attitudine al cambiamento) dell'affidato rispetto alle terapie di gruppo fornite durante la probation (Yang, et al. 2013). Nello specifico del contesto italiano, se si prende in considerazione il medesimo periodo di tempo che interessa il presente studio casistico, la percentuale di revoche delle misure alternative alla detenzione è rappresentato nella seguente **Tab. 1**:

Anno	Revoche Servizio Sociale	Revoche Semi-Libertà	Revoche Detenzione Domiciliare
2005	5,33%	14,89%	11,35%
2006	4,23%	12,93%	8,6%
2007	4,68%	12,16%	8,12%
2008	5,58%	9,63%	8,03%
2009	5,55%	8,83%	7,32%
2010	5,73%	9,4%	6,52%
2011	5,16%	6,28%	7,12%
2012	5,59%	10,15%	7,77%
2013	5,08%	8,85%	7,74%
2014	4,41%	8,17%	6,97%

Tab. 1 - Fonte: European Prison Observatory - 2016

Va sottolineato che negli anni in cui vi è una maggiore percentuale di revoche si assiste anche ad alti livelli di incarcerazione a livello europeo, e questo potrebbe suggerire l'ipotesi che ci sia una connessione tra le politiche a tolleranza zero e il trend dell'utilizzo delle misure alternative. Questo tipo di strategia politica ha raggiunto in

Europa l'apice negli anni 2000: in questa cornice di "tolleranza zero" il numero di comportamenti che sono stati criminalizzati si è espanso (Wacquant, 2009); generalmente il target è quello degli stranieri, in particolar modo i migranti. Per apportare un esempio nel contesto italiano, si pensi alla legge Bossi-Fini del 2002, i cui effetti sono visibili anche nel grafico in figura 1: la percentuale di revoche è la più alta rispetto a tutti gli altri anni rappresentati in figura. Ciononostante, quello che risulta ancor più interessante è che l'andamento delle percentuali di revoca dell'affidamento in prova al servizio sociale sembra procedere in modo indipendente rispetto alle revoche delle altre misure, con percentuale notevolmente più basse (Tabar, Miravalle, Ronco, & Torrente, 2016). Tale dato lascia spazio all'ipotesi che la probation possa essere la forma di espiazione della pena con migliori risultati, nella misura in cui permette a coloro che sono stati condannati dallo stato di libertà di non accedere al mondo penitenziario, a coloro che ne usufruiscono come sostituzione a una pena medio-breve di reintrodursi gradualmente sul territorio, garantendo al condannato più alte probabilità di riabilitazione (Stefani, 2015; Tabar, Miravalle, Ronco, & Torrente, 2016). Coloro che provengono da un percorso detentivo sono destinati quasi sempre a incontrare problemi di risocializzazione, che appaiono in misura minore se il reingresso viene affrontato con specifici programmi di inserimento lavorativo (Duwe, 2012). Ciò che maggiormente influisce sul peggioramento delle condizioni di vita dei soggetti detenuti, e che al contrario non affligge coloro che godono dell'affidamento in prova, è la perdita del lavoro, dell'abitazione, dei legami affettivi (Ronco & Torrente, 2017 - da ledizioni.it).

Stando alle rilevazioni Istat nell'Annuario Statistico Italiano 2018, relativo ai dati del 2016, è evidente un decremento del 7,4% rispetto all'anno precedente nei delitti denunciati all'Autorità Giudiziaria. Tale trend appare generalizzato alle varie tipologie di delitto: sono in calo del 14,7% gli omicidi volontari e del 10,3% quelli tentati, i furti (-8%), le rapine e la ricettazione (entrambe in calo del 6% circa), al contrario vi è un lieve



aumento di denunce per violenza sessuale (+1,2%); un reato che appare in costante crescita è quello delle truffe e frodi informatiche (+4,5% per le truffe e +29,7% per le frodi nell'ultimo quinquennio), seguito dall'uso e traffico di sostanze (+10,8%) (www.istat.it). Nella fattispecie del territorio barese, dalla ricerca sull'andamento dei reati su base semestrale dal 2004 al 2007 dell'istituto di ricerca UNICRI (2008) è possibile evincere come i reati maggiormente commessi sono quelli contro il patrimonio, i cosiddetti reati predatori; tale categoria contempla furto, ricettazione, rapina, estorsione, sequestro di persona a scopo di estorsione, truffa e usura (UNICRI, 2008). Su un totale di reati nel 2004 pari a 21.094, 12.252 sono i furti, in particolare 2.132 di autovetture e 1.575 di auto in sosta, 1.128 furti in abitazione, seguiti da 653 furti con strappo e altri furti con numeri leggermente inferiori, come quelli di ciclomotori e motocicli (rispettivamente 514 e 487) e furti in esercizi commerciali (250). Nel 2007, il numero totale di reati risulta in leggero aumento, stabilendosi a 23.029; quanto alle tipologie i dati sembrano essere rimasti tendenzialmente costanti. A fronte di un'incidenza minima del numero di rapine in appartamento, in banca o presso uffici postali, si segnala tuttavia un più consistente numero di rapine in esercizi commerciali (130 casi nel 2007) e, soprattutto, di rapine in pubblica via (ben 241 casi nel 2007). Strettamente connesso ai furti e rapine è il reato di ricettazione che non mostra tratti di significativa diminuzione; altri reati ampiamente diffusi nella città di Bari sono quelli di contrabbando, reati di spaccio e traffico di stupefacenti e reati di ordine pubblico (UNICRI, 2008).

Una parentesi va dedicata a quest'ultima tipologia di reato, che spesso nasconde la presenza di associazioni per delinquere a stampo mafioso, poiché fortemente presente nel territorio barese. Pur essendosi formata sul modello delle famose organizzazioni criminali acquisendone persino i rituali, la criminalità organizzata barese non è strutturata in modo unitario e verticistico; al contrario si assiste alla presenza di diversi clan che, attraverso alleanze, si sono suddivisi il territorio (Mortellaro, 2019). Le organizzazioni criminali dei paesi limitrofi sono sempre collegate a quelle barese e da esse dipendono (Sblendorio, 2013).

Nonostante i numerosi arresti, i clan barese sono in grado di rigenerarsi anche attraverso le giovani leve che di frequente collaborano con le associazioni criminali, anche straniere come nel caso di quelle albanesi (Pasculli, 2011). Le attività eminenti delle associazioni per delinquere di Bari e provincia restano la gestione del mercato degli stupefacenti e delle estorsioni, che assicurano l'aumento dei capitali e il predominio in termini di potere territoriale (DIA, 2018). Ciò che sembra essere interessante nello studio della criminalità organizzata del territorio locale è che i clan, accumulando capitali consistenti, riescono perfino ad influenzare l'attività delle pubbliche amministrazioni, banche ed imprenditori, imponendo la manodopera ed i fornitori di materiale alle aziende edilizie (Sblendorio, 2013).

LA NOSTRA RICERCA: MATERIALI, METODI ED OBIETTIVI

La presente ricerca si propone di analizzare il fenomeno della recidiva tra gli affidati in prova al Servizio Sociale di Bari, mediante studio casistico su un campione di condannati in prova al servizio sociale, residenti in terra barese che hanno concluso la misura nel quadriennio 2005-2008. Per valutare la recidiva si è verificata la presenza di annotazioni di reati successivi alla conclusione dell'affidamento in prova, attraverso l'analisi dei dati forniti dall'Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna – UIEPE, di Bari. Le condanne successive al termine dell'affidamento per reati commessi in modo pregresso, invece, non sono contemplate al fine della valutazione. Le persone individuate per lo studio erano originariamente 346; rispetto a questa cifra, il casellario giudiziale non ha fornito certificati validabili per 22 soggetti, 13 sono deceduti e dunque da un punto di vista giuridico non è stato possibile produrre certificato penale, infine 9 individui erano in possesso di un certificato nullo nonostante l'adempimento dell'affidamento in prova al servizio sociale, pertanto sono stati esclusi dall'analisi. Dunque, i casi presi in esame sono in totale 324, di cui 305 sono uomini e 19 donne; della somma totale, 6 sono stranieri (3 uomini di nazionalità albanese, 1 donna di nazionalità nigeriana, 1 donna di nazionalità russa, 1 donna di nazionalità macedone).

DIFFERENZE DI GENERE E RECIDIVA NEI SOGGETTI INSERITI IN PROGRAMMI DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE A BARI

Esaminando le differenze di genere tra gli affidati in prova al servizio sociale, nel territorio barese, si riscontra un tasso di recidiva pari al 30% (92 individui) per gli uomini (**Fig. 1**), mentre il 70% (213) non ha commesso nuovi reati al termine dell'affidamento in prova; su un totale di 19 donne prese in considerazione all'interno di questo studio, sono 5 coloro che hanno ricomesso un reato, ovvero il 26% del totale (**Fig. 2**), mentre non ha recidivato il 74% (14 donne). Ciò che si evince dai dati è che, nonostante le donne presentino una percentuale di recidiva inferiore a quella maschile -tale considerazione sembra essere in linea con i dati generali relativi alla criminosità femminile- la differenza di genere non appare significativa come accade nel fenomeno criminale generale.

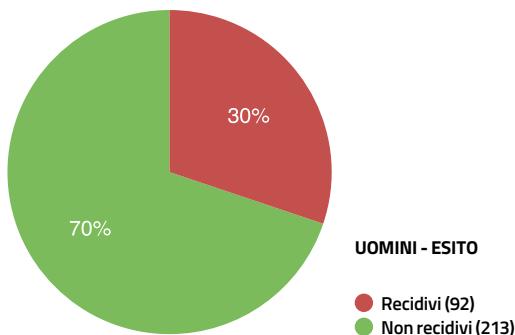


Fig. 1 - Fonte: dati U.I.E.P.E di Bari.

DIFFERENZE DI NAZIONALITÀ E RECIDIVA A BARI

Per quanto concerne il presente studio, risulta poco significativo il confronto dei dati forniti dell'UIEPE in base alla nazionalità, in considerazione del numero esiguo degli stranieri presi in esame: gli italiani (**Fig. 3**) che non recidivano presentano una percentuale del 70.1% (223 soggetti), a fronte di una recidiva pari al 29.9% (95 soggetti); in merito alla percentuale di stranieri recidivi (**Fig. 4**), essa si attesta attorno al 33.3% (2 soggetti su 6), dunque coloro che non hanno commesso ulteriori reati di natura non colposa sono il 66.7%. Sembra dunque che non vi sia una differenza sostanziale tra i due campioni; ciononostante la scarsità del numero di soggetti stranieri affidati in prova al servizio sociale non permette un confronto significativo.

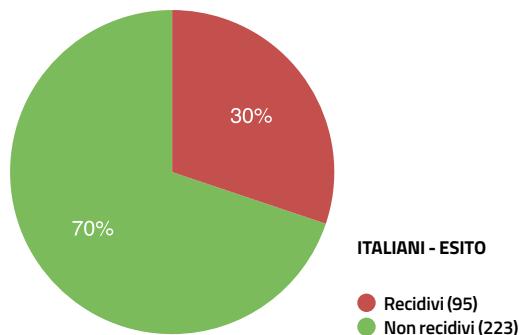


Fig. 3 - Fonte: dati U.I.E.P.E di Bari.

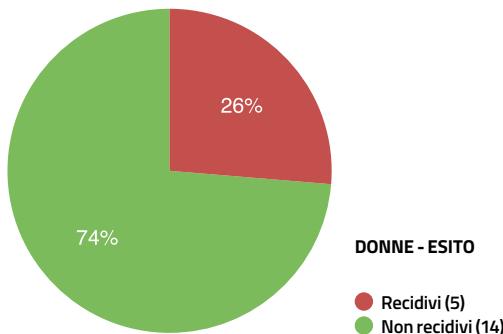


Fig. 2 - Fonte: dati U.I.E.P.E di Bari.

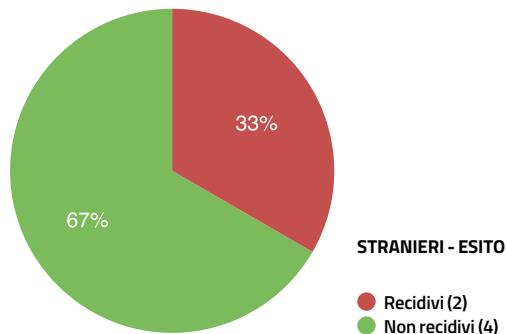


Fig. 4 - Fonte: dati U.I.E.P.E di Bari.



DIFFERENZE DI ETÀ E RECIDIVA NEI SOGGETTI INSERITI IN PROGRAMMI DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE A BARI

È stata effettuata una suddivisione dei soggetti in 5 gruppi, a seconda dell'età che gli stessi avevano al momento del termine della misura. Nello specifico tali gruppi si costituiscono in questo modo:

- Fino a 30 anni compiuti,
- Oltre 30 anni e fino a 40 anni compiuti;
- Oltre 40 anni e fino a 50 anni compiuti;
- Oltre 50 anni e fino a 60 anni compiuti;
- Oltre 60 anni.

Come si evince dal grafico in **Fig. 5** e **Tab. 2**, la fascia d'età con la più alta percentuale di recidivi è rappresentata da uomini dai 31 ai 40 anni, seguita da coloro che hanno compiuto 40 anni e ne hanno meno di 50, mentre la meno problematica è quella dei soggetti ultrasessantenni.

DISTINZIONE PER SESSO E FASCE DI ETÀ

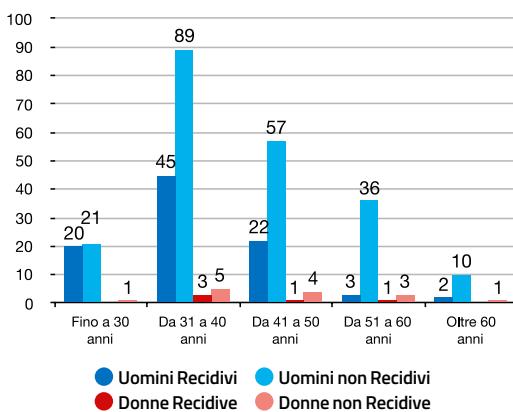


Fig. 5 - Fonte: dati U.I.E.P.E. di Bari.

ETÀ	RECIDIVI	NON RECIDIVI
Fino a 30 anni	6,2%	6,79
Tra 31 e 40 anni	14,8%	29,01
Tra 41 e 50 anni	7,1%	18,83
Tra 51 e 60 anni	1,2%	12,04
Oltre 60 anni	0,6%	3,4
Totale	29,9%	70,1

Tab. 2 - Fonte: Rielaborazione dati U.I.E.P.E di Bari.

La popolazione che comprende le fasce d'età dagli under 30 fino ai 50 anni è quella maggiormente esposta al rischio di recidiva (28,1%) e questo dato appare dunque in linea con i risultati evidenziati dalla letteratura, in particolare quella anglosassone, rispetto al fenomeno della criminalità (Matthews & Minton, 2018; Morgan, 2014). Probabilmente il picco di recidiva che investe questa fascia di età sarebbe riconducibile ad un consolidamento dei comportamenti antisociali rinforzati dall'ambiente esterno, al contrario di quanto accade nelle forme di delinquenza adolescenziali che si porrebbero come fenomeno transitorio e difficilmente prevedibile (Fox, Jennings & Farrington, 2015; Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington & Wilkstrom, 2002).

Risulta difficoltoso estrapolare una tendenza nel campione femminile, in considerazione dell'egualità del campione, che rende più difficoltoso trarre conclusioni considerevoli. Di fatto ciò che si evince è una tendenza maggiore nei giovani adulti a commettere nuovamente reati, costituendo un problema consistente nell'ambito della recidiva; sarebbe dunque opportuno rendere maggiormente efficaci i sistemi correzionali cui sono sottoposti gli individui in questa fascia di età.

USO DI SOSTANZE O ALCOL E RECIDIVA NEI SOGGETTI INSERITI IN PROGRAMMI DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE A BARI

DISTINZIONE PER TIPOLOGIA AFFIDAMENTO

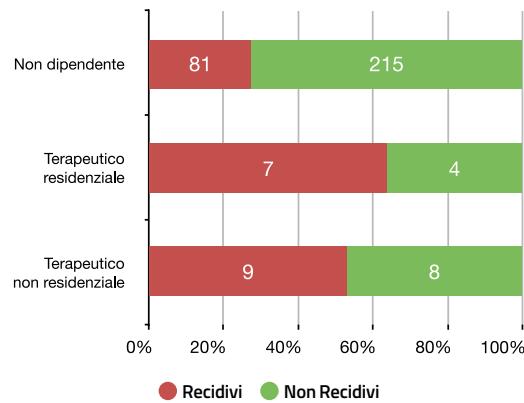


Fig. 6 - Fonte: Dati U.I.E.P.E.

I dati riguardanti la popolazione barese affidata al Servizio Sociale, rappresentati nel grafico in **Fig. 6**, mostrano una presenza di 296 soggetti non dipendenti (91,35%) e 28 soggetti dipendenti (8,65%); 81 individui su 296 (27,36%) non tossicodipendenti hanno recidivato, dato che si allinea con l'andamento generale nel territorio barese, ma che supera di circa dieci punti percentuali quello italiana, che si attesta attorno al 20% (www.poliziapenitenziaria.it), mentre il campione dei dipendenti presenta una recidiva pari al 57%: oltre la metà dei soggetti in tale condizione commette nuovamente reati dopo la conclusione delle misure alternative. Più nello specifico, gli individui affidati al Servizio Sociale e contestualmente sottoposti a un trattamento terapeutico residenziale mostrano una recidiva del 64%; coloro che invece hanno scontato la pena contemporaneamente alla somministrazione di un trattamento effettuato attraverso misure non residenziali (i.e. il Servizio pubblico di Tossicodipendenza – SerD) hanno recidivato per il 53%, con una frequenza dunque minore rispetto all'altro sotto-campione di dipendenti. Considerando queste percentuali, si può concludere anzitutto che gli individui dipendenti da sostanze a Bari recidivano in misura maggiore rispetto a coloro che non fanno uso; tale tendenza si inserisce nel quadro più ampio, confermato anche dalla letteratura internazionale su esposta (Linhorst, Dirks-Linhorst & Groom, 2015; Olson e Lurigio (2000); Degenhardt, Gisev, Trevena, Larney, Kimber, Burns, et al., 2013; Marel, Mills, Darke, Ross, Slade, Burns, et al, 2013; Dowden & Brown, 2002), che statuisce una delittuosità e una recidiva maggiori per coloro che hanno una storia personale di consumo, dipendenza o abuso di sostanze. Un'altra possibile considerazione è legata alle differenze tra le due tipologie di trattamento cui sono posti i tossicodipendenti: con una recidiva del 53% per i sottoposti a trattamento in strutture non residenziali e del 64% per chi viene trattato in strutture terapeutiche residenziali, sembra essere scarsa l'efficacia delle misure applicate. Nonostante l'allarme suggerito da questi dati, che mette in luce la

necessità di implementare modalità più efficaci di gestione dei soggetti tossicodipendenti, bisogna sottolineare la cautela con cui prendere in considerazione tale risultato, legata alla scarsa numerosità del campione in esame.

ESITO DELLA MISURA ALTERNATIVA ALLA DETENZIONE E RECIDIVA

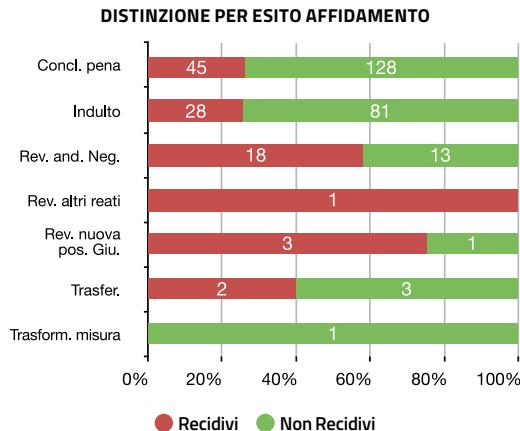


Fig. 7 - Fonte: Dati U.I.E.P.E.

I dati forniti dall'UIEPE rispetto all'affidamento in prova al Servizio Sociale nel territorio barese attestano una recidiva generale pari al 29, 94%. Come è possibile osservare dalla **Fig. 7**, sono stati suddivisi i soggetti in base all'esito della misura, e si è riscontrato che hanno recidivato:

- Il 13,9% degli affidati che hanno concluso la pena con esito positivo;
- L'8,6% di coloro che hanno beneficiato di indulto;
- Il 5,6% di coloro a cui è stata revocata la misura per andamento negativo;
- Lo 0,3% di chi commesso reati durante il periodo di prova;
- Lo 0,92% per nuova posizione giuridica che ha ampliato i termini della condanna, rendendola incompatibile con i limiti temporali della misura alternativa;
- Lo 0,6% di chi è stato trasferito a un altro territorio;
- Lo 0% di chi ha visto la trasformazione in un'altra misura.



Va segnalato anzitutto che i numeri più consistenti da cui, di conseguenza, si possono ricavare conclusioni più significative, sono osservabili nelle categorie "conclusione pena", "indulto" e "revoca per andamento negativo". Le altre casistiche connesse alla revoca per nuova posizione giuridica, per trasferimento dell'esecuzione ad altro territorio e per trasformazione della misura in altro tipo di incarico rappresentano il 3,1% del campione in esame, di cui l'1,52% dei soggetti è recidivante.

Un dato che fornisce un riscontro immediato sul fenomeno della recidiva è la percentuale di revoche delle misure alternative alla detenzione: nel campione barese preso in esame in questo studio, coloro che hanno visto una revoca della misura costituiscono il 9,9% dei soggetti. Il dato nazionale italiano rispetto alle revoche, considerato in un periodo di tempo vicino a quello del presente studio, si attesta intorno al 5,3% (www.giustizia.it). Tra i motivi che possono causare la revoca può esservi la commissione di un reato durante il periodo di affidamento in prova: nel territorio barese, come osservabile in tabella, un solo soggetto ha commesso crimini come causa di revoca, costituendo lo 0,3 % del campione totale. In Italia, coloro che vedono revocata la misura per commissione di crimini durante il periodo di prova si attesta tra lo 0,2% e lo 0,4%; dunque, il caso esaminato nel capoluogo pugliese si inscrive perfettamente nella media nazionale. Nella maggior parte dei casi invece, la revoca è dovuta a non osservanza delle norme e dei vincoli prescritti dalla misura: in Italia questo dato si assesta intorno al 4,3% (www.giustizia.it), mentre nel territorio barese tale casistica costituisce il 9,6%; il capoluogo pugliese, dunque, supera di 5,3 punti percentuali la media italiana. Rispetto a chi ha visto una revoca per andamento negativo o per commissione di reati durante l'esecuzione della pena, il 5,9% dei soggetti è stato annotato di successivi reati a seguito della conclusione

dell'affidamento. Questi dati potrebbero suggerire una maggiore tendenza da parte degli affidati barese nella violazione di norme prescritte; ciononostante la percentuale più alta a Bari potrebbe essere ascrivibile a diverse cause: anzitutto, come si può notare dalla tabella su riportata, non sono contemplati da parte dell'U.I.E.P.E. i casi di condanne cessate e, poiché appare improbabile l'assenza di questo dato, è possibile che il Tribunale di Bari computi i casi cessati con le revoche; pertanto, il valore barese relativo alla revoca per andamento negativo della misura potrebbe essere sovrastimato (Petralla et al., 2009). Inoltre, si deve tenere in considerazione che i casi di revoche riguardanti la specificità barese sono solo 31, numero esiguo per cui trarre conclusioni scientificamente attendibili.

Ciò che si può concludere in merito ai casi di revoca nel campione di affidati in prova a Bari è che quantità così piccole e statisticamente poco significative sono testimonianza che, perlomeno durante il periodo di esecuzione esterna, vi sia quasi nulla pericolosità sociale per coloro che scontano la propria pena all'esterno delle mura carcerarie (Petralla et al., 2009). Tra i casi annoverati dall'U.I.E.P.E. nel territorio barese, a 4 soggetti è stata revocata la misura alternativa per nuova posizione giuridica incompatibile con il proseguimento della misura in relazione a condanne per episodi precedenti all'esecuzione dell'affidamento stesso, che hanno fatto "sforare" il limite di tre anni. È opportuno anzitutto chiarire che, anche se questa casistica specifica costituisce una revoca, essa non è motivata da episodi attribuibili al comportamento dei soggetti durante l'affidamento, dunque non costituiscono pregiudizio rispetto all'andamento della misura. All'interno di questo sotto-campione, 3 soggetti hanno commesso recidiva, ovvero lo 0,92% rispetto alla popolazione totale di affidati nel barese; la percentuale risulta estremamente bassa, tanto da poter essere considerata insignificante.

TIPOLOGIA DI REATO E RECIDIVA

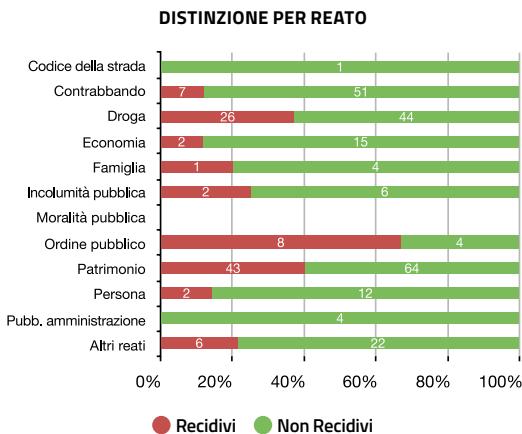


Fig. 8 - Fonte: Dati U.I.E.P.E.

I reati contemplati all'interno del presente studio casistico sull'affidamento in prova al servizio sociale in terra barese si mostrano in linea con quelli sopra descritti, confermando che i crimini maggiormente commessi sono quelli contro il patrimonio, tra cui rientrano i reati tipicamente commessi dalla criminalità organizzata e tale ipotesi sembra essere avvalorata dalla correlazione che generalmente lega la disoccupazione e il coinvolgimento nel crimine organizzato (Barone, Pitruzzella, Marino Gammazza, Rappa, Salerno et al., 2017; Maglietta, Sessa, Albano, Bertozzi, Giuliano et al., 2017). Seguono i reati di traffico e spaccio di stupefacenti, reati di contrabbando, reati contro l'economia, contro la persona, reati di ordine pubblico e reati di incolumità pubblica. Con frequenza ancora minore troviamo i reati contro la famiglia e quelli di pubblica amministrazione; in ultimi in termini di percentuali ritroviamo i reati di moralità pubblica e i reati del codice stradale. Ciononostante, considerando che il presente studio si riferisce al quadriennio 2005-2008, quest'ultimo reato attualmente risulta in notevole aumento a causa dell'utilizzo improprio di smartphone e tecnologia (www.repubblica.it).

Rispetto al tipo di reato commesso, come si può osservare nel grafico in **Fig. 8**, i soggetti che

recidivano in misura minore sono coloro che hanno commesso reati di per sé meno frequenti a Bari, come ad esempio quelli del codice stradale o di pubblica amministrazione (entrambi 0% recidivi); una recidiva minima è riscontrabile per i reati contro la persona (14%). Sono invece i reati di ordine pubblico a detenere il più alto livello di recidiva: nonostante siano stati solo in 12 a commettere questa tipologia di reato, oltre la metà di essi ha commesso nuovamente crimini (67%). Intrinsecamente legati ai reati di ordine pubblico sono i crimini di contrabbando e traffico di sostanze stupefacenti, attività illecite appannaggio delle organizzazioni a stampo mafioso: nel primo caso la recidiva si attesta al 12%, mentre nel caso di traffico di sostanze i recidivi costituiscono il 37%. Non è un caso che i livelli più alti di recidiva appartengano alle attività collegate alla criminalità organizzata, in considerazione delle forti pressioni ambientali cui sono sottoposti i membri. Il 40% di coloro che hanno commesso un reato contro il patrimonio ha recidivato: come già esplicitato furti, ricettazione, rapine, estorsioni, truffe e usure sono i reati maggiormente commessi a Bari e dovendo rintracciare una possibile causa della tendenza a commettere nuovamente questo tipo di crimine, si tratta probabilmente di soggetti che hanno vissuto o vivono una condizione economica disagiata e trovano difficoltà di accesso al mercato del lavoro, tutti fattori di rischio per la recidiva (Petralla et al., 2009; Cimino, Mendoza, Thieleman, Shively & Kunz, 2015). Inoltre, vanno considerate le forme di etichettamento che potrebbero compromettere il reinserimento sociale del reo e dunque la possibilità di combattere la disoccupazione con attività legali (Ritzer, 2014). Pertanto, la via della criminalità risulterebbe attraente a fronte della precarietà economica: è soprattutto il caso di coloro che vivono di sussidi e disoccupazione, di contratti saltuari o con borse di lavoro, condizioni che affossano ulteriormente l'individuo in uno stato di incertezza (Petralla, Sarzotti, Regina, Torrente, Jocouet et al., 2009).



RESIDENZA DEI SOGGETTI INSERITI IN PROGRAMMI DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE A BARI E RECIDIVA

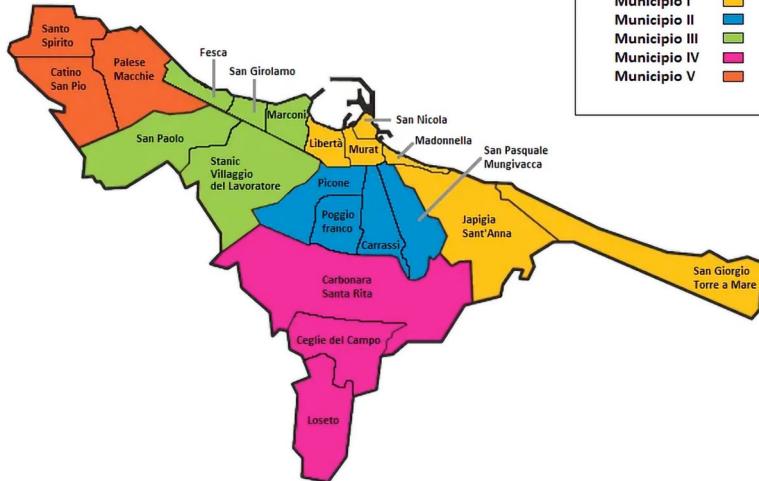


Fig. 9 - Fonte: Dati U.I.E.P.E.

DISTINZIONE PER RESIDENZA

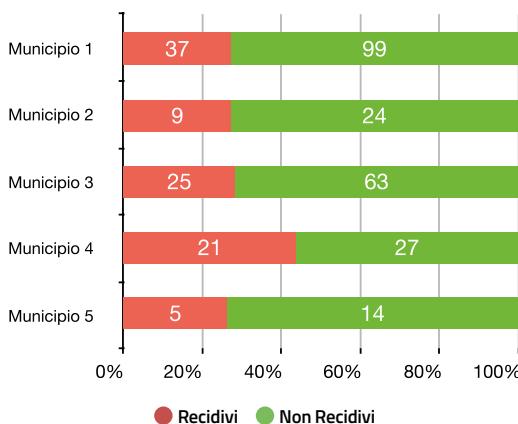


Fig. 10 - Fonte: Dati U.I.E.P.E.

Il grafico in **Fig. 10** riporta il numero dei recidivisti in base alla distribuzione per municipi di Bari. Nel Municipio 1 rientra il 42% degli affidati: tale zona ricopre la parte centrale della provincia ed è sovente luogo di sparatorie, scippi e spaccio di sostanze, collegati alla vasta costellazione di organizzazioni criminali locali. Nonostante

la caratterizzazione del territorio, il numero dei recidivi non supera la media barese: nel Municipio 1 infatti il fenomeno in esame si attesta al 27%, probabilmente a causa del momento di cambiamento che sta attraversando la città, con l'insorgenza di attività commerciali, l'aumento del turismo ed anche in conseguenza ai numerosi presidi militari che controllano il territorio (Metropolitan Magazine, 2019).

Il Municipio 2 ha visto in corrispondenza degli anni che interessano il presente studio una concessione di misure alternative del 10%: questa zona di Bari è caratterizzata da un livello socio-economico alto, in forte crescita grazie anche alla presenza di vaste aree commerciali. La percentuale dei recidivi residenti in quest'area è pari al 27%.

Nel Municipio 3 rientra il 27% degli affidati. In questa area la recidiva si attesta al 28%: zona calda della criminalità barese è proprio il quartiere "San Paolo" di recente costruzione e con una densità demografica molto elevata; spesso sede di eventi criminosi, connessi in gran parte alla criminalità organizzata. Anche gli altri quartieri del Municipio 3, essendo poco popolati, risultano interessanti per i traffici illeciti.

Il Municipio 4 raggruppa il 15% degli affidati in prova al Servizio Sociale barese: di questi ha commesso recidiva il 44% degli individui. La motivazione questo alto livello di recidivismo potrebbe risiedere nella presenza di una storia longeva di famiglie appartenenti alla criminalità organizzata che detengono il primato per reati quali traffico di sostanze stupefacenti, estorsioni e furti, che come già espresso sono

quelli connessi a maggiori livelli di recidiva. Il numero più basso di concessione di misure alternative si registra nel Municipio 5 (solo il 6%); esso presenta un recidiva del 26%. Si consideri che determinati quartieri di quest'area geografica, come San Pio, collocati alla periferia della città, vengono sfruttati per la condizione di incuria urbanistica, terreno fertile per svolgere reati connessi alla criminalità organizzata (Corriere del Mezzogiorno, 2018, Baritoday, 2018). Lo stesso dicasì per il quartiere "Catino", spesso luogo di sparatorie e traffico di droga (Sir, 2016). Dunque, in considerazione della tipologia di criminalità che caratterizza tale Municipio è possibile comprendere il basso livello di accesso alle alternative alla detenzione. I dati della recidiva vanno analizzati in relazione al contesto sociale in cui si sviluppano: non stupisce dunque che quartieri contrassegnati dall'assenza di mezzi di sostentamento, collocati ai margini della società sono divenuti luogo di maggiori crimini (Mortellaro, 2019).

CONCLUSIONI

Il lavoro di ricerca ha evidenziato l'apporto positivo delle misure alternative nel ridurre la recidiva; a livello nazionale nel caso di delinquenza ordinaria in Italia il fenomeno in esame si attesta al 68,4%, mentre nel caso di condanna a misure non detentive esso sarebbe del 19% (www.antigone.it). La nostra ricerca casistica invece si discosta da questi dati perché la recidiva di soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione è complessivamente del 29,9%; 10 punti percentuali in più rispetto ai dati italiani. Le cause di questa differenza potrebbero essere molteplici; anzitutto, se si considerano i reati maggiormente registrati a Bari nel periodo di tempo che ha interessato questo specifico studio si evince la forte presenza di lesioni dolose, minacce, traffico e uso di sostanze stupefacenti, ma in particolar modo il delitto più ricorrente è quello contro il patrimonio – furti e rapine costituivano il 55% dei crimini denunciati (UNICRI, 2008). La Figura 10 illustra come i reati

con maggior numero di affidati sono quelli contro il patrimonio e quelli legati alla droga (107 e 70 individui), spesso commessi da individui che vivono condizioni socio-economiche disagiate, con difficoltà di accesso al mondo del lavoro, tutti fattori predisponenti alla recidiva (Petralla et al., 2009; Cimino, Mendoza, Thieleman, Shively & Kunz, 2015). Ad ogni modo resta notevole la differenza di recidiva per chi ha scontato la pena all'interno di un istituto penitenziario e chi ha potuto beneficiare di misure differenti. Questo divario potrebbe essere imputabile ad una maggiore possibilità di reinserimento sociale offerta al condannato, dal momento in cui le misure possono svolgersi parzialmente o totalmente sul territorio; da un lato dunque si attutiscono i danni provenienti dal contatto con il mondo penitenziario e dalla sottrazione allo stato di libertà (Stefani, 2015), dall'altro viene facilitata la rieducazione stessa del condannato (Degl'Innocenti & Faldi, 2010).

Come attestato dalla letteratura la probabilità di compiere reato violento aumenta per chi ha storia di uso di alcol e sostanze o ha commesso delitti legati alla tossicodipendenza (Stewart, Gossop, Marsden & Rolfe, 2000; Oteo Perez, Benschop, Blanken & Corf, 2015); per le stesse ragioni aumenta il tasso di recidiva relativo agli affidati appartenenti a questo campione (Linhorst, Dirks-Linhorst & Groom, 2015), fenomeno confermato anche nel territorio barese dove su un totale di 28 soggetti tossicodipendenti, oltre la metà ha recidivato (16 individui).

Per quanto concerne la suddivisione territoriale, è evidente come l'appartenenza a determinate zone con una maggiore presenza di criminalità sul territorio possa influire negativamente sulla rieducazione ed il reinserimento dell'affidato: ed infatti nei quartieri storicamente contrassegnati da una maggior presenza di delinquenza anche organizzata le misure alternative sembrano essere meno efficaci. Probabilmente una delle ragioni per cui la recidiva aumenta in specifiche aree geografiche è imputabile alle forti



pressioni sociali e ambientali cui i soggetti che vi abitano sono sottoposti.

Un limite intrinseco al presente studio casistico è legato alla limitata numerosità del campione che non permette un'ampia generalizzazione dei risultati ottenuti. Resta dunque necessario implementare ricerche sistematiche sull'argomento al fine di sviluppare una conoscenza scientificamente significativa sul fenomeno della recidiva nelle misure alternative alla detenzione.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano sentitamente per la collaborazione alla ricerca tutti gli operatori dell'Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale esterna di Bari e le dottesse Adriana Lobascio, Teresa Pennacchio, Federica Coletta, del Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione della Università degli Studi Aldo Moro di Bari.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39–55.
- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (1995). *Level of Service Inventory-Revised*. Multi-Health Systems Inc: North Tonawanda, NY.
- Baglivio, M.T., Wolff, K.T., Piquero, A.R., Howell, J.C. & Greenwald, M.A. (2017). Risk assessment trajectories of youth during juvenile justice residential placement: examining risk, promotive, and buffer scores. *Criminal Justice and Behavior*, 44, 360–394.
- Bartholini, I. (2015). Donne autrici o vittime di reato? Un'indagine sull'efficacia delle misure alternative nei percorsi di recupero delle detenute nel contesto agrigentino. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 9 (2), 31-53.
- Belknap, J. (2014). *The invisible woman*. Belmont, MA: Wadsworth Publishing.
- Bianchi, M., Buonanno, P. & Pinotti, P., (2012). Do immigrants cause crime? *Journal of the european economic association*, 10 (6), 1318-1347.
- Bilici, R., Ögel, K., Bahadir, G.G., Maçkan, A., Orhan N., & Tuna, O. (2017). Treatment outcomes of drug users in probation period: three times months follow-up. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28 (2), 149-155.
- Boden, J., Fergusson, D., & Horwood, L. (2012). Alcohol misuse and violent behavior: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, 122, 135-141.
- Bonura, M.R. (2011). Immigrati e misure alternative alla detenzione: I risultati di una ricerca condotta presso l'UEPE di Udine, Pordenone e Gorizia. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 3, 113-141.
- Bravo, A., Sierra, M.J. & Del Valle, J.F. (2009). Outcome assessment in the Spanish young offenders' law. Recidivism and associated factors. *Psicothema*, 21, 615-621.
- Burns, L., Gisev, N., Larney, S., Dobbins,T., Gibson, A., Kimber, J., et al. (2015). A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*, 110 (4), 646-655.
- Canepa, M., & Merlo, S. (2010). *Manuale di diritto penitenziario*. Milano: Giuffrè.
- Card, D., Dustmann, C. & Preston, I. (2012). Immigration, wages, and compositional amenities. *Journal of the European Economic Association*, 10 (1), 78–119.
- Catelani, G. (2002). *Manuale dell'esecuzione penale*. Milano: Giuffrè.
- Ciarpé, M., & Turrivini Vita, R. (2015). *Le trasformazioni del probation in Europa*. Roma: Laurus Robuffo.
- Cimino, A., Mendoza, N., Thieleman, K., Shively, R., & Kunz, K. (2015). Women reentering the community: Understanding addiction and trauma-related characteristics of recidivism. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, 468-476.
- Corriere del mezzogiorno (28 Settembre 2018). Da Bari vecchia a San Pio palazzi abbandonati bunker dei clan. Cronaca.
- Corso, P. (2019). *Codice penale e di procedura pe-*

- nale e leggi complementari.* Piacenza: La Tribuna.
- Craig, L. A., Beech, A. R. & Cortoni, F. (2013). What works in assessing risk in sexual and violent offenders. In L. E. Craig, L. Dixon & T. A. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence based approach to assessment and treatment*, 94–114. Chichester: Wiley.
 - Cuervo, K. & Villanueva, L. (2015). Analysis of risk and protective factors for recidivism in Spanish youth offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59 (11), 1149-1165.
 - De Li, S., Priu, H., & MacKenzie, D.L. (2000). Drug involvement, lifestyles, and criminal activities among probationers. *Journal of Drug Issues*, 30, 593-619.
 - Degenhardt, L., Gisev, N., Trenvena, J., Larney, S., Kimber, J., Burns, L., et al. (2013). Engagement with the criminal justice system among opioid-dependent people: a retrospective cohort study. *British Journal of Addiction*, 108 (12), 2152-2165.
 - Degenhardt, L., Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Baxter, A.J., Charlson, F.J., Hall, P.W.D., et al. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1564-1574.
 - Delpino, L. & Pezzano, R. (2018). *Manuale di diritto penale. Parte generale*. Napoli: Edizioni giuridiche Simone.
 - Dennis, M., & Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4 (1), 45-55.
 - Di Gennaro, G., Breda, R., & La Greca, G. (1997). *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*. Milano: Giuffrè.
 - Di Pascale, A. & Di Bari, P.L. (2014). Completed Questionnaire for the project Contentions National Report—Italy, Brussels.
 - Di Rosa, G., & Varraso, G. (2017). *Codice di diritto penitenziario: La normativa e la prassi*. Piacenza: La Tribuna.
 - Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 V3. Assessing risk for violence. User guide*. Burnaby, Canada.
 - Dowden, C., & Brown, S.L. (2002). The role of substance abuse factors in predicting recidivism: a meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8 (3), 243-264.
 - Farrell, G., Laycock, G. & Tilley, N. (2015). Debuts and legacies: The crime drop and the role of adolescence-limited and persistent offending. *Crime Science*, 4 (1), 4-16.
 - Farrington, D.P. (2003). Developmental and life-course criminology: Key theoretical and empirical issues. *Criminology*, 41, 221-225.
 - Feucht, T., & Holt, T. (2016). Does cognitive behavioral therapy work in criminal justice? A new analysis from crimesolutions.gov. *National Institute of Justice Journal*, 277, 10-17.
 - Flatley, J., Kershaw, C., Smith, K., et al. (2010). *Crime in England and Wales 2009/2010*. London: Home Office.
 - Fox, B.H., Jennings, W.G. & Farrington, D.P. (2015). Bringing psychopathy into developmental and life-course criminology theories and research. *Journal of Criminal Justice*, 43, 274-289.
 - Garofoli, R. (2018). *Compendio di diritto penale. Parte generale e speciale*. Molfetta: Nel diritto.
 - Gatti, U., Grattagliano, I., Rocca, G.; (2019). Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(2), 171-193.
 - Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works! *Criminology*, 34 (4), 575-608.
 - Gordon, M.S., Kinlock, T.W., Schwartz, R.P., & O'Grady, K.E. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103 (8), 1333–1342.
 - Graham, L., Parkes, T., McAuley, A., et al. (2012). *Alcohol Problems in the Criminal Justice System: an opportunity for intervention*. Denmark: World Health Organisation.
 - Grann, M., Belfrage, H., & Tengstrom, A. (2000). Actuarial assessment of risk for violence. Pre-



- dictive Validity of the VRAG and the Historical Part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior*, 27 (1), 97-114.
- Grattagliano I., Zizolfi S., Zizolfi D., et al. (2019). Rorschach Test and criminal responsibility in the authors of homicide. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 119-128.
 - Grattagliano, I., Amoruso, A., Scandamarro, G., Pierri, G., Pastore, A., Margari, F. (2014). Stalking of social healthcare workers: Preliminary results of a study conducted by the region of Apulia, Italy. *Rivista Di Psichiatria*, 49, 265-272.
 - Grattagliano, I., Cassibba, R., Costantini, A., Laquale, G.M., Latrofa, A., Papagna, S., Sette, G., Taurino, A., Terlizzi, M. (2015). Attachment models in incarcerated sex offenders: a Preliminary Italian Study using the Adult Attachment Interview. *Journal Of Forensic Sciences*, 60, 138-142.
 - Grattagliano, I., Cassibba, R., Greco, R., Laudisa, A., Torres, A., Mastromarino, A. (2012). Stalking: un vecchio comportamento e un nuovo reato. Riflessioni su undici casi accertati nel Distretto Giudiziario di Bari. *Rivista Di Psichiatria*, 47, 65-72.
 - Grattagliano, I., Pietralunga, S., Taurino, A., Cassibba, R., Lacalandra, G., Pasceri, M., Preti, E., Catanesi, R. (2016). Be fathers in prison. Reflections on parenting and state detention and a review of literature. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, 1, 6-17.
 - Grattagliano, I., Scialpi, C., Pierri, G., Pastore, A., Ragusa, M., Margari, F. (2014). Judicial psychiatric hospital closings. Workers' expectations in rehabilitation facilities: A pilot study from the Province of Taranto (Italy). *La Clinica Terapeutica*, 165, 271-276.
 - Grattagliano, I., Zizolfi, S., Zizolfi, D., et al. (2019). Il Test di Rorschach sulla scena del delitto negli autori di omicidio: studio statistico retrospettivo. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 65-74 .
 - Gray, M. K., Fields, M., & Maxwell, S. R. (2001). Examining probation violations: Who, what and when. *Crime and Delinquency*, 47, 537-557.
 - Greiner, L. E., Law, M. A., & Brown, S. L. (2015). Using dynamic factors to predict recidivism among women: A four-wave prospective study. *Criminal Justice and Behavior*, 42, 457-480.
 - Grevi, V., Giostra, G., & Della Casa, F. (2011). *Ordinamento penitenziario commentato*. Padova: CEDAM.
 - Gruenewald, P.J., Freisthler, B., Remer, L., La-scala, E.A., & Treno, A. (2006). Ecological models of alcohol outlets and violent assaults: crime potentials and geospatial analysis. *Addiction*, 101 (5), 666-677.
 - Gruenewald, P.J., Johnson, F.W., & Treno, A. (2002). Outlets, drinking and driving: A multilevel analysis of availability. *Journal of studies on alcohol*, 63 (4), 460-468.
 - Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L. & Cormier, C.A. (2015). *Violent offenders: appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.
 - Harrison, L.D., & Scarpitti, F.R. (2002). Introduction: Progress and issues in drug treatment courts. *Substance Use Misuse*, 37, 1441-1467.
 - Herberman, E. J., & Bonczar, T. P. (2014). *Probation and parole in the United States, 2013*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
 - Holloway, K.R., Bennett, T.H., & Farrington, D.P. (2006). The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: a meta-analysis. *Psicothema*, 18 (3), 620-629.
 - Howard, P. (2007). *OASys General Reoffending Predictor and OASys Violent/Sexual Predictor*. Unpublished manuscript.
 - Huebner, B. M., & Cobbina, J. (2007). The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. *Journal of Drug Issues*, 37, 619-642.
 - Huebner, B. M., DeJong, C., & Cobbina, J. (2010). Women coming home: Longterm patterns of recidivism. *Justice Quarterly*, 27 (2), 225-254.
 - Indig, D., Frewen, A., & Moore, E. (2016). Predictors and correlates of re-incarceration among Australian young people in custody. *Australian New Zealand Journal of Criminology*, 49 (1), 73-89.
 - Kim, J., Bushway, S. & Tsao, H.S. (2015). Iden-

- tifying classes of explanations for crime drop: Period and cohort effects for New York State. *Journal of Quantitative Criminology*, 32 (3), 357–375.
- Krebs, C. P., Strom, K. J., Koetse, W. H., & Lattimore, P. K. (2009). The impact of residential and nonresidential drug treatment on recidivism among drug-involved probationers. *Crime and Delinquency*, 55, 442–471.
 - Kypri, K., Bell, M.L., Hay, G.C., & Baxter, J. (2008). Alcohol outlet density and university student drinking: a national study. *Addiction*, 103 (7), 1131–1138.
 - Laquale, G.,M.; Coppola G., Coppola, Cassibba, R.,Pasceri, M; ; Pietralunga, S.; Taurino,S., Semeraro, C; Grattagliano, I., (2018). *Journal of Forensic Science*. 63, (6):1761-1768
 - Lattimore, P.K., Krebs, C., Koetse, W., et al. (2005). Predicting the effet of substance abuse treatment on probationer recidivism. *Jounal of Experimental Criminology*, 1 (2), 159-189.
 - Lind, B., Chen, S., Weatherburn, D., & Mattick, R. (2008). The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime: an Australian aggregate-level analysis. *The British Journal of Criminology*, 45 (2), 201-211.
 - Linhorst, D., Dirks-Linhorst, P.A., & Groom, R. (2015). Rearrest and Probation Violation Outcomes Among Probationers Participating in a Jail-Based Substance-Abuse Treatment Used as an Intermediate Sanction. *Jounal of Rehabilitation*, 51 (8), 519-540.
 - Lipsey, M.W. & Derzon, J.H. (1998). *Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood. A synthesis of longitudinal research*. In Loeber, R. & Farrington, D.P. *Serious & violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*, p. 85-105. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
 - Lisi, A.; Berlingero, I.; Grattagliano, I.; Catanesi, R.; (2016) Cuore oltre le sbarre. Studio pilota sulla paternità in carcere. *Rassegna Italiana di Criminologia*. 4:303-312
 - Listwan, S.J., Sundt, J.L., Holsinger, A.M. & Latessa, E.J. (2003). The effect of drug court pro-gramming on recidivism: the Cincinnati experience. *Crime and Delinquency*, 49 (3), 389-411.
 - Maglietta, F., Sessa, F., Albano, G., D., Bertozzi, G., Giuliano, P., Vacchiano, G., Marsala, G., & Sa-lierno, M. (2017). Italian Mafia: a focus on Apulia mafia with a literature review, *Acta Medica Medi-iterranea*, 33, 947-952.
 - Makarios, M., Steiner, B., & Travis, L.S. (2010). Examining the predictors of recidivism among men and women released fro prison in Ohio. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (12), 1377-1391.
 - Marel, C., Mills, K.L., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., et al. (2013). Static and dynamic pre-dictors of criminal involvement among people with heroin dependence: ndings from a 3-year longitudinal study. *Drug Alcohol Dependence*, 133 (2), 600 –606.
 - Martino, V., Grattagliano, I., Bosco, A., Massa-ro, Y., Lisi, A., Campobasso, F., Marchitelli, M.L., Catanesi, R. (2015). A new index for the MMPI 2 Test for detecting dissimulation in forensic eval-uations: A pilot study. *Journal Of Forensic Sciences*, 61, 249-253.
 - Marvelli, E.; Grattagliano, I.; Aventaggiato, L.; Gagliano Candela, R.; (2013). Substance use and victimization in violent assaults, *La Clinica Teraperutica*. May-Jun;164(3):e239-44
 - Matthews, B. & Minton, J. (2018). Rethinking one of criminology's "brute facts": the age-crim-ine curve and the crime drop in Scotland. *Euro-pean Journal of Criminology*, 15 (3), 296-320.
 - Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy ver-sus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1465-1858.
 - Mattioni, A. (2018). *Codice costituzionale*. Piacen-ta: La Tribuna.
 - Mazerolle, L., White, G., Ransley, J., & Ferguson, P. (2012). Violence in and Around Entertainment Districts: A Longitudinal Analysis of the Impact of Late Night Lockout Legislation. *Law & Policy*, 34 (1), 55-79.
 - Mears, D.P. (2002). Immigration and crime: what's the connection? *Federal Sentencing Re-*



- porter, 14 (5), 284-288, p. 287.
- Ministry of Justice Research Series. (2009). *A compendium of research and analysis on the Offender Assessment System (OASys) 2006-2009*. Mia Debidin Editor.
 - Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A., et al. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta analytic review of tradition and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40 (1), 60-71.
 - Montrone, A., Martino, V., Grattagliano, I., Massaro, Y., Campobasso, F., Lisi, A., Di Conza, A., Catanesi, R. (2016). Use Of Test Sims In Psychological Assessment Of Distorting Behavior: Simulation. A Pilot Study. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, 2, 139-145.
 - Morash, M., Kashy, D.A., Smith, S.W., & Cobbina, J.E. (2016). The connection of probation/parole officer actions to women offenders' recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 43 (4), 506-524.
 - Mortellaro, D. (2019). *Bari calibre 9. Storia della camorra barese*. Bari: Radici Future.
 - Neppi Modona, G., Pertini, D., & Scomparin, L. (2009). *Giustizia penale e servizi sociali*. Bari: Laterza.
 - Oliver, P., Keen, J., Rowse, G., Ewins, E., Grifths, L., & Mathers, N. (2010). The effect of time spent in treatment and dropout status on rates of convictions, cautions and imprisonment over 5 years in a primary care-led methadone maintenance service. *Addiction*, 105 (4), 732-739.
 - Olson, D.E., & Lurigio, A.J. (2000). Predicting probation outcomes: factors associated with probation rearrest, revocations and technical violations during supervision. *Justice Research and Policy*, 2 (1), 74-86.
 - Orum, M.H., Kara, M., Egilmez, O., Ozen, M., & Kalenderoglu, A. (2018). Evaluation of probation implementations of drug users in Adiyaman university training and research hospital: a one-year retrospective study. *Medicine Science*, 7 (4), 754-758.



- Oteo Perez, A., Benschop, A., Blanken, P., & Corf, D.J. (2015). Criminal involvement and crime specialization among crack users in the Netherlands. *European Addiction Research*, 21, 53-62.
- Oudenirk, B.A., Allen, J.P., Hessel, E.T. & Molloy, L.E. (2015). The cascading development of autonomy and relatedness from adolescence to adulthood. *Child Development*, 86, 472-485.
- Palazzo, F. (1982). *Semilibertà e trattamento penitenziario*. In V. Grevi (Ed.), *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*. Bologna: Zanichelli.
- Pasculli, M. (2011). Organized crime in Italy: the Puglia mafia. *Prima facie, Joao Pessoa*, 10 (18), 253-292.
- Pajardi, D., Rossano, A., Lendaro, C.M., Romano, C.A., (2018) *Donne e Carcere*, Milano: Giuffrè Editore
- Petralia, V.E., Sarzotti, C., Ficco Regina, S., Torrente, G., Jocosteau, G., & Ronco, D. (2009). *L'efficacia Delle Misure Alternative Alla Detenzione In Terra Di Bari*. Liantonio Editrice srl : Palo del Colle, Ba.
- Ponti, G. (2008). *Compendo di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Prell, L., Vitacco, M.J. & Zavodny, D. (2016). Predicting violence and recidivism in a large sample of males on probation or parole. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 107-113.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: appraising ad managing risk*. Washington, DC.
- Reid, L.W., Weiss, H.E., Adelman, R.M., & Jaret, C. (2005). The immigration-crime relationship: evidence across US metropolitan areas. *Social Science Research*, 34 (4), 757-780.
- Relazione europea sulla droga: Tendenze e Sviluppi. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2018. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1963754.pdf> – 27/08/2019
- Ritzer, G. (2014). *Introduzione alla sociologia*. Novara: UTET.
- Rowe, S.C., Wiggers, J.H., Wolfenden, L., & Francis, J.L. (2010). Establishments licensed to serve alcohol and their contribution to police-recor- ded crime in Australia: further opportunities for harm reduction. *Journal of Studies on alcohol and drugs*, 71 (6), 909-916.
- Romano, C.A., Ravagnani, L.,(2013) *Women in Prison. Indagine sulla detenzione femminile in Italia*. Pensa Multimedia Editore, Lecce.
- Romano, C.A., L. Ravagnani, L., Rensi,R., Focardi, M., Gualco, B., (2014) *Donne – madri detenute negli istituti di pena italiani* , Rassegna Italiana di Criminologia, 4: 241-253
- Romano, C.A., Ravagnani, (2018) *La detenzione femminile in prospettiva sovranazionale* In: (a cura di) Daniela Pajardi, Rossano Adorno, Carla Marina Lendaro, Carlo Alberto Romano "Donne e carcere" . Milano: Giuffrè Editore.
- Romano, C.A.,(2014) *Carceri e Stranieri*. Rassegna Italiana di Criminologia, 2: 140-151
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., McCandless, L., Patterson, M., & Somers, J.M. (2017). Associations between methadone maintenance treatment and crime: a 17-year longitudinal cohort study of Canadian provincial offenders. *Addiction*, 113, 656-667.
- Sampson, R.J. & Laub, J.H. (2005). A life-course view of the development of crime. *The annals of the American Academy of Political and Social Science*, 602, 12-45.
- Sampson, R.J., Laub, J.H. & Wimer, C. (2006). Does marriage reduce crime? A counterfactual approach to within-individual causal effects. *Criminology*, 44, 465-508.
- Sblendorio, F. (2013). La mafia barese: "Parisi è ancora al vertice, ma fanno paura i georgiani". Barinedita, 26 Settembre 2013.
- Scott, T. & Brown, S.L. (2018). Risks, Strengths, Gender, and Recidivism Among Justice-Involved Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (11), 931-945.
- Sette, R. (2016). La recidiva in Italia: riflessioni per il monitoraggio del fenomeno. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 10 (3), 110-121.
- Siegel, L.J. & Larry, J. (2000). Social structure theories. *Criminology*, 7, 184-219.
- Simes, J. T. & Waters, M.C. (2013). *The Politics of*



- Immigration and Crime.* In Bucerius, S. M. & Tonry, M. (Eds.), *The oxford Handbook on Ethnicity, Crime and Immigration*, 457–483. Oxford: Oxford University Press.
- Somers, J.M., Currie, L., Moniruzzaman, A., et al. (2012). Drug treatment court of Vancouver: an empirical evaluation of recidivism. *Internal Journal of Drug Policy*, 23 (5), 393–400.
 - Spanjaard, H., Van der Knaap, L., Van der Put, C. E. & Stams, G. J. J. M. (2012). Risk assessment and the impact of risk and protective factors. In R. Loeber, M. Hoeve, N. W. Slot & P. H. van der Laan (Eds.), *Persisters and desisters in crime from adolescence into adulthood: Explanation, prevention and punishment* (pp. 127–158). Farnham, UK: Ashgate.
 - Spohn, C. & Holleran, D. (2002). The effect of imprisonment on recidivism rates of felony offenders: a focus on drug offenders. *Criminology*, 40 (2), 329–358.
 - Stefani, G. (2015). Alternative alla detenzione: quali prospettive in Europa? Analisi, buone prassi e ricerca in sette Paesi dell'Unione europea. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 10 (2), 100–118.
 - Stewart, D., Gossop, M., Marsden J., & Rolfe, A. (2000). Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, 10–20.
 - Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D.P. & Wilstrom, P.H. (2002). Risk and promoting effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 111–123.
 - Sweeten, G., Piquero, A.R. & Steinberg, L. (2013). Age and the Explanation of Crime, Revisited. *Journal of youth and Adolescence*, 42 (6), 921–938.
 - Tabar, O.F., Miravalle, M., Ronco, D., & Torrente, G. (2016). *Reducing the prison population in Europe: Do community based sentences work?* Antigone Edizioni: Roma
 - Thornton, A. J. V., Graham Kevan, N. & Archer, J. (2012). Prevalence of women's violent and non-violent offending behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 27 (8), 1399–1427.
 - Tonry, M. (2014). Why crime rates are falling throughout the Western world. *Crime and Justice*, 23, 1–63.
 - UN General Assembly, Human Right Council (2015). *Report by the Special Rapporteur on the human rights of migrants, François Crépeau, Addendum, Follow-up mission to Italy (2–6 December 2014)*. Geneva: UN.
 - UNICRI (2008). *Un ritratto della vittimizzazione nella città di Bari - Picturing Victimization in the City of Bari*. Torino: UNICRI.
 - Van der Put, C.E., Deković, M., Stams, G.J.J.M., Van der Laan, P.H., Hoeve, M. & Van Amelsfort, L. (2010). Changes in risk factors during adolescence: Implications for risk assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 248–262.
 - Van der Put, C.E., Stams, G.J.J.M., Hoeve, M., Dekovic, M., Spanjaard, H.J., Van der Laan, P. H., et al. (2012). Changes in the relative importance of dynamic risk factors for recidivism during adolescence. *International Journal ofender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 296–316.
 - Viljoen, J.L., Elkovich, N., Scalora, M., & Ullman, D. (2009). Assessing risk for violence in adolescents who have sexually offended: an examination of the predictive validity of the ERASOR, YLS/CMI, PCL-YV. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 981–100.
 - Volpini, L., Mannello, T. & De Leo, G. (2008). La valutazione del rischio di recidiva da parte degli autori di reato: una proposta. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1, 147–161.
 - Wacquant, L. (2009). *Prisons of Poverty*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
 - Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: assessing the risk for violence (version 2)*. Vancouver.
 - Webster, C.D., Nicholls, T.L., Martin, M.L., Desmarais, S., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The Case for a New Structured Professional Judgment Scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747–766.

- Wermink, H., Johnson, B. D., de Keijser, J. W., Dirkzwager, A. J. E., Reef, J. & Nieuwbeerta, P. (2016). The influence of detailed offender characteristics on consecutive criminal processing decisions in the Netherlands. *Crime and Delinquency*, 10, 1279-1313.
- Wilkinson, C., & Livingston, M. (2012). Distance to on- and off- premise alcohol outlets and experiences of alcohol related amenity problems. *Drug and Alcohol Review*, 31 (4), 394-401.
- Yang, Y., Knight, K., Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A., Lehman, W.E., & Flynn, P.M. (2013). The influence of client risks and treatment engagement on recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation*, 52 (8), 544-564.
- Zara, G. (2015). *Valutazione del Rischio di Recidiva (VRR) – Checklist VRR: Manuale di codifica*. Under Revision.
- Zara, G. (2016). Tra il probabile e il certo. La valutazione del rischio di violenza e di recidiva criminale. *Diritto Penale Contemporaneo* https://www.penalecontemporaneo.it/upload/1462543469ZARA_2016a.pdf
- Zara G. (2016) Valutare il rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l'assessment psicologico. Bologna. Il Mulino, Bologna.

SITOGRAFIA

- <http://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/seimestrali/sem/2018/1sem2018.pdf> - 11/12/2019
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf - 29/08/2019
- https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SSST134308&previousPage=mg_14_7 12/11/2019
- https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=3_1_6&facetNode_3=0_2_10&facetNode_4=0_2_10_3&contentId=SSST134308&previousPage=mg_14_14 13/11/2019
- https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_4=0_2_10_3&contentId=SSST125893&previousPage=mg_1_14 13/11/2019
- https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=1_5_41&contentId=SSST225648&previousPage=mg_1_14
- https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/SGEP_tavolo14_allegato9.pdf - 10/11/2019
- https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/SGEP_tavolo14_allegato9.pdf - 10/11/2019
- www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione - 6/11/2019
- www.giustizia.it/resources/cms/documents/SGEP_tavolo14_allegato2.pdf - 15/11/2019
- www.tribunafinanziaria.it
- www.repubblica.it
- <https://www.metropolitanmagazine.it/il-centro-storico-di-bari-roccaforte-criminale-dei-clan-oggi-e-terra-sicura/>
- Sir, Agenzia d'informazione (5 Marzo 2016). La "battaglia" quotidiana di un sacerdote nel quartiere Enziteto-Catino di Bari. Periferie. <https://www.agensir.it/territori/2016/03/05/la-battaglia-quotidiana-di-un-sacerdote-nel-quartiere-enziteto-catino-di-bari/>
- http://www.ledizioni.it/stag/wp-content/uploads/2017/08/Pena Ritorno_web.pdf - 4/09/2019
- BARITODAY (18 Luglio 2018): Undici clan si spartiscono i quartieri della città: la mappa criminale di Bari nel dossier Dia. Cronaca. <http://www.baritoday.it/cronaca/mappa-clan-criminali-bari-citta-provincia-relazionededia-2018.html>
- www.ristretti.it/areestudio/alternative/ricerche/europa.htm - 7/11/2019
- <https://www.istat.it/it/files//2018/12/C06.pdf> - 11/12/2019
- <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/01-costi-del-carcere/> 08/01/2020.



IL FARE TERAPEUTICO

Alessandra Ritelli
Psicologa, specializzanda
in psicoterapia

RIASSUNTO

Il processo clinico si traduce in una estrinsecazione locale di un oggetto generale: lo scambio comunicativo (Salvatore, 2006a). Questa concezione si basa su una differenziazione tra la dinamica di un dato oggetto e il processo che in esso si compie (Salvatore & Valsiner, 2010). La prospettiva sociocostruttivista della psicoterapia enfatizza la contestualità e la dinamicità del processo psicoterapeutico, le quali sostanziano il principio di indesincialità e il riconoscimento della valenza di campo del significato, pertanto sono state poste in evidenza le due proprietà fondamentali dello scambio clinico: sistematicità e dinamicità. In tale ambito, il ruolo del terapeuta rispetto allo scopo finale della terapia consiste nel promuovere la riorganizzazione autonoma del paziente, permettendo che quest'ultimo possa lasciar emergere dentro di sé le proprie risposte, ritenute le uniche effettivamente perseguitibili dal suo sistema cognitivo, attraverso una serie di strumenti intesi come nuove modalità di approcciarsi all'ascolto e alla conoscenza di sé, per giungere a capire e spiegare "se stesso da se stesso" a seconda delle contingenti circostanze di vita. Dunque, il "fare terapeutico" si configura in termini di un "far fare, facendo con l'altro".

PAROLE CHIAVE

processo psicoterapico, prospettiva socio costruttivista, scambio comunicativo, interpretazione, significati

LA PSICOTERAPIA

Scrive Winnicott: "la psicoterapia si svolge nella sovrapposizione di due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. Se il terapeuta non è in grado di giocare allora non è adatto al lavoro. Se il paziente non è in grado di giocare, allora c'è bisogno di far qualcosa per mettere il paziente in condizioni di diventare capace di giocare, dopo di che la psicoterapia può cominciare. La ragione per cui giocare è essenziale è che proprio mentre gioca il paziente è creativo." (1971, p.102)

Un approfondimento incentrato sullo scambio clinico si eleva sulle fondamenta di una prospettiva dinamica e sociocostruttivista della psicoterapia, per la cui comprensione profonda risulta sostanziale il richiamo alla teoria dinamica del significato e della significazione, alla teoria bi-logica della mente di Matte Blanco, alla teoria dell'analisi della domanda, alla teoria dei sistemi dinamici, e dunque a molti autori, tra cui Salvatore, Carli e Paniccia, Stern, Gill, Hoffman, Piaget ecc. Come su accennato, lo scambio comunicativo funge da oggetto generale, la cui estrinsecazione locale corrisponde al processo clinico, all'interno del quale si distinguono la dinamica di un dato oggetto e il processo che in esso si compie (Salvatore & Valsiner, 2010). La dinamica inerisce le modalità di funzionamento dell'oggetto, per questo contraddistinta da regole astoriche ed universali. D'altra parte però, lo scambio comunicativo si concretizza entro specifici contesti

socio-culturali, che definiscono gli scopi, dunque condizioni e vincoli dello scambio comunicativo. La medesima dinamica può dar luogo a processi distinti, a causa dell'influenza di parametri empirici-contingenti, detti anche parametri di campo, i quali stabiliscono le modalità del suo inverramento. Tali parametri rendono la psicoterapia una variante peculiare dello scambio comunicativo, differenziabile dalle infinite altre versioni dello stesso oggetto, per esempio: il corteggiamento, la partecipazione ad una riunione, l'educazione dei figli). In tale ambito, il processo di costruzione messo in atto dal terapeuta cerca di attribuire coerenza e significato ai vissuti del paziente nell'*hic et nunc*. Esistono molteplici tecniche per valutare la correttezza delle interpretazioni, la loro coerenza interna e corrispondenza con i materiali prodotti dal paziente, ma risulta anche particolarmente rilevante, secondo Freud, osservare le risposte del paziente all'interpretazione. Se, come e quando comunicare un'interpretazione? È il criterio dell'utilità terapeutica, e dell'accessibilità dell'interpretazione per il paziente a determinarlo. Rubowitz-Scitz sostiene che l'interpretazione deve essere breve, chiara, comprensibile, quindi espressa nel linguaggio del paziente, e proposta come ipotesi; è importante inoltre comunicare al paziente il modo in cui si è giunti all'interpretazione per favorire lo sviluppo di una competenza autointerpretativa funzionale all'emergenza di nuovi significati. Quest'ultimi sostituiscono i precedenti significati sovraordinati problematici del paziente (Salvatore & Valsiner, 2006) nella regolazione dell'esperienza di creazione di senso, tale da permettergli di rivolgersi verso innovative prospettive di sviluppo.

LA PROSPETTIVA DINAMICA E SOCIO-COSTRUTTIVISTA DELLA PSICOTERAPIA

Psicoterapia significa "cura dell'anima" ed inerisce le terapie della psiche per cui si impiegano strumenti psicologici, quali il colloquio, la relazione, le prescrizioni terapeutiche, col fine di promuovere un cambiamento, nei processi psicologici o nei comportamenti, orientandolo verso il ben-essere

e in direzione opposta al mal-essere. All'interno della psicoterapia di distinguono due dimensioni fondamentali: l'esito (ovvero gli effetti del trattamento) e il processo (ossia ciò che accade nel corso di un trattamento). La ricerca sull'esito valuta "se la psicoterapia funziona", studiando il cambiamento dei pazienti in seguito ad uno o più trattamenti psicoterapeutici. La ricerca sul processo valuta "cosa accade in psicoterapia", attraverso lo studio del comportamento del paziente e/o del terapeuta nel corso delle sedute. Il concetto di comportamento si riferisce, in tal caso, a qualsiasi fenomeno, avvenimento e attività del paziente e/o del terapeuta che si verifica in seno alla seduta; esso comprende sia fattori inerenti la comunicazione verbale (ciò che viene detto e come) e non verbale (postura, mimica facciale, ecc), sia aspetti relativi al vissuto del paziente e/o del terapeuta rispettivamente a quanto accade durante la seduta.

Il processo terapeutico è una condizione di scambio comunicativo, che si contraddistingue come sostanza dello stesso, promuovendo la sua qualificazione in termini clinici. Il socio-costruttivismo sottolinea il carattere culturale e situato dei fenomeni psico-sociali. Secondo questa concezione, i processi socio-simbolici (strategie cognitive, modalità di condotta, credenze, rappresentazioni, ecc.) sono contingenti ai contesti sociali, entro e in funzione dei quali sono prodotti; ciò in quanto sono organizzati da modelli dominio-specifici, tali perché rielaborati ed attivati entro lo spazio dialogico che configura il determinato dominio di attività. Da questo deriva l'impossibilità in ambito psicologico di pervenire alla definizione di leggi invarianti ed universali di significato. I significati si configurano in termini di prodotto contingente della negoziazione intersoggettiva. Il socio-costruttivismo pone in evidenza le tre caratteristiche fondamentali del significato:

- **Contestualità.** Il sensemaking è un processo intrinsecamente sociale, estrinsecato per mezzo e in seno allo scambio comunicativo. Le strutture semantiche (i frame, gli schemi mentali, le matri-



ci decisionali, i copioni d'azione) che organizzano il funzionamento psichico, è necessario che vengano comprese come prodotti storici, artefatti simbolici che la cultura di un dato gruppo sociale forgia e mette a disposizione dei propri membri (Cole, 1996). Dal punto di vista clinico, ciò significa che quanto accade entro il processo terapeutico va interpretato in funzione del contesto socio-simbolico in cui è inserito.

■ **Situatività.** Si parla di situatività dei significati ai discorsi perché i significati si definiscono attraverso il modo in cui le persone agiscono. I significati, da un lato, promuovono l'azione e la comunicazione degli attori; dall'altro, sono sistematicamente ridefiniti dalla suddetta azione e comunicazione. Questo sottolinea l'accezione per cui i modelli simbolici non preesistono, ma sono proprietà emergenti dallo scambio sociale. Per comprendere il senso di ciò che accade e viene comunicato entro il processo clinico, è ne-

cessario tenere in considerazione l'hic et nunc del rapporto terapeutico. È questo il principio metodologico dell' indessicalità della comunicazione (Salvatore, Gennaro, Manzo, Melgiovanni, Mossi, Olive, & Serio, 2007). Tale principio afferma che il significato di un atto prodotto entro il processo clinico, può assumere una pluralità di significati, resi distinti a causa del contesto intersoggettivo in cui si realizza.

■ **Pragmaticità.** Pensare e parlare sono atti intrinsecamente sociali animati da intenzionalità. Il modo in cui gli attori attribuiscono significato all'esperienza si configura in termini di prodotto alla cui base vi sono l'assunzione di posizionamenti discorsivi, anche mirati alla costruzione di senso per affermare il proprio punto di vista e l'adozione di strategie mirate al perseguitamento di interessi ed obiettivi specifici, promuovendo in questo modo il proprio ancoraggio identitario. Secondo quanto afferma il modello semiotico

dell'organizzazione, gli attori organizzativi costruiscono il contesto in cui operano, e di conseguenza le proprie strategie di azione. Ciò avviene innanzitutto sulla base di un processo di simbolizzazione emotionale delle componenti della realtà ambientale e categorizzazione. A questo proposito si sostiene infatti che la cultura organizzativa sia intessuta di emozioni (Carli, Paniccia, 1999), in cui per emozioni si intende uno specifico modo di dare significato o di rappresentare. Le emozioni sono atti di significazione, in quanto sperimentare emozioni, connotare emozionalmente un preciso contesto significa essere spinti ad agire, e a tradurre tali emozioni in atti (comportamentali, linguistici, di cognizione) che fungono da significanti di significati emozionali (ad esempio, aggressione costituisce il significante simbolico del significato I nemico I).

Stern ritiene che l'uomo non è mai isolato rispetto alla realtà che lo circonda, ma è parte integrante di quest'ultima ed è impegnato nel condividere e co-costruire significati consensualmente validati dalla rappresentazione simbolica degli stessi, in quanto la conoscenza è una funzione del campo interpersonale. La comprensione e l'interpretazione si sviluppano mediante una reciproca influenza interpersonale e l'esperienza relazionale configura i possibili significati esperienziali. In tal prospettiva, l'autore sottolinea che l'interpretazione, che permette di attribuire un particolare significato ad una realtà ambigua, quale ad esempio un'esperienza prorflessiva, è

una situazione di natura relazionale, che dunque favorisce l'estrinsecazione di ciò che Stern definisce esperienza non formulata, ciò che non è ancora esplicito alla coscienza. La prospettiva psicodinamica, a tal proposito, ha focalizzato la propria attenzione sul processo di sensemaking, sottolineando che la costruzione del senso di noi stessi, e della nostra esperienza con e dell'Altro, non sia soltanto un processo di negoziazione semantica sui significati, ma conferisce fondamentale importanza alle dinamiche di simbolizzazione affettiva della realtà (Matte Blanco, 1975; Fornari, 1981), che sono il prodotto del modo di essere inconscio della mente¹. La simbolizzazione affettiva istituisce il contesto psicologico dello scambio, che orienta la negoziazione del senso e la selezione della serie di categorie condivise le quali influenzano il pensiero degli attori; dunque, la cultura locale è il prodotto dell'interazione che in ogni organizzazione si realizza tra i processi simbolici intersoggettivi di natura collusiva e categoriale. Renzo Carli (1987) ritiene che sia proprio il venir meno di tale condivisione simbolica a dare ragione della richiesta di intervento clinico, una violazione di canonicità che segnala l'attuale non condivisione del proprio mondo di significati, si parla in tal caso di fallimento collusivo. (Montesarchio & Venuleo, 2002). La psicopatologia si configura in termini di un posizionamento su un insieme organizzato di assunti che, appresi prima e/o altrove, non risultano più funzionali alla razionalità di scopo (crisi di decisionalità intesa come caduta dell'orientamento allo scopo) e ad

¹ Matte Blanco concettualizza l'inconscio come modo di essere della mente retto da principi di simmetria (le relazioni asimmetriche vengono trattate come se fossero simmetriche, per cui secondo la logica inconscia i termini del discorso sono intercambiabili, in questo senso reciprocamente simmetrici, ad esempio se A > B allora B>A), generalizzazione ed omogeneizzazione (considera equivalenti l'esemplare e la classe più ampia a cui l'esemplare appartiene), aleatorietà (tra espressione e contenuto, per cui un significato può essere espresso da potenzialmente infiniti significanti e viceversa), reificazione (il significante sta al posto della cosa rappresentata ed al contempo è ciò che rappresenta, in questo senso il codice inconscio reifica, trasformando cioè la rappresentazione in realtà per la mente), atemporalità (nell'inconscio è tutto presente, in nuovo è identico al vecchio, e ciò si manifesta nel transfert) e antropomorfizzazione (gli oggetti simbolizzati sono oggetti animati).



interpretare la variabilità ambientale in maniera adattiva rispetto al presente e al futuro. Si tratta di un pensiero saturo che impedisce agli eventi di essere pensati, di produrre nuovo senso, di affrontare il nuovo, l'estranchezza e il cambiamento attraverso il riconoscimento della pluralità dei mondi di significato. Con l'analisi della domanda, si applica l'interruzione del processo collusivo che il paziente ripropone nella relazione terapeutica, in quanto ha luogo l'interpretazione da parte del consulente del modello culturale che orienta la committenza del cliente, e la sospensione dell'azione. Sospendere l'agitazione è un'operazione di recupero della soggettività da parte del paziente, che in questo modo investe emozionalmente sul proprio processo di simbolizzazione, mediante due funzioni: il ri-conoscersi (l'attore presta attenzione al proprio processo di sensemaking) e l'esplorare nuove modalità di categorizzazione dell'esperienza. La pratica clinica è inserita nel mondo intersoggettivo dell'alterità, in quanto ostacolo alla reificazione del proprio mondo di significati. (Montesarchio & Venuleo, 2009). Pensare sul proprio pensare non implica necessariamente la sostituzione del proprio sistema di senso, bensì significa porre quest'ultimo al vaglio critico rispetto ad una realtà che si contraddistingue per la molteplicità di punti di vista, ruoli, regole, relazioni che possono essere proposti e giocati.

IL PUNTO DI VISTA CONTESTUALE IN PSICOTERAPIA E LE TECNICHE D'INTERVENTO

La contestualità e la dinamicità del processo psicoterapeutico sostanziano il principio di indessicalità e il riconoscimento della valenza di campo del significato, pertanto sono state poste in evidenza le due proprietà fondamentali dello scambio clinico: sistematicità e dinamicità.

- **Sistematicità.** Il significato dei segni è strettamente legato al modo in cui essi vengono impiegati, e da come si combinano con altri segni, all'interno delle circostanze discorsive. (Grenenbergs & Pinsof, 1986; Harré & Gillett, 1994;

Fornari, 1979). Freud (1900/1953) ha già sottolineato l'importanza della relazione tra segni, mettendo in guardia dal fornire interpretazioni semplicistiche, in termini di corrispondenza uno a uno tra simbolo e significato, in quanto un segno non è una mera atto linguistico, ma uno "Speech Act", ossia un modo di far qualcosa dicendo qualcosa (Austin 1992). Di conseguenza, il valore psicologico di quel segno non corrisponde al suo contenuto semantico, piuttosto è la sua funzione comunicativa come espressa nello scambio discorsivo. Analogamente, il sensemaking è un'attività di sistema in cui l'intera rete di relazioni tra elementi differisce dalla loro composizione additiva (Grassi, 2008).

- **Dinamicità.** Fondamentale risulta la natura intrinsecamente dinamica del sensemaking, ovvero la sua dipendenza temporale. Il tempo non si configura solo in termini di contenitore entro cui il significato si dispiega, bensì esso assume un ruolo costitutivo della costruzione del significato. Il sensemaking inerisce ciò che è detto, come è detto, ma anche il quando ciò che è detto è detto, cioè prima o dopo che cosa.

Si considerino, ad esempio, le seguenti affermazioni:

Paziente1

"Quando perdo al gioco mi arrabbio molto e desidero essere aiutato da uno psicoterapeuta"

Paziente2

"Quando desidero essere aiutato da uno psicoterapeuta mi arrabbio molto e perdo al gioco"

Le due frasi contengono le medesime parole e a livello contenutistico sono equivalenti, sebbene il loro significato sia decisamente dissimile, a causa dell'ordine con cui compaiono le parole: mentre la prima frase riferisce del bisogno di supporto terapeutico legato all'esperienza di gioco, la seconda qualifica il gioco come dimensione di acting out, reattiva al riconoscimento del desiderio di aiuto.

Una simile prospettiva inerente il processo psicoterapeutico può dirsi interazionista e semiotica (Salvatore 2003, Valsum 2001, Billing 2001), pertanto in seno al processo clinico, paziente e terapeuta non introducono i loro significati pre-definiti (idee, emozioni, pensieri, ecc), bensì tendono a mettere in atto dinamiche intersoggettive di co-costruzione di significato al fine di produrre novità semiotiche. È fuori di dubbio che per molti clinici il transfert assume un'importanza fondamentale, pertanto l'interpretazione del transfert è connotata da efficienza terapeutica. Gill (1982) sostiene, a tal proposito, che il significato del concetto di transfert non definisca più le proiezioni e le distorsioni del paziente su un analista visto come uno schermo bianco, bensì si riferisce alla concezione per cui le reazioni transferali del paziente costituiscono delle inferenze plausibili dettate da segnali diffusi dal terapeuta. Questa accezione, in ragione della convinzione per cui nessun analista, e se per questo nessuna persona, può funzionare come uno schermo bianco. In qualsiasi interazione, tutti i partecipanti contribuiscono alla co-costruzione di significati. Secondo tal prospettiva, l'interazione transfert-controtransfert si configura in termini equivalenti all'interazione paziente-terapeuta. Il controtransfert non è più ritenuto un "ostacolo all'analisi", bensì "uno strumento indispensabile" (Gill, 1994, pag.102) e "una sorgente fondamentale di informazione sul paziente" (Gabbard, 1995, pag.475). Dunque, così come l'analista non può evitare di diffondere segnali nell'ambiente, tali da promuovere il transfert, allo stesso modo l'analista non può fare a meno di reagire al paziente in modo personale (controtransfert). Racker (1968) ha scritto che il controtransfert "è, in larga misura, una risposta emotionale al transfert, e come tale può indicare all'analista ciò che sta avvenendo nel paziente in rapporto all'analista". Tale visione costruttiva ed ermeneutica circa lo scambio clinico attribuisce importanza al processo intersoggettivo di co-costruzione di significati (Hoffmann 1988) finalizzato all'adozione, da parte del paziente, di nuove modalità di organizzazione della propria

esperienza. Molti autori accentuano l'importanza di assumere una visione contestuale di transfert e controtransfert, che induce a considerare l'interazione delle soggettività di paziente e terapeuta entro uno spazio potenziale, tale da favorire la creazione intersoggettiva di un "analytic third" (Ogden 1996).

UN APPROCCIO DINAMICO ALLO STUDIO DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Il processo terapeutico (con cui si intende ciò che accade durante le sedute di psicoterapia) è un fenomeno intrinsecamente dinamico, come suggerisce l'etimologia stessa del termine processo, che deriva dal latino *processus* (movimento). Shapiro e Stiles (1994) sostengono che per promuovere lo sviluppo degli studi sul processo terapeutico e sulla relazione tra processo e cambiamento del cliente è necessario porre in evidenza la non linearità, la ciclicità, la contestualità e la contingenza delle variabili. Per contestualità si intende il riconoscimento di come lo stesso contenuto (uno scambio verbale, un'azione) assuma significati differenti a seconda delle circostanze in cui si realizza (Greenberg, 1986). Per contingenza si intende invece il riconoscimento di come il contributo del paziente e terapeuta al processo rispondano a richieste emergenti, non stabilite a priori e in maniera invariante. Greenberg (1986, 2007) ha proposto il cosiddetto process analytic approach, ovvero approccio analitico allo studio del processo. Tale approccio è dedicato allo studio della performance del paziente e/o del terapeuta in specifiche situazioni, pertanto permette di analizzare, attimo dopo attimo, ciò che si verifica in stati e contesti particolari delle sedute, valutando il loro contributo al processo di cambiamento. Esso ha il merito di comprendere la complessa evoluzione del processo terapeutico, attraverso l'analisi dei pattern e delle sequenze che favorisce l'identificazione di set ricorrenti di eventi entro la relazione terapeutica che si ripetono in modo predicibile. Questo tipo di ricerca sul processo, dunque, si focalizza sull'individuazione, sulla descrizione e sulla



possibilità di predire gli effetti del processo terapeutico che mirano ad un cambiamento lungo l'intero corso del trattamento. Altri autori hanno proposto un approccio alla psicoterapia dalla prospettiva della teoria dei sistemi dinamici (Haken, 2006), ponendo in risalto il concetto di auto-organizzazione. Col termine auto-organizzazione si fa riferimento alla capacità di un sistema complesso di produrre strutture d'ordine al proprio interno sulla base delle interazioni tra le sue componenti; pertanto si percepisce l'ordine come un fenomeno emergente. Si è giunti, dunque, a comprendere il processo terapeutico come un sistema complesso che si auto-organizza, caratterizzato dall'emergere di fenomeni dalla connotazione non lineare e discontinua. I cambiamenti sono spesso improvvisi e imprevedibili, infatti nella pratica psicoterapeutica è facile assistere, per esempio, ad una riduzione della sintomatologia o modificazioni di pattern disfunzionali non riconducibili direttamente alla qualità dello scambio clinico. All'interno del processo terapeutico si osservano momenti di instabilità, seguiti da improvvisi incrementi di ordine; si parla, in tal caso, di sincronizzazione delle componenti che costituiscono il sistema che descrive la relazione paziente/terapeuta. La teoria dei sistemi dinamici è un campo di ricerca in cui convergono contributi provenienti da diverse discipline, e si propone di studiare i fenomeni di auto-organizzazione all'interno di sistemi complessi aperti. Un sistema complesso aperto è definibile come un insieme di elementi in interazione reciproca; la complessità dello stesso consiste nel fatto che il suo funzionamento, capace di produrre strutture d'ordine (auto-organizzazione) è legato a regole interne allo stesso sistema. Per questo si sostiene che un sistema complesso è un sistema organizzazionalmente chiuso. I sistemi auto-organizzanti si caratterizzano per l'equilibrio che instaurano tra gli opposti processi di stabilità e variabilità. Da un lato, il sistema tende a mantenere la propria coerenza interna, riproducendosi (in termini piagetiani: assimilazione), salvaguardando la propria

integrità spazio-temporale e funzionale. Allo stesso tempo, il funzionamento del sistema è soggetto a modificazioni (variabilità) che implicano una relazione più approfondita con l'ambiente (differenziazione – in termini piagetiani: accomodamento). Questo favorisce l'emergere di nuovi pattern di funzionamento del sistema chiamati parametri d'ordine. L'emergenza di strutture d'ordine è spesso preceduta da un aumento della variabilità nel funzionamento del sistema, infatti, all'interno dell'attività clinica il miglioramento è preceduto da destrutturazione e incremento della disorganizzazione del paziente. Gelo (2006) afferma che "un sistema con un'organizzazione funzionale è adattivo nella misura in cui è in grado di far fronte a perturbazioni oltre-soglia andando incontro a periodi di instabilità (apertura al cambiamento) che però non mettono a rischio la stabilità del sistema (coerenza sistematica). Il sistema è in grado di mantenere un equilibrio dinamico tra i processi opposti di tendenza alla stabilità e apertura al cambiamento" (p.245). La psicopatologia può quindi essere percepita in termini di un'incapacità del sistema mentale di rimanere stabile. Prevale dunque la tendenza alla stabilità piuttosto che l'apertura al cambiamento, per questo è possibile distinguere due processi di cambiamento: cambiamenti di primo ordine e cambiamenti di secondo ordine (Prigogine, Stengers, 1984). I cambiamenti di primo ordine (within-order change) si esplicano sotto forma di un lento e graduale aggiustamento in virtù di stimolazioni ambientali, le quali rimangono all'interno della soglia critica dei parametri d'ordine. Il sistema risponde a tale variazione subcritica senza alcuna modifica strutturale o funzionale della propria organizzazione, in maniera simile a ciò che Piaget definisce assimilazione. Il cliente inizia la terapia in uno stato d'ordine relativamente stabile, sebbene problematico, per cui si parla di stato attrattore problematico. Nonostante il sistema (in questo caso il cliente) non funzioni in maniera ottimale, l'azione di forze stabilizzanti, per esempio meccanismi auto-protettivi, mira a mantenere i suoi pattern

di funzionamento abituali. Tali meccanismi di auto-protezione del paziente devono essere superati per permettergli di cominciare il processo di cambiamento. Nei cambiamenti di secondo ordine perturbazioni oltre-soglia incrementano la variabilità del sistema, fino al punto in cui essa non può più essere assimilata dagli attuali pattern di funzionamento del sistema. Il sistema diviene soggetto a destabilizzazione in una fase di transizione, ove si verifica una de-sincronizzazione del funzionamento delle proprie componenti, cosicché i precedenti pattern risultano disfunzionali, ed emergono nuove strutture d'ordine; pertanto i cambiamenti di second'ordine implicano transizioni di ordine-disordine-ordine. La destabilizzazione è una fase necessaria per permettere il cambiamento del paziente. La struttura che fino a quel momento aveva assicurato stabilità al paziente, e che al tempo stesso era responsabile del mantenimento del suo stato psicopatologico, viene messa in discussione, e il paziente può riportare vissuti di disorganizzazione, disorientamento, sentimenti di paura e angoscia. Se il paziente è capace di sostenere una tale instabilità, e gli interventi del terapeuta sono condotti in maniera adeguata sulla base di un'alleanza terapeutica, quale caratteristica inevitabile e punto di partenza del lavoro, perché senza di essa è difficile che una psicoterapia possa procedere; essa di estrinseca in forma di collaborazione paziente/terapeuta con l'intento di lavorare insieme alla realizzazione di un cambiamento profondo che lo possa indurre ad adottare una nuova prospettiva attraverso cui vedere e vivere la propria vita. Il processo di cambiamento risulta contraddistinto da un andamento ad U (organizzazione disfunzionale – disorganizzazione – emergenza di pattern funzionali di organizzazione); a tal proposito, Guidano (1992) parla della psicoterapia come di una perturbazione strategicamente orientata. Il ruolo del terapeuta rispetto allo scopo finale della terapia consiste nel promuovere la riorganizzazione autonoma del paziente, permettendo che quest'ultimo possa lasciar emergere dentro

di sé le proprie risposte, ritenute le uniche effettivamente perseguitibili dal suo sistema cognitivo, attraverso una serie di strumenti intesi come nuove modalità di approcciarsi all'ascolto e alla conoscenza di sé, per giungere a capire e spiegare "se stesso da se stesso" a seconda delle contingenti circostanze di vita. Dunque, il "fare terapeutico" si configura in termini di un "far fare, facendo con l'altro". Nel conseguire un cambiamento è insita una certa dose di "minaccia" per il sistema, in quanto la transizione dal noto all'ignoto procura instabilità; pertanto la psicoterapia comporta intrinsecamente una minaccia, poiché percorso finalizzato, su richiesta del paziente, ad un progressivo distacco dal noto e consueto stato attuale portatore di disagio, verso un nuovo stato potenziale, ancora tutto da scoprire. Strumento essenziale per attuare il cambiamento può essere la relazione terapeutica, a cui si può assimilare la metafora della base sicura di Bowlby (1988); il terapeuta risulterebbe una potenziale figura di attaccamento, in ragione del fatto che il paziente si rivolga ad egli in un periodo di crisi della sua vita. Nel setting della relazione terapeutica, il paziente tende a riprodurre i medesimi processi di sensemaking che impiega nella sua quotidianità, pertanto l'analisi di ciò che avviene nell'hic et nunc della relazione, permette al terapeuta e al paziente di indagare insieme la funzionalità degli schemi interpersonali di quest'ultimo nel momento stesso in cui vengono agiti. La sensazione di accettazione e comprensione da parte del terapeuta favoriscono nel paziente la costruzione di sensazioni protettive di base sicura che facilitano l'esplorazione delle parti più celate di sé. È importante che il terapeuta presti attenzione al significato relazionale del proprio agire, chiedendosi "che effetto può avere nella relazione quello che sto facendo?" così da porsi nel setting in un modo che soddisfi le richieste del paziente e offra a quest'ultimo la possibilità di sperimentarsi in modo nuovo, in una situazione protetta. Il setting può dunque divenire un contesto sicuro di esplorazione di "sé-nelle-relazioni" (Cionini 2005).



LA SINGOLARITÀ DEL PROCESSO PSICOTERAPUTICO COME SCAMBIO COMUNICATIVO

Il processo terapeutico è per definizione un evento singolare, che coinvolge due o più persone per un periodo di tempo più o meno lungo. Lo studio scientifico, però richiede che le cognizioni inerenti i singoli fatti possano rendersi generalizzabili. Gli oggetti psicologici risultano singolari, dato il proprio carattere dinamico e contestuale, pertanto la psicologia scientifica non può che essere idiografica. Allo stesso tempo, tuttavia, gli obiettivi di ogni disciplina scientifica, compresa la psicologia, sono nomotetici. La process research si pone dunque la questione relativa l'individuazione di un modello logico di generalizzazione che sia coerente con la natura idiografica del suo oggetto. Studi recenti hanno promosso l'abduzione quale fondamentale forma di conoscenza psicologica. La generalizzazione abduttiva riguarda la costruzione di un modello teorico locale che riflette la teoria generale e sia allo stesso tempo non espresso in termini legati al contenuto empirico contingente al singolo caso, per poter interpretare una pluralità di casi.

LA SCIENTIFICITÀ DELLA PSICOTERAPIA

In generale, scientifica risulta un'azione di ricerca aperta al controllo e alla comunicazione intersoggettivi, capace di dare spiegazioni precise di concetti e postulati, in grado di impiegare procedure leggibili e ripetibili, si avvale di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi. La psicoterapia come scienza dovrebbe fondarsi sulle seguenti tre premesse epistemologiche:

- il processo psicoterapeutico è finalizzato al cambiamento delle disposizioni psichiche che creano disadattamento e/o sofferenza, sulla base di obiettivi precisi desunti dal modello teorico di riferimento del terapeuta.
- Gli scopi stabiliti vengono perseguiti in ciascun modello teorico tramite l'impiego delle tecniche più idonee al soggetto e al contesto; queste tecniche sono leggibili e ripetibili dall'esterno in

modo da garantire l'intersoggettività del controllo e della comunicazione.

- Si sviluppa un cambiamento in seno alla relazione terapeuta-paziente, le cui dimensioni sono valutabili e spiegabili, in forma sia teorica, che fattuale.

Per quanto concerne il metodo per la convalida delle ipotesi, fondamentali risultano:

- La convalida logica, tesa a controllare la coerenza tra le nuove conoscenze desunte dalle ipotesi e l'insieme delle cognizioni di cui si compone la teoria medesima o il campo di ricerca. In psicoterapia, viene valutata la coerenza tra teoria sulla patologia, obiettivi della psicoterapia e tecniche impiegate, in quanto un modello scientifico di terapia deduce obiettivi e tecniche da una teoria della patologia, a sua volta scientificamente validata, per esempio, la modifica di concezioni disfunzionali considerate fonte di patologie, nel modello cognitivista.
- La convalida empirica pragmatica, tesa a valutare la funzionalità delle ipotesi e la loro utilità ai fini dello scopo proposto, mediante ricerche che controllano le variabili coinvolte. In psicoterapia, il risultato ottenuto attraverso l'impiego di una tecnica terapeutica viene valutato sulla base di criteri di efficacia/utilità socialmente condivisi. L'efficacia del metodo di cura conferma la validità teorica e i benefici conseguiti vengono valutati confrontando i risultati dell'assessment iniziale e finale, e di una fase di follow-up; ciò è quanto definito verifica degli effetti nella letteratura della ricerca in psicoterapia. L'obiettivo è accertare se un intervento terapeutico riduce effettivamente i sintomi e produce nel cliente un assetto di personalità integrato e adattato; a livello empirico, si tratta dell'approccio tipico dell'outcome research.
- La convalida empirica esplicativa, tesa a verificare la capacità delle ipotesi di spiegare perché

un certo processo funziona, mediante ricerche che controllano le variabili implicate. In psicoterapia, l'ipotesi sulle origini psicopatologiche delle problematiche del cliente e delle strategie di cambiamento vengono periodicamente verificate in momenti di assessment; tali verifiche vengono collegate sia con gli esiti che con i riferimenti teorici, al fine di rilevare il senso di ciò che avviene in terapia.

Nella process research, il monitoraggio della terapia permette di definire:

- cos'è terapeutico e per chi,
- se, quanto e perché un trattamento funziona con un certo target di pazienti e non funziona con altri,
- quali processi psichici vengono attivati e quali assetti di personalità vengono modificati.

Lo studio parallelo sia dell'esito che del processo psicoterapeutico può consentire di risolvere la classica opposizione nomotetico-idiografico. In psicoterapia, ad una persona che riferisce un malessere o dei sintomi di tipo depressivo, il primo passo consiste in un approccio nomotetico volto, dunque, a valutare il reale stato di malessere del soggetto rispetto ai criteri in uso nella diagnostica, quanto esso si scosta dalla soglia di normalità, e l'eventuale compresenza di altre categorie nosografiche (ansia, psicosi ecc). L'approccio idiografico è utile, invece, a precisare, già nell'assessment iniziale, il tipo di depressione, le cause che lo sostanziano, e le componenti ideative ed emotive che lo contraddistinguono, dunque ciò che rende quella persona un soggetto della psicoterapia; il tutto attraverso una serie di strumenti tra cui test, colloquio clinico, osservazione sistematica. Anche nella valutazione del funzionamento della terapia viene adottato un approccio nomotetico con lo scopo di rilevare quanto i sintomi e le percezioni del paziente sono state oggetto di modifica in ragione del trattamento, se egli, sulla base dei test ripetuti e rapportati ai parametri

di soglia, può ritenersi rientrato nella normalità, o se lo scarto dalla norma è ridotto rispetto al pre-test. Ma si richiede anche un approccio qualitativo per seguire la trasformazione delle variabili peculiari del paziente e l'andamento della relazione influenzato dalla suddetta variazione. La valutazione scientifica della terapia non può prescindere dal criterio di superamento o rilevante riduzione dei problemi per cui il paziente l'ha intrapresa o che si sono evidenziati nel corso di essa (criterio di efficacia). L'irripetibilità e l'unicità di ciò che avviene nel corso dell'intervento implicano l'adozione congiunta sia di criteri di valutazione di carattere quantitativo che qualitativo.

UNO STUDIO EMPIRICO

Il socio-costruttivismo è la prospettiva teorica che concepisce la mente, e dunque il soggetto, come un sistema al contempo capace di costruire significati e di costruirsi entro e mediante il rapporto sociale, pertanto non esiste individuo senza contesto e contesto senza individuo (Carli, Paniccia e Lancia, 1988). L'attività mentale si contraddistingue dunque, per la sua intrinseca valenza di processo sociale; come sostiene Mitchell, la mente non preesiste alla relazione, ma emerge in seno ed in funzione dei processi di scambio comunicativo. Gill approfondisce quanto su esplicitato, declinandolo in una visione ermeneutica e situata del processo psicoterapeutico. Nella sua ottica, la relazione clinica è una co-costruzione di senso, a cui contribuisce la diaide paziente-terapeuta. Questa co-costruzione si realizza attraverso processi di comunicazione operanti contemporaneamente sul piano della negoziazione intenzionale e della simbolizzazione inconscia. Viene dunque a cadere l'immagine, cara alla teoria della tecnica classica, dell'analista specchio. Gill evidenzia come tutto ciò che avviene nella relazione terapeutica è dunque da considerare espressione di un campo relazionale. La teoria individuo/contesto di Renzo Carli sottolinea, a tal proposito, che gli attori impegnati in una attività "costruiscono"



emozionalmente - in termini di simbolizzazione affettiva - gli elementi dell'ambiente (scopi, interessi, norme, modelli di comportamento, regole del gioco ecc) con il quale si rapportano. La realtà viene rappresentata nei termini delle categorie affettive di cui gli attori dispongono (tali categorie sono il precipitato delle prime esperienze di vita. Simili esperienze offrono infatti il materiale dal quale vengono estratti modelli prototipici di rapporto fondanti la semiosi inconscia, lo stesso Matte Blanco suggerisce che il pensiero inconscio fondi la socialità e la stabilità nei rapporti.

La teoria individuo/contesto definisce collusione la modalità di interpretazione inconscia della realtà, che non appartiene ai singoli attori, ma è frutto della loro interazione. Gli attori elaborano la realtà anche in termini di categorizzazione che porta a riconoscere la varianabilità dell'ambiente e ad utilizzarla nel processo di adattamento dell'organizzazione. In definitiva, la categorizzazione consente di orientare l'organizzazione allo scopo. Col-

lusione e categorizzazione interagiscono entro le pratiche discorsive degli attori, e la cultura locale si configura in termini di prodotto dell'interazione che in ogni organizzazione si realizza tra i processi simbolici intersoggettivi di natura collusiva e categoriale. Renzo Carli (1987) ritiene che sia proprio il venir meno di tale condivisione simbolica a motivare la richiesta di intervento clinico, una violazione di canonicità che indica la presente non condivisione del proprio mondo di significati, si parla, a tal proposito, di

fallimento collusivo. (Montesarchio & Venuleo, 2002). La psicopatologia si configura in termini di un posizionamento su un insieme organizzato di assunti che, appresi prima e/o altrove, non risultano più funzionali alla razionalità di scopo (crisi di decisionalità intesa come caduta dell'orientamento allo scopo) e ad interpretare la variabilità ambientale in maniera adattiva rispetto al presente e al futuro. In seno alla suddetta cornice concettuale, si colloca il presente studio, volto allo studio del processo psicoterapeutico, di orientamento dinamico, entro il quale



si analizza la relazione, non causale bensì di significativa associazione tra le variabili: attività interpretativa del terapeuta e meaning-making del paziente. L'esame delle stesse è avvenuto attraverso l'applicazione di due strumenti GMI (la Griglia dei modelli d'interpretazione) e DFA (il Rivelatore dei Flussi Discorsivi). Il GMI (Griglia dei modelli di interpretazione) è uno strumento di analisi focalizzato sulla funzione di regolazione dei processi di significazione messa in atto dal terapeuta, che contraddistingue la dinamica

dello scambio clinico, complementare al DFA, uno strumento di analisi della relazione terapeutica che si inscrive nella cornice teorica del TSSM, connotando la psicoterapia in termini di dinamica tesa alla produzione di innovazione semiotica, mediante un processo di co-costruzione di significati che coinvolge la diade paziente-terapeuta. L'ipotesi fondamentale consiste dunque nel comprendere se l'attività interpretativa del terapeuta coincide con la co-costruzione di significati e l'elaborazione di nuovi assunti da parte del paziente, che possano fungere da innovative premesse di senso e sostituire in tal modo gli assunti problematici che l'hanno condotto al fallimento collusivo. Ai fini dell'analisi dell'impatto dell'attività interpretativa del terapeuta in seno al processo terapeutico, è stata condotta un'analisi delle frequenze di interpretazioni che ha rivelato che le terapie psicodinamiche impiegano in particolar modo le interpretazioni. La quantità di interpretazioni è risultata significativamente associata alla presenza di picchi di SN, e pertanto correlata al meaning-making del paziente. Sono necessarie tuttavia ulteriori ricerche (con un campione di sedute più ampio) per valutare se persiste la differenza tra frequenza e percentuali di interpretazioni. Inoltre, i risultati perseguiti sottolineano la rilevanza, per la terapia psicodinamica, del pattern di interpretazione soggettiva, significativamente correlato con l'emergenza di nuovi significati sovraordinati. Concludendo, come è emerso attraverso il presente studio empirico, il processo di meaning-making del paziente risulta significativamente associato all'attività interpretativa del terapeuta, pertanto sussiste una relazione significativa tra le suddette variabili, che è coerente con la letteratura entro cui si sviluppa tale studio.

BIBLIOGRAFIA

- Hayes A.M., Laurenceau J.P., Feldman G., Strauss J. L., & Cardaciotto L. Change is not always linear: The of nonlinear and discountinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 715-723
- Auletta, A.F. (2010). The empirical study of therapist interpretations; the Grid of the Models of Interpretations (GMI). Tesi di dottorato non pubblicata, Università del Salento, Lecce.
- Auletta, A.F., Salvatore, S., Metrangolo, R., Monteforte, G., Pace, V., & Puglisi, M. (submitted). The Grid of the Models of Interpretations (GMI): A trans-theoretical method to study therapist's interpretative activity.
- Auletta, A.F., Gelo, O., & Braakmann, D. Aspetti teorico-metodologici e analisi dei dati nella ricerca in psicoterapia. Parte1: la ricerca sull'esito e la ricerca sul processo – dagli anni 50 agli anni 80.
- Avdi, E., & Georgaca E. Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, June 2007; 9(2): 157-176. Aristotle University of Thessaloniki, Greece
- Barbero C. L'alleanza terapeutica. Associazione per la Ricerca sulla Depressione. Sito: www.depressione-ansia.it
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica. *Rivista di psicologia clinica*. Retrivial from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_09/Carli_Paniccia.htm
- Cionini, L., & Ranfagni, C. Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista. *Rivista di psicologia clinica*. Retrivial from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_09/Cionini_Ranfagni.htm
- De Bei, F., Colli, A., & Lingiardi V. Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla. *Rivista di psicologia clinica*. Retrivial from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_07/DeBei_Colli_Lingiardi.htm



- Di Nuovo, S. La ricerca in psicoterapia: alcune riflessioni sulla scientificità. *Rivista di psicologia clinica*. Retrivial from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_07/DiNuovo.htm
- Eagle M.N. A critical evaluation of current concepts of transference and countertransference. *Sulla rivista Psychoanalytic Psychology*, 2000, 17, 1:24-37.
- Gaj, N. L'analisi della domanda: contributo per un approccio clinico unificato. *Rivista di psicologia clinica*. Retrivial from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/Gaj.htm
- Gelo, O., & Salvatore, S. (submitted). The dynamic nature of change in psychotherapy: Problematic assumptions and contrasting views.
- Gennaro, A., Al-Radaideh, A., Gelo, O., Manzo, S., Nitti, M., & Salvatore, S. (2010). Modelling psychotherapy process as sense-making dynamic: The Two Stage Semiotic Model (TSSM) and the Discourse Flow Analyzer (DFA). In S. Salvatore, J. Valsiner, J. Simon Travers & A. Gennaro (Eds.), *YIS: Yearbook of idiographic Science* (volume 2) (pp. 131-169). Rome: Firera Publishing.
- Gill, M.M. (1999) Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione <http://priory.com/ital/10a-Gill.htm>
- Giusti, E., & Minonne G. "L'interpretazione dei significati nelle varie fasi evolutive dei trattamenti psicoterapeutici" collana di Edoardo Giusti.
- Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo A. "Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine." seconda edizione (2004). Masson. S.p.A. - Milano.
- Matteucci L. Colloquio clinico. Sito: www.lilianamatteucci.it/colloquio_clinico.html
- Montesarchio, G., & Venuleo, C. La formazione clinica alla clinica. Un approccio contestuale all'uso del gruppo esperienziale. *Rivista di psicologia clinica*. http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_09/pdf/Montesarchio_Venuleo.pdf
- Salvatore, S., Gennaro, A., Grassi, R., Manzo, S., Melgiovanni, S., Mossi, P., Olive, C., & Serio, V. (2007). La dinamica discorsiva dello scambio terapeutico come indice clinico. Applicazione del DFA (Discursive Flow Analyzer) alla psicoterapia di Katia. In G. Nicolò & S. Salvatore (Eds), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia* (pp.335-397). Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Salvatore, S., Gennaro, A., Auletta, A.F., Grassi, R., Manzo, S., Nitti, M., Al-Radaideh, A., Tonti, M., Aloia, N., Monteforte, G., & Gelo, O. (2010). La psicoterapia come scambio comunicativo. *Prospettive di ricerca sul processo clinico*.
- Salvatore, S., Gennaro, A., Auletta, A., Grassi, R., & Rocco, D. (submitted). *Dynamic Mapping of the Structures of Content in Clinical Settings (DMSC)*. A new coding system for analyzing the patient's narratives.
- Salvatore, S., Mossi, P., & Gennaro, A. (2007). Il discorso sulla psicoterapia, tra dinamiche istituzionali, concezioni della mente, modelli di intervento, pratiche di ricerca. In G. Nicolò & S. Salvatore (Eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: edizioni Carlo Amore.
- Salvatore, S. (2006a). Modelli di conoscenza e agire psicologico/Models of knowledge and psychological action. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3. Retrieved from http://rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm.
- Salvatore, S., Gelo, O., Gennaro, A., & Manzo, S. (2009). Looking at the psychotherapy process as an intersubjective dynamic of sensemaking. A case study with Discourse Flow Analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(3), 195-230.
- Salvatore, S., & Valsiner, J. (2006). 'Am I really a psychologist?' Making sense of a super-human social role. *European Journal of School Psychology*, 4, 5-30.



L'AMORE TOSSICO

I LEGAMI AFFETTIVI PATHOLOGICI

Dario Loparco

Psicologo esperto in Psico-oncologia
c/o U.O.C. Oncologia Medica & Breast
Unit ASL Brindisi

Mariangela Rendini

Psicologa, frequentatrice volontaria c/o
U.O.C. Oncologia Medica & Breast Unit
ASL Brindisi

RIASSUNTO

«Era il contrario di tutto quello che erano le altre e io ho sempre adorato l'altro, il contrario [...] lei era tutto. Primo, costituiva una certezza intorno alla quale tutto girava, una certezza di libertà e un senso di sicurezza. È stata quello che il grande poeta bengalese che cito sempre è riuscito così bene a descrivere, il palo al quale l'elefante si fa legare con un filo di seta. Se l'elefante dà uno strattone può scappare quando vuole, ma non lo tira. Ha scelto di essere legato con un filo di seta a quel palo.» (Terzani, 2006, pp. 293-299)

Tra le pagine della biografia di Tiziano Terzani abbiamo trovato un'espressione che a nostro avviso rende in maniera efficace quello che dovrebbe essere un corretto legame affettivo.

In queste poche righe il giornalista italiano descrive l'amore che lo ha legato per anni a sua moglie Angela, un legame che, come può trasparire dalle sue parole, può definirsi sano. I due concetti chiave che teniamo a sottolineare nella citazione riportata sono il concetto di "certezza di libertà" e la metafora dell'elefante legato ad un filo di seta. Uno degli aspetti che viene compromesso nelle

relazioni è la libertà. Nel senso comune viene definito libero, un individuo capace di definirsi attraverso le proprie scelte e la rappresentazione della propria identità (Nicoli, 2009).

Nelle relazioni di tipo sentimentale per esempio, spesso ci si trova ad assecondare il/la proprio/a compagno/a, facendo venire meno la propria volontà. Non sono rari i casi in cui uno dei componenti della coppia rinunci a degli hobby o attività importanti in cui per anni si è sentito fortemente riconosciuto, per assecondare una volontà del partner che assolutamente non è la propria.

Angela è stata per Terzani una "certezza di libertà", cioè l'amore che li ha legati, era un amore sano e puro, non egoistico, che ha portato l'uno e l'altro al rispetto della reciproca individualità, libertà e felicità personale.

L'elefante legato al palo con un filo di seta rende efficacemente nella nostra mente un'immagine visiva, concreta, di ciò che è l'amore. L'elefante rappresenta il nostro mondo interiore nella sua complessità e immensa grandezza. Il filo di seta rappresenta la precarietà dei rapporti umani, fragili e vulnerabili: basterebbe un piccolissimo



movimento dell'elefante per spezzare il filo. Così, nel momento in cui iniziamo una relazione, decidiamo di restare fermi, immobili, attenti a non spezzare quel delicatissimo filo che ci lega. La paura di perdersi però può degenerare e portare a perdere sé stessi per non perdere l'altro. Il concetto di "rispetto della propria identità", verrà ripreso ampiamente in questo articolo e i legami affettivi patologici a cui faremo riferimento non saranno soltanto i legami di tipo sentimentale, ma soprattutto di tipo familiare.

PAROLE CHIAVE

amore, dipendenza, collusione, affettività

LEGAMI AFFETTIVI PATHOLOGICI

I Legami affettivi

Nel libro Quando l'amore è una schiavitù, Ghezzani (2006) rende bene l'idea di quanto l'uomo, malgrado abbia fondato la propria esistenza sulla ricerca e sulla conquista della libertà, in realtà sia schiavo di una serie di situazioni e legami che limitano la propria esistenza, quindi la propria libertà.

«I filosofi come Rousseau che affermano che l'uomo nasce libero commettono dunque un'imperdonabile leggerezza concettuale. L'uomo non nasce né libero né in catene, nasce dipendente, vincolato all'Altro (gli adulti, il sistema sociale, la storia della propria cultura). Dunque, per quanto io possa desiderarmi libero, la mia condizione reale è che il mio io e quindi la mia stessa vita non sono del tutto nella mia disponibilità, non sono del tutto miei. Il mio io e la mia vita sono vincolati alle condizioni della mia nascita, all'educazione che ho ricevuto, agli affetti che ho contratto e dei quali vivo, alle norme sociali del mondo pubblico e privato che mi accoglie. Pertanto, la mia identità (come quella di ognuno) è alienata, nel senso che appartiene a un Altro, nel quale devo riconoscere il mondo storico-sociale in cui vivo, che a sua volta è immerso nel mondo storico-sociale totale. Nel senso in cui intendo questa affermazione, la locuzione identità alienata o io alienato indica pertanto una condizione nella quale l'io e l'identità sono

condizionati da forze a loro estranee. L'alienazione propria della sofferenza psichica è quella per la quale io sono schiavo di obblighi affettivi e morali che nel corso della vita ho riconosciuto come estranei e ai quali tuttavia, nonostante la mia ostilità, devo obbedire. Questi obblighi mi sono stati imposti da una madre, un padre, una famiglia o da un gruppo sociale: comunque da una fonte autorevole cui non posso oppormi. In quanto li avverto come estranei mi alienano a me stesso fino a generare dentro di me un doloroso conflitto tra obbedienza e ribellione.»

In queste righe Ghezzani, in senso assolutamente critico e in maniera molto dettagliata spiega la condizione umana. Focalizzando l'attenzione sul concetto di legame affettivo, è possibile notare come l'autore definisca l'uomo un essere dipendente dall'altro.

L'uomo è vincolato dagli affetti che lo circondano, per questo motivo Ghezzani introduce il concetto di alienazione. L'alienazione, è quella condizione umana in cui un uomo si estranea da sé stesso, perde la coscienza di sé e ricava la propria identità dagli altri. Un soggetto affettivamente dipendente si sente schiavo di obblighi affettivi e morali nei confronti dell'altra persona, questo lo porta a plagiare la propria identità, la propria vita e il proprio essere, condizionando le scelte in funzione di altri e dimenticando di interrogare in primis sé stesso su ciò che lo renderebbe felice. Un legame affettivo è quindi inteso come un vero e proprio vincolo, perché qualsiasi tipo di relazione implica l'assunzione di responsabilità e doveri nei confronti dell'altra persona. Parlando di legami affettivi e di obblighi morali, è inevitabile introdurre il concetto di fedeltà, perché d'altronde quando si parla di obblighi morali, si parla soprattutto di questo. Questa parola ha una vastità di significati e si mimetizza a seconda dei contesti in cui viene utilizzata, ma in una visione generale possiamo definire la fedeltà come un impegno morale con la quale una persona si vincola affinché un legame o un obbligo verso un'altra persona sia valido e mutuo. La fedeltà è la base della fiducia, un legame privo di fiducia non può essere

definito tale, non c'è niente che lega due persone che non hanno fiducia reciproca. Nei prossimi paragrafi, verrà trattato in maniera dettagliata l'evoluzione patologica di una dipendenza affettiva, che limita la vita stessa dell'individuo e lo porta a vivere nei legami familiari, per esempio, una collusione sacrificale e nei legami sentimentali una collusione narcisistica.

Legami di tipo familiare: lo svincolo del figlio

Una delle fasi evolutive più difficili che un essere umano si trova ad affrontare è il processo di individuazione e differenziazione dalla famiglia di origine.

La famiglia con i figli adulti è stata descritta nelle fasi del ciclo di vita della famiglia (Andolfi, 1999). In questo momento della vita familiare, i figli devono costruirsi una propria vita affettiva e lavorativa autonoma e indipendente. I genitori, a loro volta, devono accettare la separazione dai loro figli e sostenerli nella ricerca della propria indipendenza.

In questa fase è necessario che vengano ridefiniti i ruoli genitori-figli, ricreando un rapporto alla pari.

Dal momento in cui i figli, ormai adulti, lasciano casa, la coppia di genitori può trovarsi a vivere la sindrome del nido vuoto. La coppia di partner si ritrova a dover rivivere l'iniziale intimità di coppia e questo può portare all'insorgere di conflitti che spesso sono problemi emersi nelle fasi iniziali della vita di coppia, mai risolti. Giunti a questa fase diventa quindi molto impegnativo e alquanto difficile risolvere problemi che si sono protratti e ignorati per un periodo così lungo.

Diventa perciò necessario che la coppia affronti quattro punti, per lo sviluppo e per l'integrità della coppia stessa:

- Investire amore ed energie nella relazione coiugale;
- Riconoscere e rispettare l'individualità del figlio e prepararsi alla sua uscita;
- Modificare il rapporto con il proprio figlio, stabilendo una relazione adulto - adulto;
- Prendersi cura dei genitori anziani;

Per ciò che riguarda, nello specifico, il ruolo genitoriale, è importante che i genitori facilitino l'uscita del figlio, tollerando i sentimenti di tristezza e abbono che seguono questa fase della vita, in seguito alla separazione.

Il processo di individuazione raggiunge il suo apice quando il figlio decide di intraprendere un percorso di autonomia sia economica che emotiva del proprio nucleo familiare originario.

Separarsi dal contesto familiare in cui si è cresciuti è un processo graduale che ha un'enorme influenza sulle scelte future e anche sulla scelta del partner.

L'uscita di casa del figlio potrebbe creare un grande squilibrio tanto da generare una crisi o addirittura una rottura della coppia. Se il figlio sente che i genitori non potranno farcela da soli, rimanderà la propria indipendenza, con il risultato di non riuscire a realizzarsi come adulto (Gambini, 2007).

Dipendenza patologica dalla famiglia di origine

Nel momento in cui viene mantenuto un rapporto molto stretto e di dipendenza con la famiglia d'origine, le proprie scelte e la propria vita possono essere notevolmente condizionate.

Si è soliti desiderare infatti un particolare tipo di legame piuttosto che un altro, nel caso di una relazione sentimentale, reputando che questo sia il più idoneo al proprio stile di vita, solo perché accettato dal proprio sistema familiare.

In tal caso i bisogni personali vengono trascurati e si vive un rapporto infelice. Può però anche presentarsi la situazione inversa, in cui il figlio vuole ribellarsi al sistema familiare e frequenta un partner con caratteristiche opposte da quelle che la famiglia si aspetta e vorrebbe per lui. Anche in questo caso il futuro rapporto di coppia rischia di svilupparsi su proposti sbagliati proprio perché si tratta di una scelta fatta per andare contro la famiglia. In questo caso il partner viene strumentalizzato in funzione del conflitto che il figlio ha messo in atto nei confronti della propria famiglia. Ci sono tante forme patologiche di dipendenza dalla propria famiglia di origine, nella maggior parte dei casi i soggetti coinvolti non se ne



rendono conto.

Di seguito sono riportate alcune storie vere e altre tratte da romanzi, per spiegare al meglio i meccanismi patologici che insorgono nei legami affettivi di tipo familiari.

Genitori manipolatori

I genitori affetti da problemi psicologici, nella relazione con i propri figli manifestano il loro disagio sotto forma di manipolazione affettiva. Si tratta di soggetti che pur essendo genitori, vivono nella relazione con il figlio le loro ferite infantili; questo può creare un clima emotivamente insano nella famiglia.

In questa complessa dinamica familiare si fondono i bisogni emotivi del genitore con quelli del figlio, con il rischio di privare la figura che più necessita di accudimento, dei bisogni affettivi primari.

Secondo la psicologa Kathya Bonatti (2012), i bambini non amati cercano di rendere felici i loro genitori adeguandosi alle loro richieste e modificando la propria emotività nella speranza di essere riconosciuti. Si parla di "bambini ammaestrati", che rimangono legati ai genitori solo compiacendoli ed illudendosi attraverso la dipendenza di essere amati. Con questo tipo di educazione affettiva i bambini cresceranno diventando degli adulti che mendicheranno amore e cercheranno l'appagamento emotivo all'esterno, aspettandosi che i loro bisogni vengano soddisfatti da un'altra persona. Nelle relazioni genitori-figli la manipolazione è molto facile da mettere in atto, i bambini sono dipendenti fisicamente ed emotivamente dai genitori, assorbono tutte le informazioni senza metterle in discussione, considerandola verità assoluta.

Le tecniche adoperate per la manipolazione dei figli sono principalmente tre:

- **Il vittimismo:** in questo tipo di manipolazione i soggetti responsabili si auto-vittimizzano per raggiungere i loro scopi. Il vittimismo permette di controllare i figli senza chiedere loro nulla in modo diretto, quindi non assumendosi la responsabilità delle loro richieste.

- **Il senso di colpa:** questo tipo di manipolazione permette di controllare i figli e mantenere il potere su di loro facendoli sentire in colpa per qualunque motivo. Questo fa sì che i figli non si interroghino mai realmente sui loro bisogni ma siano sempre interessati ai bisogni dei genitori.

- **Ricatti affettivi:** in questo tipo di manipolazione il genitore si mostra come una vittima e il figlio si sente in dovere di salvarlo in ogni modo per non farlo stare male, compiacendolo completamente e negando i propri bisogni e desideri. I genitori che adottano questo tipo di manipolazione presentano ai figli il conto di quanto hanno dato negli anni, per cui i figli sentono che non hanno ricevuto dai genitori in modo incondizionato e si adeguano alla richiesta di restituire quello che hanno ricevuto.

Di seguito è riportata la storia vera di una ragazza di 36 anni, tratta dal sito www.maldamore.it del dott. Roberto Cavaliere:

«Caro Dottore, [...]. Ho 36 anni, sono un'insegnante di scuola media e mi sto specializzando nel sostegno ai ragazzi diversamente abili. Credo, anzi ne sono sicura, di soffrire di dipendenza affettiva, prima di tutto nei confronti di mia madre. Sono l'ultima di 4 figli, nata quando mia madre aveva quasi 40 anni, e nata nel periodo in cui mia madre veniva a conoscenza di una situazione lavorativa ed economica a dir poco disastrosa di mio padre. Ho risentito fortemente, fin da piccolissima, del fatto che, "se se ne fosse accorta prima, non avrebbe concepito il terzo figlio". Sono cresciuta in maniera triste, ricordo il mutismo e lo stato di tensione dei miei, mio padre a volte urlava, mia madre piangeva in silenzio, la vedeva tutta rossa in viso e, se chiedevo spiegazioni, mi si rispondeva in maniera evasiva. Avevo paura di questi stati di tensione violentissima, violentissima dentro di me, almeno, perché la maggior parte delle volte, evitavano di discutere per non turbare noi bambini, senza sapere che i bambini capiscono la tragedia anche da un semplice dettaglio.

Siamo sempre stati ritenuti una famiglia modello,

di livello medio-alto, la nostra situazione economica è sempre dovuta rimanere all'interno delle mura domestiche, niente doveva trapelare, nessuno doveva sapere, e per ottenere ciò, si doveva vedere meno gente possibile. Ogni volta che volevo andare a giocare o studiare a casa di qualche compagna di scuola, si cercava una scusa per non mandarmi oppure mi veniva dato il permesso ma in un alone di mistero e dubbio. Insopportabile! Ricordo la mia infanzia con un papà sempre preoccupato e frettoloso ed una mamma rigida e sempre assorta nei pensieri, preoccupata, lo è anche adesso, di dover far fronte a tutte le necessità domestiche, limitate dal suo lavoro di impiegata statale. Non ha mai frequentato amiche, l'unica persona che veniva a trovarci era la sorella di mio padre che, conoscendo la situazione, cercava di portarmi via per due tre giorni e farmi "respirare" un po' nella sua casa di campagna, con il suo cane. È morta prima che potessi dirle grazie dei momenti di serenità che mi regalava; avevo 13 anni.»

In questa storia è facile evidenziare i tratti di una dipendenza affettiva che coinvolge la ragazza nei confronti della madre. Lei stessa è in grado di riconoscerne i comportamenti patologici.

Nella sua infanzia ha vissuto la tensione continua del rapporto coniugale dei suoi genitori, che vedeva il padre con un atteggiamento dominante sulla madre, che passivamente piangeva in seguito ad ogni litigio. Questo ha indubbiamente influito sul legame morboso che successivamente si è sviluppato tra madre e figlia; complice e accondiscendente per compensare il maltrattamento del padre. I genitori inoltre tengono particolarmente al giudizio e agli occhi esterni e questo li ha portati ad isolarsi totalmente per mantenere un certo riserbo riguardo la crisi economica che stanno vivendo. Come se fosse complice di un patto segreto, per garantire il silenzio assoluto sulla questione, la ragazza compromette anche le sue relazioni e le sue amicizie, data l'impossibilità di invitare a casa qualche amica. I malumori della famiglia e della coppia hanno totalmente condizionato la sua infanzia.

«...La mia adolescenza si è manifestata come quella di tante altre ragazzine, ma non ho mai avuto occasione di confrontarmi con mia madre o con mio padre. Ogni segnale tipico dell'età veniva represso bruscamente, non c'è stato mai un dialogo o una spiegazione esaustiva di quello che stessi vivendo e mi veniva anche limitata la frequenza di coetanei, per non "prendere una cattiva strada". Non parliamo poi della scelta del corso di studi e lavorativa! Sono stata obbligata a studiare il pianoforte e a frequentare l'istituto magistrale, come le donne di un tempo. Detestavo il pianoforte e, ancora di più l'insegnante, che mi dava le pennate sulle dita per correggerne la posizione e poi volevo frequentare il liceo linguistico. L'esame di maturità andò piuttosto male, uscii con il voto minimo e mia madre mi disse che "non valevo niente", mentre i miei fratelli maggiori si erano licenziati con il massimo e frequentavano già brillantemente l'università. Ora sono due ottimi professionisti. A venti anni cercai di prendere la situazione in mano, opponendomi alla prosecuzione dello studio del pianoforte e intrapresi quella dell'organo liturgico. Entrai in conservatorio, comprai lo strumento con i primi tre stipendi di supplente di scuola materna, e iniziai a studiare sodo. Purtroppo, ho avuto la sfortuna di incontrare un maestro introverso e ansioso e, oltretutto, mentre mi accingevo a preparare l'esame finale di diploma, ho dovuto combattere, per un anno circa, contro il cancro. Ho vinto io, sono stata più maligna di lui! Era il 2000, mi sono diplomata all'inizio del 2002.»

In questa parte del racconto è possibile notare come tutta la vita e quindi le scelte della ragazza siano in mano alla madre. Non è stata mai interrogata realmente su cosa volesse fare, vivendo una vita che assolutamente non aveva scelto, affrontando un percorso di studi e studiando uno strumento che non le interessava. Questo ovviamente ha influito sul suo rendimento, diplomandosi con un voto basso.

In seguito a questo evento, la madre mette in atto uno dei meccanismi utilizzati dai genitori manipolatori: il senso di colpa. La mamma la mette a confronto con i suoi fratelli, si mostra



delusa e questo genera nella ragazza una frustrazione tale da portarla a reagire.

In un primo momento l'atteggiamento della madre potrebbe sembrare costruttivo; va sottolineato però, che malgrado inciti sua figlia ad impegnarsi molto di più, tutto questo la ragazza non lo fa assolutamente per sé stessa.

«...Nel frattempo, mi sono fidanzata con un ragazzo più giovane di me di 5 anni. Una storia durata 8 lunghi anni di assoluta dedizione e tirannia e conclusasi qualche mese fa, terminata sulle macerie di un carattere dipendente, il mio, e uno prepotente e capriccioso, il suo. Ho passato momenti bui, sia con lui, sia dopo la fine della nostra storia. Quando i miei hanno saputo i retroscena della nostra relazione, mi hanno aspramente rimproverata, forse anche amata, non so, ma tutto quello che sono riusciti a dirmi è stato: "quanto sei stupida, ma come hai fatto a sopportare tutto questo?".

(...) Accidenti, veramente, come ho fatto a sopportare tutto questo e tutto il resto per 34 anni? Dopo la fine della relazione mi sono buttata a capofitto sullo studio, ho conseguito la laurea abilitante per l'insegnamento della musica nelle scuole medie e mi sono iscritta al corso di specializzazione, che tuttora frequento, per docenti di sostegno, nel frattempo, dal 1994 ho sempre lavorato come supplente nella scuola materna ed elementare, facendo salti mortali per arrivare a tutto, sempre correndo per due province per raggiungere le scuole in cui lavoravo e il conservatorio. Stavo fuori tutto il giorno, mangiavo in macchina a 130 Km /h in corsia di sorpasso, per arrivare puntuale... Dio solo sa come ho fatto e quanto ho rischiato. Ogni sera rientravo a casa e i miei mi accoglievano con un radioso sorriso lodandomi per aver sputato sangue, mi si perdoni l'espressione, anche per quel giorno. Quanto ero brava!!! Quest'anno, con l'arrivo dell'estate, e sospesi gli impegni per circa un mese, ho ritenuto opportuno riposarmi e svagarmi. Sono single, è finito l'incubo della "vacanza" al mare con tutta la sacra famiglia del mio ex fidanzato che non mi risparmiava di cucinare e badare alla casa ecc., ecc., pensavo di poter concedermi un momento mio. Ritrovata la serenità pensavo di poter

liberamente uscire la sera con gli amici, con le amiche, anche con un solo amico, perché no. Pensavo... mia madre ha iniziato la sua battaglia contro tutto questo. Forse mi vede fragile, forse mi teme preda di malintenzionati, forse mi vede un po' troppo di aspetto "gradevole" per non essere importunata. Una ragazza perbene non esce la sera, non sta bene uscire la sera, la strada è piena di pericoli, una ragazza perbene esce il pomeriggio, chiama casa per rassicurare gli anziani genitori, anche quando sta fuori con gli amici e non vuole pensare ad altro che ad un momento di relax. Ha insinuato anche che sono una sgualdrina...! È arrivata a chiamarmi di sera per sapere dove fossi e rimproverarmi per l'ora tarda (mezzanotte e mezza). Ora è una settimana che non mi rivolge la parola o lo fa molto malvolentieri, ed io è quasi una settimana che mi sono chiusa in camera per non vederla. Una tortura! Ho rifiutato di uscire con chiunque per non avere ulteriori discussioni, esco solo per accompagnarla a fare la spesa e mi sento a pezzi. Non riesco a reagire, non provo neanche a farle capire che ho bisogno di svago, accetto solo passivamente il suo broncio e il suo piangere silenzioso, che mi ricorda tanto quello che vedevo da bambina. Ho provato a sfogarmi con i miei fratelli (entrambi sposati, quindi ritenuti "giusti e perbene"), mi dicono di ignorare, di stare tranquilla e di capire e, nel caso, di spegnere il telefono quando sono fuori. Non ci riesco. Non posso ignorare, sto morendo di sensi di colpa, perché faccio stare male mia madre, ma mi rendo conto che il mio comportamento è assolutamente normale, non mi sembra di esagerare, ho amicizie fidatissime, sono tutti colleghi e compagni di corso. Però, ora non riesco a godermi niente. Ogni movimento, ogni respiro, dipende dal suo stato d'animo e sto male, anche fisicamente, provo un profondo dolore... Caro dottore, non so se questo mio sfogo avrà, da parte sua, una risposta. Voglio comunque ringraziarla, anche per la sola attenzione nel leggere la mia mail. La saluto cordialmente.»

In questa ultima parte parla di una storia sentimentale durata 8 anni. Anche questo legame aveva i tratti di una dipendenza affettiva; uscita con fatica ha ritrovato nel contesto familiare

una situazione che le riproponeva dei vincoli, imposti dalla madre. Questi vincoli, sugli orari di uscita e lo stile di vita da condurre la fanno soffrire, eppure non riesce a ribellarsi perché appena cerca di opporsi, sua madre non le rivolge la parola e questo le genera sensi di colpa, perché sente di farla soffrire.

È evidente il ripetersi di una strategia che la mamma ha già utilizzato con lei in passato: il senso di colpa. La ragazza si interroga continuamente su come rendere felice la madre, dimenticando di dare la priorità alla propria felicità e rispondendo alle strategie tipiche di questo tipo di manipolazione.

COLLUSIONE SACRIFICALE

«Pure, ripensandoci, le sembrava che, a quei tempi, erano stati abbastanza felici; il padre non era ancora così cattivo, e poi la mamma era viva. Ma tutto ciò apparteneva a un tempo molto lontano; lei, i suoi fratelli e le sue sorelle erano cresciuti, e la mamma era morta. Tizzie Dunn era morto anche lui, e i Watter erano ritornati in Inghilterra. Tutto muta; e lei ora stava per andarsene come gli altri, stava per lasciare la casa. [...]»

Nella sua nuova casa, in un luogo lontano e sconosciuto, non sarebbe stato così. Allora sarebbe stata sposata, lei, Eveline, e la gente l'avrebbe trattata con rispetto. Non si sarebbe lasciata sopraffare come sua madre. Perfino ora, benché avesse diciannove anni compiuti, qualche volta si sentiva in balia della violenza di suo padre. Per questo le erano venute le palpitazioni, lo sapeva. Negli anni della loro infanzia suo padre non le aveva mai messo le mani addosso, come faceva con Harry ed Ernest, perché lei era una ragazza; ma più tardi aveva cominciato a minacciarla, dicendole che poteva ringraziare la memoria di sua madre, se lui si tratteneva. E ora non c'era più nessuno a proteggerla. Ernest era morto e Harry, che si occupava di decorazioni di chiese, era quasi sempre lontano da casa. Per di più la vivace discussione per i soldi, che si ripeteva invariabilmente ogni sabato sera, aveva incominciato a indebolirla oltre ogni dire. Lei dava sempre tutto il suo salario, sette scellini, e Harry contribuiva per quanto poteva, ma

il difficile consisteva nel cavar denaro al padre. Lui sosteneva che lei scialacquava il denaro, che non le avrebbe dato quello che guadagnava col sudore della fronte perché lo buttasse dalla finestra, le diceva anche di peggio perché il sabato sera in genere era particolarmente irritabile. Finiva però col darglielo e le chiedeva se aveva o no intenzione di comprare qualcosa per il pranzo della domenica. E lei doveva precipitarsi fuori in fretta e furia per la spesa, tenendo ben stretta in mano la borsa in cuoio nero, mentre si faceva strada a gomitate tra la folla e rincasava sul tardi carica di provviste. Era un duro lavoro per lei quello di badare alla casa e stare attenta che i due fratellini che erano stati affidati alle sue cure andassero a scuola regolarmente e avessero di che mangiare. Era un duro lavoro, una vita dura, ma ora che stava per lasciarla non le sembrava poi del tutto insopportabile. Era in procinto di sperimentare una nuova vita con Frank. Frank era molto gentile, risoluto, di animo aperto. Stava per scappare con lui col vapore della sera per diventare sua moglie e vivere con lui a Buenos Aires, dove una casa tutta per lei l'aspettava. [...] Era in piedi tra la folla ondeggiante alla stazione di North Wall. Lui le teneva la mano, e lei sapeva che le stava parlando, ripetendole di continuo qualcosa sulla prossima traversata. La stazione brulicava di soldati coi loro scuri bagagli. Improvvisamente, attraverso le porte aperte delle tettoie, le apparve a tratti la massa immobile e nera della nave accostata alla banchina, con gli oblò illuminati. Non rispose; si sentiva le guance pallide e fredde e, in un'angosciosa incertezza, pregava Dio che la indirizzasse, che le indicasse qual era il suo dovere. La nave lanciò un lungo, lugubre sibilo nella nebbia. Se se ne fosse andata, domani si sarebbe trovata in mare aperto con Frank, diretta a Buenos Aires. I loro posti erano già stati prenotati. Poteva ancora tirarsi indietro dopo tutto quello che lui aveva fatto per lei? L'angoscia le dava un senso di nausea, e le sue labbra si muovevano in una silenziosa fervida preghiera. Il suo cuore fu colpito dal suono di un campanello. Sentì che lui le afferrava la mano.

«Vieni!» Tutte le acque del mondo le precipitarono sul cuore. Lui la tirava verso quei marosi; l'avrebbe affogata. Si aggrappò con entrambe le mani al



parapetto di ferro.

«Vieni!» No! no! no! Era impossibile. Le sue mani stringevano spasmodicamente il parapetto. Tra le onde lanciò un grido di angoscia.

«Eveline! Evvy!» Lui fu sospinto al di là dei cancelli e le urlò di seguirlo. Gli gridarono di andare avanti, ma Frank continuava a chiamarla. Ella rivolse verso di lui il suo volto sbiancato, passivo, come di un animale smarrito. I suoi occhi non diedero un segno, né di amore né di addio; non sembrava neppure riconoscerlo.»

La storia di Eveline è un racconto tratto dal libro Gente di Dublino di James Joyce. Eveline è una ragazza di umili origini, irlandese, che dopo la morte della madre ha dovuto prendersi carico della famiglia e dei numerosi fratelli più piccoli. Il padre è molto burbero e severo con lei, ne è totalmente vittima a causa della pressione psicologica che le fa continuamente e si rende conto di vivere una quotidianità che le limita la libertà e ogni scelta che riguarda il suo futuro. Si innamora di un ragazzo, Frank, che le propone di andare con lui in Argentina. Inizialmente entusiasta, programma di nascosto dal padre la partenza, ma una volta arrivata sul molo, si paralizza, crolla nell'angoscia e lascia partire Frank da solo, rinunciando alla sua felicità. Questa storia ritrae una situazione che molte donne ancora oggi vivono. La donna per millenni si è sentita obbligata dal super-io sociale, a sacrificare la propria individualità, per fare spazio al legame affettivo familiare, diventandone succube e vittima. Questa dinamica storica e sociale che nasce da una malata relazione affettiva, Ghezzani (2006) la chiama collusione sacrificale; dove per collusione si intendono quella serie di ruoli, mediante i quali, simulando di soddisfare se stesso, si da invece soddisfazione alle esigenze dell'altro.

Questo succede perché il soggetto colluso ha una serie di sensi di colpa ingiustificati nei confronti dell'altro qualora faccia delle scelte puramente individuali, e teme di fargli del male deludendo le sue aspettative, con il rischio di distruggere, come nel caso di Eveline, se stesso.

QUANDO IL FIGLIO SOSTITUISCE IL PARTNER

«“Odio mio marito, mi trascura fisicamente ed affettivamente. Se non fosse per mio figlio, sarei una donna finita!” Il figlio sedicenne accompagna la madre al supermercato, al cinema, le fa compagnia la domenica quando il padre lavora. “Con mio figlio ho un rapporto bellissimo, più di amicizia che di madre e figlio. E io lo ricompenso riservandogli la parte migliore di me e a mio marito la peggiore!” Il marito è assistente di volo, cosicché qualche giorno alla settimana è via per lavoro. Il figlio in quelle notti dorme con la madre. “Sì, lo so che può essere dannoso psicologicamente per mio figlio, potrebbe rimanere infantile... Ma io dormire da sola... E poi mio figlio è un ragazzo maturo: non rischia di rimanere bambino!”»

La storia riportata denota le dinamiche di una situazione di coppia in cui entrambi i coniugi sono in crisi a tal punto da non cercare di recuperare l'armonia e risolvere le incomprensioni che li allontanano ormai da tempo. La moglie ha sostituito totalmente il proprio compagno con il figlio maschio che l'accompagna nelle attività quotidiane e con cui condivide anche situazioni più intime di coppia, quali il cinema e il dormire insieme nelle notti in cui il marito è assente. Si tratta di una relazione arrivata al capolinea, in cui il partner è totalmente assente e disinteressato a recuperare il rapporto.

Dinamiche familiari simili vengono a crearsi per il figlio quando uno dei due genitori viene a mancare, per morte o assenza volontaria. Il figlio, nel caso in cui la madre non supera e non si rifà una vita sentimentale, sostituisce il ruolo del padre e si sente in dovere di prendersi cura della famiglia e della madre a livello economico e in alcuni casi anche affettivo.

Dormire con la madre è un comportamento non trascurabile per un ragazzo di 16 anni in piena adolescenza, durante lo sviluppo dei caratteri sessuali. La madre ritiene di non avere alcuna influenza negativa sul figlio, probabilmente per giustificare sé stessa da un errore evidente. In questa dinamica familiare il figlio ha la funzione di colmare i bisogni coniugali che uno dei due

coniugi cerca di soddisfare impropriamente attraverso lui. Si crea una condizione di dipendenza reciproca tale da rendere il genitore totalmente dipendente dal figlio e il figlio totalmente dipendente dal genitore per non deludere le aspettative che ha riposto in lui.

GENITORI SEPARATI

In questa situazione conflittuale il figlio spesso viene conteso e strumentalizzato.

«Mio figlio si era sempre dimostrato positivo e affettuoso nei miei confronti», ha raccontato in aula il padre. «Il rapporto si è guastato dopo la separazione tra me e mia moglie avvenuta tra giugno e luglio del 2004. Un lungo contenzioso che si è trascinato fino all'anno scorso, quando il bimbo mi è stato affidato. Accuso la mia ex moglie di aver violato gli incontri con me». Il padre ha poi raccontato di quel giorno di Natale in cui è stato costretto a consegnare il regalo al figlio davanti al garage dell'abitazione dove la mamma e il piccolo vivevano, senza che gli fosse data la possibilità di salire in casa. Il pacco era stato scartato dal piccolo lì, davanti al box. «Nell'estate del 2008 erano in vacanza a Marina di Massa» racconta ancora il papà «mio figlio era spesso insofferente e a disagio. Quando gli ho regalato un secchiello l'ha preso a calci. Per raggiungere il loro ombrellone sono dovuto passare per la spiaggia libera a fianco dello stabilimento balneare. Nell'agosto del 2008 mio figlio, influenzato dalla mamma, mi ha preso a calci e pugni e poi al telefono mi ha detto "Papà, non capisci un picchio". Il genitore ha poi ricordato di quel gesto che gli ha spezzato il cuore: davanti alla stazione ferroviaria di Cittadella, dov'era in programma l'incontro con la mamma, suo figlio gli aveva sputato addosso.»

Questa intervista, presa dal giornale "Il Mattino" di Padova, riporta le parole di un padre che racconta la storia del figlio conteso. Si tratta di un caso che ha destato molto scalpore in seguito alla pubblicazione in rete di un video che ritrae il bambino mentre viene prelevato in modo molto brusco da scuola dalle assistenti sociali, reso

noto come "il bimbo conteso di Cittadella".

La conflittualità tra i genitori, più che la separazione in sé e per sé, produce effetti negativi sul benessere dei figli. Con la separazione il legame tra i coniugi non si interrompe; esiste una profonda differenza tra separazione coniugale e responsabilità genitoriale. Per il bambino è sempre difficile distinguere le relazioni che intercorrono tra lui e i genitori e quelle tra i genitori stessi; quando cambia il rapporto tra i genitori il bambino è indotto a pensare che si siano modificate anche le relazioni tra sé e il genitore. Il figlio spesso si attribuisce la colpa della rottura del legame matrimoniale, arrivando a credere di non meritarsi l'amore dei genitori.

Di seguito è riportata la storia vera di un figlio che ha vissuto con difficoltà e con poca chiarezza la separazione dei propri genitori, è una testimonianza presa dal sito "Il Fatto Quotidiano":

«La mia storia ormai è vecchia di quasi 14 anni io ne avevo 12 al tempo, un ragazzino insicuro molto emotivo e con un carattere ancora da formare. La notizia arriva nell'inverno del 2000 circa, quando da un giorno all'altro mio padre non tornò più a casa. Sparì per un mesetto almeno, non si voleva far vedere fino al giorno che lo rincontrai fuori scuola che mi aspettava per darmi una pseudo spiegazione del perché era sparito, non perché fosse colpevole ma semplicemente perché non riusciva a guardarsi in faccia e dirmi la verità. La verità era che mia madre aveva trovato un'altra persona ma a sua volta lei non aveva trovato il coraggio di dirlo e quindi si è portata avanti questa storia per 2 anni fino a che non si è trovata costretta ad uscire allo scoperto. Le reazioni sono state tante e veramente poco piacevoli, soprattutto per il fatto che non ho saputo subito la motivazione della separazione ma anni dopo e questo ha portato a tutta una serie di "modifiche" nella crescita mia e di mio fratello. Diciamo che questa storia è stato un po' uno sliding doors nel senso che se questa separazione non avesse avuto luogo io probabilmente sarei stato una persona diversa, più sicura, meno nervosa e tendente all'ansia e alle dipendenze. Dico questo perché vedere la figlia del



padre soffrire in quel modo, vedergli passare tutti gli stadi della sofferenza e esserne anche parte, mi ha cambiato.»

La lettera si apre con uno stile narrativo molto deciso, descrivendo in maniera diretta gli eventi che hanno stravolto l'infanzia e la vita di questo ragazzo. Lui stesso critica e riconosce il modo assolutamente sbagliato con il quale i genitori hanno affrontato con i figli la loro crisi coniugale e successivamente la loro separazione. I silenzi e l'omissione nel narrare come realmente fossero andati gli eventi hanno generato tantissima sofferenza nei figli e scandito le fragilità anche nella loro vita adulta. Il padre non è stato in grado di tenere fuori i propri figli dalla sofferenza e dalla crisi che stava affrontando, tacendo sulla verità, ma trasmettendo loro senza riserve tutto il proprio dolore.

*«...La mia mente era piena zeppa di domande come: sarà per colpa mia? Mamma si è stancata di questa famiglia e ne vuole un'altra? Perché non mi dicono i motivi? Tutte queste domande hanno cominciato a montare dentro di me una rabbia e sensazione di impotenza che potevo esternare solo con gesti "eclatanti", come fare il diavolo a quattro a scuola per attirare l'attenzione! Mi sentivo poco compreso e "sballottolato" da una parte all'altra e una sensazione di fragilità che mi si mangiava vivo, più era forte questa sensazione e più tiravo fuori le unghie con me stesso e con il mondo che mi era vicino. Le reazioni dei miei genitori sono state simili, cioè tutti e due tiravano l'acqua al proprio mulino incolpan-
dosi a vicenda e mettendoci contro l'uno o l'altro a seconda di chi sentiva parlare (quasi dovessimo de-
cidere per forza di dare ragione o dare contro all'u-
no o all'altra) incasinando ancora di più le nostre idee di figli. Mia madre attaccava per non essere attaccata e mio padre era diventato fobico delle bugie e quando capitava che magari ne dicevo una un po' per l'età un po' per proteggermi scappiava il putiferio, venivo messo allo stesso piano di mia madre che lo aveva tradito.»*

I silenzi dei genitori hanno generato una serie

di domande e sensi di colpa ingiustificati, tipico nelle separazioni mal gestite. Questo ha creato tanto dolore che si è tramutato in rabbia, manifestata poi nel contesto scolastico: unico luogo in cui era possibile ricevere delle attenzioni. I figli hanno assistito continuamente ai momenti di tensione dei genitori, dai quali, in maniera molto brusca hanno poi intuito il motivo della loro separazione. Il trauma del padre inoltre, ha generato in lui una serie di ansie e insicurezze che involontariamente ha fatto vivere anche ai figli.

*«...I mesi successivi fino a i miei 18 anni sono stati come quelli di chiunque abbia affrontato una se-
parazione, i week end con papà e la settimana con
mamma (precisazione: i miei non erano sposati). Ar-
rivarono poi anche le problematiche del contribuire
economicamente alle spese da parte di mio padre
che non voleva dare soldi, ma preferiva comprarci
quello chi ci serviva e consegnarlo direttamente nel-
le nostre mani, mia madre perciò minacciava ogni
due per tre di chiamare un avvocato o di denunciarlo
quindi anche la mia angoscia cresceva; poi le sedute
psichiatriche di mia madre che tante volte non con-
trollava le sue reazioni dovute a i farmaci e con re-
pentini cambi d'umore. Tutto ciò non è mai sfociato
in un confronto diretto con i miei genitori perché chi
per un motivo chi per l'altro attaccavano per non es-
sere attaccati, chissà forse sapevano che il loro com-
portamento era sbagliato ma non avevano coraggio
di affrontare la verità! Sentirsi cedere la terra sotto i
piedi e perdere quei punti di riferimento che nella vita
sono fondamentali per lo sviluppo caratteriale di un
figlio sono stati un danno per me, un danno che pos-
so vedere chiaramente, un danno di cui non ti puoi
liberare facilmente. Cresci prima del tempo perdendo
quel meraviglioso periodo di spensieratezza che con-
traddistingue la crescita di un essere umano, pensi
da adulto anche se non lo sei e questo ti preclude
tutta una serie di rapporti con ragazzi e ragazze della
tua età, ma non solo perché non essendo né adulto
né adolescente le reazioni emotive a problematiche
da "grandi" sono quelle di un ragazzino: esagerate, la
mancanza di fiducia nel mondo femminile e la paura
delle bugie...ti lasci andare con difficoltà (...)»*

Queste righe sintetizzano il dolore di un bambino che non è mai stato e di un adulto che ha ancora impressi sulla pelle i segni di un'infanzia poco serena. La coppia di coniugi non è stata in grado di gestire la separazione, coprendo di menzogne prima se stessi e poi i loro figli.

Le menzogne e il "non detto" hanno ferito a tal punto il protagonista di questa storia, da insorgere in seguito in un comportamento patologico, ansioso a tal punto da dover compensare il proprio malessere con delle dipendenze che non specifica. Per ciò che riguarda la sfera affettiva, il soggetto in questione dichiara un ripudio e una sfiducia nei confronti del mondo femminile, questo segnerà gravemente le sue relazioni sentimentali future.

LEGAMI DI TIPO SENTIMENTALE

La dinamica della scelta del partner è molto complessa ed articolata, fonda le proprie basi sulle relazioni parentali. Affinché una coppia si strutturi è necessaria una reciprocità, di conseguenza il soggetto coinvolto cerca un partner che presenti caratteristiche simmetriche o complementari. L'oggetto d'amore corrisponde sia a dinamiche inconsce del passato che del presente. La difficoltà nella scelta del partner è notevole, ed è importante comprenderne le motivazioni profonde, soprattutto quando la coppia entra in crisi. Il nostro inconscio spesso può portarci verso scelte sentimentali sbagliate e distruttive.

Guerreschi, nel libro *La dipendenza affettiva* (2011), riporta le tre fasi che generalmente ogni rapporto sentimentale vive:

- **Fusione:** momento in cui la coppia vive la fase più intensa della relazione, sperimentano l'emozione di sentirsi un tutt'uno. Questa fase è limitante dal punto di vista personale poiché non lascia spazio al proprio sviluppo, motivo per cui dopo un dato periodo di tempo si sente la necessità di abbandonare questo stato per cercare una relazione più cosciente e matura con l'altro. Le coppie inclini alla fusione tendo solitamente a rifiutare un rapporto più profondo per il timore di esserne schiave. Se la coppia non evolve in un rapporto più maturo non supererà mai il problema della simbiosi;

- **Proiezione:** in questo momento si verifica un allontanamento. Se la coppia non riesce a superare la prima fase in maniera ottimale il rapporto può naufragare per due motivi: per la mancata disponibilità a rinunciare totalmente alla propria individualità o per la resistenza posta al cambiamento introdotto dall'altro. L'unione ad un'altra persona porta inevitabilmente un cambiamento, ad un nuovo sé. La difficoltà sta nel percepire l'altro come qualcosa di estraneo ma al tempo stesso molto vicino;

- **Immagine-guida:** la persona amata diventa una guida, un riferimento importante che riflette possibilità di vita finora sconosciute, mettendo in discussione il proprio sé e sviluppando delle qualità che ha l'altro. Ogni amore profondo si basa sulla reciproca riflessione dell'immagine guida, ciascuno vede riflesso nell'altro qualcosa. Non tutte le coppie portano a termine tutte le fasi sopra elencate e può così verificarsi in alcuni casi una fissazione ad una determinata fase.

TIPOLOGIE DI RELAZIONI DISFUNZIONALI

I partner si scelgono in base alle conflittualità e alle carenze inconsce irrisolte, l'intensa inconscia che viene a ricrearsi in una coppia viene definita dalla psicodinamica "collusione". La parola collusione deriva dal latino "cum-ludere", composta da "cum", che significa insieme, e da "ludere", che significa giocare. Si tratta infatti di un gioco comune, nel quale l'attrazione e l'attaccamento di un partner nascono inconsciamente dal bisogno di svolgere un ruolo complementare rispetto all'altro, intesa a due che è soltanto ingannevole in quanto entrano in gioco conflitti di fondo non superati, ed ogni partner spera che l'altro lo liberi da questi conflitti.

Di seguito sono riportati quattro modelli di collusione (Willi, 1987), corrispondono alle fasi dello sviluppo della prima infanzia.

COLLUSIONE NARCISISTICA

In questo tipo di rapporto l'amore è inteso in funzione simbiotica, "amore come essere uno". L'unione simbiotica è un rapporto in cui il più forte assorbe totalmente il più debole e di conseguenza quest'ultimo



perde la propria identità e viene meno anche "l'essere noi" della coppia e ha le tipiche sfumature del rapporto sado-masochista. Freud, parlando di narcisismo, ha operato una distinzione di due tipi: narcisismo primario e narcisismo secondario.

Nel primo caso il bambino investe tutta la sua libido su sé stesso; stadio di onnipotenza, funzionale alla crescita perché favorisce l'autostima. Il narcisismo secondario invece è un processo regressivo dell'età adulta, un ripiegamento sull'Io, con le stesse dinamiche infantili in cui il bambino lega a sé gli altri allo scopo di strutturarsi e costruirsi un'identità. Il narcisista è colui che è concentrato totalmente su sé stesso, ricerca l'esperienza dell'onnipotenza vissuta nell'infanzia e nei casi più patologici è perdutoamente innamorato della propria immagine.

Nella scelta del partner cerca un soggetto che sia in grado di ammirarlo e idealizzarlo in modo tale che si possa identificare con questa immagine ideale che il compagno ha proiettato su di lui. Sceglie quindi una persona che inconsciamente vuole dedicare totalmente la propria vita al partner perché ha una scarsa concezione del proprio sé. Quest'ultimo, contrariamente al partner, non ha attraversato in modo costruttivo la fase narcisista primaria e vi è rimasto cristallizzato, ha quindi la necessità di prendere in prestito il sé, cercandolo nell'altro, attraverso la capacità che ha di far sentire il partner valido e sicuro di sé.

COLLUSIONE ORALE

In questa dinamica di coppia l'amore è concepito come "aver cura dell'altro", è quindi un amore di tipo materno che comporta un partner con una struttura depressiva. Secondo la teoria psicoanalitica, la fase orale rientra tra i primi bisogni del neonato, il quale dipende totalmente dalla cura e dalla presenza attenta e costante della madre o da qualsiasi altra figura primaria di riferimento. Il soggetto "orale" presenta richieste costanti del tipo: richiesta di soddisfazione dei propri bisogni o ricerca del piacere dal quale pretende un appagamento necessario e immediato ed è quindi intollerante alle frustrazioni. Il soggetto complementare

a questo tipo di personalità presenta una forte sollecitudine materna e sente di doversi dedicare totalmente all'assistenza del partner senza limitazioni, incondizionatamente. La dinamica di coppia presenta un partner meno evoluto emotivamente, con caratteristiche infantili e la continua necessità di essere aiutato, condizione che lo gratifica e soddisfa grazie all'accudimento costante ricevuto e da un partner che assume invece, simbolicamente, la funzione materna desiderata inconsciamente. Ciò che gratifica l'altro soggetto coinvolto nella relazione, nell'assumere il ruolo di madre, è l'essere in grado di accudire il proprio partner senza pretendere nulla in cambio.

COLLUSIONE SADICO-ANALE

Nella collusione sadico-anale l'amore è concepito come un possesso totale e l'oggetto d'amore è considerato di proprio dominio ed è tenuto continuamente sotto il proprio controllo. Questo tipo di relazione comporta un partner a struttura osessiva. L'intesa corrispondente a coloro che sono fermi a questa fase di crescita si basa sull'aggressività e sulla sottomissione, atteggiamenti che a seconda dell'intensità dei conflitti possono evolvere in una collusione sado-masochista. Uno dei soggetti coinvolti in questa dinamica affettiva ha avuto dei genitori eccessivamente rigidi e autoritari o persino violenti; il bambino quindi non ha avuto modo di sviluppare l'autonomia e il senso proprio del valore e questo lo ha portato o all'inibizione totale della possibilità dell'affermazione di sé o ad alimentare una rabbia esplosiva. Il soggetto ha tentato, nella propria infanzia, di superare la propria fragilità e la sensazione di impotenza, esercitando aggressività e violenza, questo lo ha portato successivamente a scegliere un partner sottomesso e dipendente dal quale ricavare valore e autonomia. Questo senso di potere acquisito sul partner lo porta inconsciamente ad illudersi di risolvere, grazie all'altro, il conflitto tra l'amore e la rabbia verso i genitori dominanti.

Il partner complementare invece è colui che, per timore di perdere l'amore dei genitori, ha passivamente subito il comportamento genitoriale. Da adulto sceglie ed accetta di assumere un

comportamento dipendente attraverso il quale tenta di placare le carenze e la sensazione di inadeguatezza e di svalorizzazione di sé.

COLLUSIONE FALICA-EDIPICA

In questo tipo di relazione disfunzionale, l'amore è vissuto come autoaffermazione antagonista, quindi il partner è vissuto come rivale e come il luogo della propria affermazione.

Lo stadio edipico-fallico è la fase più complessa della evoluzione affettiva del bambino, in questa fase infatti c'è la presa di coscienza della differenziazione dei sessi. Quando il bambino acquisisce coscienza del ruolo del padre, sviluppa un sentimento di gelosia e di rabbia, in quanto vorrebbe la madre esclusivamente per sé e teme che questo desiderio possa essere punito con la castrazione. L'unico modo che ha per salvarsi è rinunciare alla madre ed identificarsi con il padre.

L'identificazione non è altro che il riconoscimento dei diritti del padre e il desiderio di realizzare una personalità autonoma. Per la bambina il meccanismo è molto più complesso, quando prende coscienza della figura del padre vuole farsi amare da lui e stabilisce una relazione seduttiva. La madre diventa così sua nemica e allo stesso tempo il modello da seguire per farsi amare dal padre. Nella collusione edipica entrambi i partner hanno una relazione irrisolta con il genitore del sesso opposto e una mancata identificazione con il genitore dello stesso sesso.

In entrambi vi è il desiderio di predominio: l'uomo ricerca l'affermazione di potenza e la valorizzazione della propria virilità, la donna assume invece un atteggiamento di tipo maschile per affermare la propria potenza. L'uomo si sente potente perché la donna lo conferma e la donna ha la conferma della propria potenza perché per merito suo l'altro si sente potente e virile. Il tentativo di superare il conflitto edipico-fallico è destinato a fallire, potrebbe esserci la possibilità di una evoluzione positiva solo qualora si prendesse atto da parte di entrambi i coniugi della "verità" nascosta nella loro relazione di coppia. Questo vale ovviamente anche per gli altri modelli collusivi.

DIPENDENZE AFFETTIVE E STALKING

La dipendenza affettiva e lo stalking hanno parecchi punti in comune che li rendono quasi simili, si basano su una personalità fragile che cerca nell'altro il proprio sostegno. Lo stalking è la conseguenza di un rapporto dipendente. I profili psicologici dello stalker e del dipendente affettivo hanno molti punti in comune: una personalità debole, la paura dell'abbandono e un'educazione affettiva estremamente ossessiva. Per stalking si intende un insieme di comportamenti ripetuti ed intrusivi di sorveglianza, controllo, ricerca di contatto e comunicazione nei confronti di una vittima, irritata da tale atteggiamento (Cupach, 2011). Una delle cause più frequenti che porta un soggetto ad un comportamento stalkizzante è la fine di un rapporto d'amore. In numerosi casi si nota la presenza di comportamenti di dipendenza affettiva già durante la relazione: una gelosia eccessiva, comportamenti di controllo o reazioni spropositate durante piccole separazioni del partner.

La personalità dipendente ama partner problematici e nega i propri bisogni, concentrandosi solo su quelli del compagno. Secondo il dott. Roberto Solinas (2013), chi è dipendente affettivo non ha le risorse per uscire da una relazione di questo tipo, pur rendendosi conto di vere un legame patologico. L'adesione passiva e la fusione con la persona amata, condizione che si verifica normalmente nell'innamoramento, perdura sempre. Poco a poco, una dipendenza affettiva degenera così lentamente in un pericoloso stalking. Lo stalker sostituisce simbolicamente l'intimità perduta, attraverso una relazione fantasticata, che compensa l'assenza della relazione reale. Solinas definisce lo stalker un "corteggiatore incompetente", non in grado di relazionarsi, entrare in contatto con l'altro sesso e interpretare in modo corretto i segnali che riceve. Alcune caratteristiche comuni di soggetti che assumono questo comportamento morboso sono: la gelosia, il narcisismo, i fallimenti sentimentali, la necessità di controllo sugli altri e la socialità inadeguata.

Dalle indagini e dagli studi sugli stalker emerge un disturbo relazionale e della comunicazione, che



sfocia nel patologico. Gran parte di questi soggetti soffre di disturbi depressivi o di dipendenza da sostanze, oppure di qualche forma di disturbo della personalità, quali comportamenti antisociali, narcisistici o borderline. Solo in casi gravi si può parlare di psicosi o schizofrenia.

Lo stalking trova la sua origine nella disparità di percezioni tra attore e vittima (Cupach, 2011), riguardo il significato è l'intensità attribuiti alla relazione in corso. Proprio questa disparità determina la difficoltà del molestatore di riconoscere come inadeguati ed eccessivi i propri comportamenti.

La messa in atto di tale comportamento ha come

sé stesso. Non è in grado di prendersi cura di sé e di creare spazi per la propria crescita personale perché continuamente preso da qualche problema del partner. Un'altra caratteristica importante è l'atteggiamento, costantemente negativo, che questi soggetti rivolgono verso il Sé. Essi soffrono di un profondo senso di inadeguatezza e sono convinte che per essere amate devono essere sempre amabili e diligenti, sacrificandosi per l'altro per meritare il suo amore. Pensano che occupandosi sempre del proprio partner la loro relazione diventi stabile e duratura. Altra caratteristica importante è la paura di cambiare ed il continuo timore per il cambiamento.

Sono ossessionati da bisogni irrealizzabili e da aspettative non realistiche. Nel momento in cui si presentano situazioni di crisi e delusione il soggetto precipita nella paura che il rapporto non possa essere stabile e duraturo, così il circolo vizioso riparte, anche in modo amplificato. Nella maggior parte dei casi la persona amata è irraggiungibile, la dipendenza affettiva si fonda infatti sul rifiuto, e se non ci fosse,

fine ultimo quello di avere il controllo sulla relazione per non essere lasciato o per recuperare una relazione interrotta e raramente per vendetta.

I soggetti con una dipendenza affettiva hanno una serie di caratteristiche comuni che delineano un profilo specifico (Guerreschi, 2011). Una prima caratteristica consisterebbe nella difficoltà a riconoscere i propri bisogni, subordinandoli ai bisogni dell'altro. Amare diventa quindi una forma di sofferenza, al punto tale che il proprio benessere emotivo e fisico vengono messi da parte per far spazio al benessere dell'altro. Le energie vitali sono totalmente impiegate nell'amare o nel ricevere amore e approvazione, quindi al soggetto ne restano poche da investire per

paradossalmente, l'amore non durerebbe. Questo tipo di relazione, si regge sulla presunzione di riuscire prima o poi a farsi amare da chi ha posto resistenza per lungo tempo o di farsi amare nel modo richiesto.

CONCLUSIONI

L'essere umano è per definizione un animale sociale, ha la necessità vitale di creare legami, e nel farlo ripropone il modello che ha vissuto nell'ambiente familiare, nella maggior parte dei casi fatto di mancanze o eccedenze. Il bambino, divenuto adulto, cerca di ricreare lo stesso ambiente, passando inconsciamente da vittima a carnefice: nei confronti del partner e anche di sé stesso.

Tutto questo accade perché la normalità non ha una definizione precisa, per ognuno di noi la normalità non è altro che ciò che si è soliti vivere con frequenza ogni giorno, senza renderci conto di avere, ognuno, una propria concezione di normalità.

Creare un sano equilibrio in un ambiente familiare è davvero difficile, il problema è alla base, perché la coppia è formata da due individui che provengono da due contesti totalmente diversi, fatto quindi di mancanze diverse. Siamo, in sintesi, tutti soggetti incompleti, che cercano nella relazione qualcosa che ci faccia sentire completi, integri.

A questo punto la domanda sorge spontanea: perché una tematica così importante è stata trascurata? Perché tutto ciò che è racchiuso nella parola amore è sinonimo di bene, perché non si è soliti pensare che un eccesso di amore possa essere nocivo. Sarrebbe un paradosso.

Sicuramente, ciò che porta alla crescita di questa dipendenza oggi è la possibilità, attraverso i cellulari, di entrare in contatto con estrema facilità, in maniera continua e assidua.

Tra le varie cause, non va trascurato assolutamente anche la facilità con cui, in questa società, i legami si sciolgono. Questo genera ansia: paura di essere abbandonato, mancanza di certezze e senso di precarietà continuo.

Questa società necessita, a nostro avviso, di una educazione affettiva rivolta a tutte le età così da poter maturare una consapevolezza affettiva di sé stessi e di sé in relazione con gli altri.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina, Milano, 1999
- Bonatti Kathya, S. M. (2012). *Madri e padri manipolatori. Come riconoscere e salvarsi da genitori manipolatori, curare le ferite, affermare se stessi ed essere vincenti in armonia con il sentire*. Milano: Olosecos Edizioni.
- Cupach William R, S. B. (2011). *Attrazione, ossessione e stalking*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico- relazionale*. Milano:

FrancoAngeli.

- Ghezzani, N. (2006). *Quando l'amore è una schiavitù. Come uscire dalla dipendenza affettiva e raggiungere la maturità psicologica*. Milano: Le Comete FrancoAngeli.
- Ghezzani, N. (2012). *La paura di amare. Capire l'anoressia sentimentale per riaprirsi alla vita*. Milano: Le Comete FrancoAngeli.
- Ghezzani, N. (2015). *L'amore impossibile. Affrontare la dipendenza affettiva maschile e femminile*. Milano: Le Comete FrancoAngeli.
- Guerreschi, C. (2011). *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* Milano: FrancoAngeli.
- Joyce, J. (2012). *Gente di Dublino*. Milano: RCS Rizzoli Libri S.p.a.
- Nicoli, L. (2009). *Amare senza perdersi. Psicoanalisi e dipendenze affettive*. Forlì: Foschi Editore.
- Norwood, R. (1989). *Donne che amano troppo*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Solinas, R. (2013). *Irresistibilmente. Le vie della persuasione e della manipolazione*. lulu.com.
- Terzani, T. (2006). *La fine è il mio inizio. Un padre racconta al figlio il grande viaggio della vita*. Milano: Longanesi.
- Willi, J. (1987). *La collusione di coppia*. Milano: Franco Angeli Libri.

SITOGRAFIA

- Berlotto C. (2015). *Bimbo conteso di Cittadella, chiesti 2 anni per la mamma*. Estrapolato da: <http://mattinopadova.gelocal.it/padova/cronaca/2014/07/05/news/papamaltrattato-chieste-condanne-per-mamma-e-nonni-1.9543108> (il 03/03/2020 alle ore 19:12)
- Cavaliere R. *Dipendenza affettiva verso mia madre*. Estrapolato da: http://www.maldamore.it/dipendenza_affettiva_verso_mia_madre.htm (il 03/03/2020 alle ore 19:12)
- F.Q. (2014). *Divorzio, figli di genitori separati: ecco le storie dei lettori del Fatto*. Estrapolato da: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2014/12/01/divorzio-figli-genitoriseparati-storie-dei-lettori-fatto/1241418/> (il 03/03/2020 alle ore 20:00)



ANATOMIA DEL TRAUMA

CENNI TEORICO-APPLICATIVI INTEGRATI

Maurilio Verdesca
Psicologo

"Heart is a drum.¹"

RIASSUNTO

Per trauma in psicopatologia si intende un'esperienza minacciosa, estrema e insostenibile, a seguito della quale l'individuo percepirà sé come impotente e il proprio ambiente come inevitabilmente pericoloso (Van Der Kolk 1994; Farina & Liotti, 2018). L'evento percepito come traumatico può lasciare tracce psichiche e somatiche più o meno profonde nel soggetto, anche a lungo termine (PTSD). Obiettivo del presente lavoro è quello di delinearne una teoria psicologica integrata ed eclettica, utile per attenzionare alcune indicazioni cliniche in linea con l'approccio proposto (Norcross & Newman, 1992).

PAROLE CHIAVE

Trauma, PTSD, integrazione, trattamento, teoria, pratica.



INTRODUZIONE

Non tutte le ferite sanguinano a vista, alcune di queste lacerano la continuità biografica dell'io, scissa allora in un prima e in un dopo. Vengono meno certezze, difese e senso del

tempo, così che un radicato vissuto di sofferenza può farsi silenziosamente strada tra gli anfratti più intimi del soggetto. È qualcosa di grezzo, che necessita d'un senso per reintegrarsi nel normale flusso quotidiano, così da divenire parte d'una storia: per tornare a inscriversi in quella sana quotidianità pensabile, nella propria narrazione viscerale. Il dolore porta gli uomini a tormentare la propria ragione, talvolta a smuovere le fondamenta della propria identità, che - in questi momenti - pare essere una grande stanza vuota, in cui a un eco si susseguo un dubbio: al dubbio la domanda. Si tratta di un vero e proprio silenzio del corpo: è quella la voce dell'inespresso e del non-detto (Verdesca, 2014). Non sempre le parole possono rappresentare fedelmente i moti dell'anima, i suoi timori e le sue paure. È questo che, a parer di chi scrive, vuol dire *trauma*, il cui significato letterale vuol dire *lesione*. Non a caso, recenti ricerche scientifiche (Van Der Kolk, 1994), hanno evidenziato che l'orrore esperito nel trauma, come di seguito si chiarirà, sia prevalentemente di tipo preverbale ed analogico. Nel periodo post-traumatico, infatti, scansioni cerebrali rivelano come le aree connesse al linguaggio (in particolare l'area di Broca) siano *funzionalmente* simil-disattivate, disconnesse: alla stregua di una *lesione* organica (ad es. ictus).

ASPETTATIVE E REALTÀ: COME LA MENTE RI-COSTRUISCE IL FUTURO

“La mappa non è il territorio”²

Secondo la teoria dei sistemi complessi - condivisa da chi scrive quale metateoria del funzionamento mentale (Verdesca, 2018b; Gelo & Salvatore, 2016) - il compito cui qualsivoglia sistema vivente incessantemente è chiamato a compiere consiste nell'organizzare il caos ambientale

in strutture e sequenze, via via più ordinate al passare del tempo (Sander, 2007; Siegel, 2015). L'apparato mentale compie tale processo circolare anticipando e ri-costruendo preventivamente l'input in arrivo (ossia il futuro) a partire dalle informazioni mnemoniche in proprio possesso (cioè il passato); in tal senso le nostre credenze embodied sarebbero assimilabili a una *profezia che si autodetermina* (Squire & Kandel, 2010; Siegel, 2015; Watzlawick et al, 2011; Weiss, 1993). La nostra biografia anamnestica, in tal senso contribuirebbe, in maniera significativa, all'immagine del mondo che taluno finisce per definire *realità*, costruendola e reificandola in modo tale da essere quanto più possibile comprensibile, coerente e assimilabile, alle proprie categorie (percettive-reattive e relazionali) passate³.

Tale loop ri-costruttivo viene così sintetizzato da Varela (1975):

«Nel percepire il mondo così come lo percepiamo, dimentichiamo ciò che abbiamo fatto per percepirlo come tale; e quando questo ci viene ricordato e percorriamo a ritroso il nostro cammino, quel che alla fine incontriamo è poco più di un'immagine specchiante di noi stessi e del mondo». Viene, dunque, a definirsi come *inconscio* - in accordo con Nardone e Watzlawick (2005), Salvatore (2015) e nell'accezione di chi scrive - ciò che organizza quali dati selezionare e rendere pertinenti e, in modo complementare, quali escludere. Pertanto, tramite il processo di costruzione percettiva che guida l'individuo nel mondo, alcuni dati risulteranno integrati o dis-integrati nella Gestalt personale che complessivamente ne emergerebbe. In tal senso, ogni individuo - più o meno ingenuamente - sarebbe *theory-driven*⁴ (Von Glaserfeld, 1974; Kelly, 2004; Eagle, 2011). È la teoria, in altre parole la propria mappa del

¹ Titolo del brano di Beck tratto dal suo album Morning Phase (2014), Capitol Records.

² Korzybski, 1958.

³ Ci si riferisce anche alla legge dell'esperienza passata della Gestalt ad es. nel volume di Mecacci, (2000); si vedano inoltre Berne (1967) e Gabbard (2010).



mondo - che guiderebbe in tal senso *cosa e come* vedere (Heisenberg⁵, 1984). Anche Beebe e La-chmann (2013) riportano come le *aspettative attese*, già nell'infante, vengano a consolidarsi a partire dalla media delle esperienze che egli vivrebbe nel proprio ambiente. Una volta venutesi a creare, tali aspettative, pre-disporrebbero il soggetto a leggere in alcuni modi- e non altri - gli accadimenti; alla base della suddetta dinamica vi sarebbero meccanismi cognitivi di attesa e anticipazione⁶. Talvolta le previsioni dell'infante sul mondo, essendo per definizione approssimative, devierebbero dal loro effettivo verificarsi. L'eventuale superamento di queste *avversità inattese o rotture* permetterà al bambino, con l'ausilio delle figure di attaccamento, di acquisire capacità di efficacia (Bowlby, 1989; Carli & Rodini, 2008). Anzi, tale eventualità promuovebbe resilienza e capacità di problem-solving,

ponendosi come possibilità di apprendimento e di crescita per mezzo delle difficoltà⁷. In maniera del tutto simile, secondo Piaget (2017), l'infante inizierebbe a *punteggiare* dei modelli di causa-effetto sugli avvenimenti della vita (Watzlawick et al, 2011). Pare lecito, a questo punto, iniziare a concepire il trauma come ciò che viola i *canoni abituali* e il range delle possibilità contestuali che taluno mette implicitamente in conto e a cui, potenzialmente, sarebbe pre-disposto a gestire⁸. Quando le informazioni cognitivo-emotive saranno tollerabili per un sistema allora esso si mostrerà certamente perturbato, tuttavia, in maniera minima. Si dirà ad es. che un individuo alle prese con un problema alla propria portata o una coppia ingaggiata in un conflitto quotidiano saranno *abituati*. Essendo stati in grado di oscillare nel loro range abituale si assesteranno, pertanto, attorno alla propria organizzazione di default - anche

4 Bateson (1993) asseriva, per l'appunto, come tutti abbiano una epistemologia, nella misura in cui tutti - implicitamente o meno - abbiano strutturato una teoria su di sé e sul mondo;

5 Nelle parole di Heisenberg (1984, p.83): "È la teoria che decide che cosa dobbiamo osservare."

6 Ad es. se la maggior delle volte che un bambino esprime i suoi bisogni la mamma si mostrerà disinteressata, allora quel bambino inizierà a pre-disporsi un mondo di persone che lo troveranno noioso e poco interessante. Tali episodi si pongono, inoltre, alla base di quelle che la psicoanalisi definisce fantasie inconsce, desideri e rêverie. Si invita anche il lettore interessato ad approfondire rispettivamente il concetto di RIG elaborato da Stern (1985) e di identificazione proiettiva, in particolare nell'accezione di Ogden (1994).

7 Si veda il concetto di sviluppo prossimale secondo Vigotskij (Mecacci, 2000)

8 Lì dove non immediatamente possibile si ricorre a tutta una serie di approssimazioni per eccesso o per difetto utilizzando bias, distorsioni e difese psicodinamiche che le riconducano a forme già familiari. Si rimanda ad es. agli studi di Bartlett (1990) sulla memoria.

9 Ci si riferisce anche all'esperimento di Martin Seligman (2012) sull'impotenza appresa.

10 Ad es. evitare di pensare; il soggetto è dunque impegnato in una sorta di rompicapo ossessivo- se inteso in una ottica intra-individuale; In effetti, nel periodo post-traumatico si può notare come il soggetto sia massicciamente impegnato nell'elaborazione mancata di tale evento, indirizzando - soprattutto in fase acuta - la maggior parte delle proprie risorse su tale obiettivo. Per un funzionamento neurobiologico esplicativo in merito si rimanda ancora a Van Der Kolk (2008).

11 Introduzione di Glasersfeld, E. Von (1988), Introduzione al costruttivismo radicale in La realtà inventata in P. Watzlawick (2018), Il codino del Barone Münchhausen, Feltrinelli, Milano, p.270.

12 Tale fenomeno a livello percettivo è visibile ad es. nel triangolo di Kanizska, (Mecacci, 2000); a un livello più generale si veda ad es. l'inconscio in Blanco (2000) o il primo assioma della comunicazione del "la pragmatica della comunicazione umana" (Watzlawick et al, 2011) che potrebbe qui declinarsi come "non si può non percepire".

detta *attrattore* preferenziale (Verdesca, 2018b). Il trauma, di contro, sarebbe percepito come un *accomodamento* ignoto dal carattere spietato, violento, dirompente. Il trauma che non chiede il permesso, che non bussa, che non ha volto, voce e nome: quell'esperienza intollerabile e disorganizzante che, comprensibilmente, non si assimila, non si elabora, non si digerisce: è in tale esperienza che le difese, soverchiate, collassano. Il self-agency e le capacità di coping vengono meno, sopraffatte da tanta impotenza⁹. Le aspettative che sino a un secondo prima guidavano l'agire personale evaporno, mentre, sia l'apparente certezza connessa alla confortevole costruzione del reale, sia l'esperienza del vuoto in entrata, si manifestano esplicite. Senza attenuanti. La mente risulta sospesa, invischiata a risolvere ossessivamente un problema per definizione non-ordinario, ricorrendo a tutta una serie di *tentate soluzioni* ordinarie¹⁰ (Nardone & Balbi, 2016). "Il sapere viene costruito dall'organismo vivente per ordinare nella misura del possibile il flusso dell'esperienza di per sé informe in esperienze ripetibili e in rapporti relativamente attendibili tra di esse. Le possibilità di costruire un tale ordine vengono sempre determinate dai passi precedenti nella costruzione. Ciò significa che il mondo *reale* si manifesta esclusivamente laddove le nostre costruzioni falliscono¹¹." Per così dire, la mente solimatamente terrebbe a debita distanza la dimensione del vuoto, colmandolo tramite una costante attività di *sense-making* integrativo-neocorticale¹². Nel caso del trauma, far ciò, sarebbe evidentemente impedito, in quanto ad essere lesa sarebbe proprio la *metaregola interpretativa*, cioè il nucleo a partire dal quale l'individuo conferisce significato ed ordine a sé e al mondo. Il cuore palpitante della sua realtà *con-divisa*.

IL SIGNIFICATO POST-TRAUMATICO TRAUMA: RESISTERE O RI-ESISTERE?

Quanto detto dovrebbe porsi quale accesso alla comprensione del trauma, più in particolare al

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) che nel DSM-5 viene descritto come un disturbo caratterizzato da una tipica triade sintomatologica che perdura nel tempo: intrusioni (tramite flashback, immagini e pensieri ossessivi, ecc.), evitamento di stimoli connessi all'evento (catene mnestiche di trigger associativi), sintomi di attivazione somatico-emotiva (iparousal: irritabilità, mancanza di concentrazione, rabbia, ecc.). Stando a quanto scritto nella revisione sistematica di Josepeh e Linley (2005) esiterebbero, in letteratura, cinque modelli prevalenti circa il funzionamento del PTSD: (a) il modello di elaborazione emotiva proposto da Rachman; (b) il modello di elaborazione delle informazioni formato psicodinamicamente di Horowitz; (c) il modello socio-cognitivo di Janoff-Bulman; (d) il modello cognitivo proposto da Creamer, Burgess e Pattison; (e) il modello psicosociale di Joseph, Williams e Yule. Essi, in tale ordine, verranno brevemente sintetizzati e discussi di seguito. (a) Rachman propone che i sintomi del PTSD sarebbero conseguenza di una incompleta elaborazione psicologica dell'evento. A tal proposito Van Der Kolk (2008) riporta come tanto una grave ferita da guerra, quanto un grave trauma emotivo, comportino entrambi un massiccio rilascio di neuro-ormoni atti ad anestetizzare e bloccare, in maniera pressoché istantanea, il dolore fisico ed emotivo che ne conseguirebbe – forse perché, nelle parole di Bromberg (2012), percepito dalla totalità mente-corpo come *non-me*. La teoria di Rachman, a parer di chi scrive, sembra abbastanza generale per porsi come base alla comprensione delle successive. (b) Nell'ottica di Horowitz ogni individuo possiede dei modelli mentali, utilizzati per interpretare le situazioni quotidiane. Tali modelli, inoltre, tenderebbero ad essere resi quanto più coerenti con le informazioni in entrata. Posto che l'evento traumatico, per definizione, presenta informazioni incompatibili, sarebbe proprio tale discrepanza a richiedere una revisione radicale degli schemi preesistenti, comportando così uno stress così inondante. In tal senso, la memoria attiva tenderebbe a



riproporre le rappresentazioni dell'evento (nel sonno e nella veglia) nel duplice tentativo di far fronte a tali affetti e di integrarli ai precedenti modelli in possesso – processo, questo, definito come *tendenza al completamento*. Le difese psichiche del soggetto sarebbero iperattivate, rendendo il sistema altamente instabile e caotico.

(c) Analogo discorso, seppur in termini socio-cognitivi, quello di Janoff-Bullman: i sintomi di ruminazione ed elaborazione cognitivo-emozionale sarebbero atti a ristabilire il senso di sicurezza connesso allo stato pretraumatico.

(d) In ambito cognitivista, Creamer, concretualizza un network cerebrale focalizzato incessantemente al superamento del trauma (all'unisono con le teorie sovraesposte). Inoltre, introduce un concetto interessante e controintuitivo: alti livelli di intrusività iniziale sarebbero predittori di una remissione sintomatica più rapida e più facile, di contro, bassi livelli sarebbero correlati a un andamento cronico dei sintomi.

(e) L'approccio psicosociale, infine, riconosce dei fattori centrali nella severità del disturbo, ossia, eventuali tratti nevrotici esistenti, la rigidità degli schemi mentali soggettivi e il sostegno sociale pre e post-traumatico. Assorbire il trauma è chiaro che significherebbe in tal senso integrare le esperienze in entrata con i contenuti pre-esistenti oppure svilupparne dei nuovi; nell'approdo di Piaget: *assimilare o accomodare*. In merito a tal concetto sembra utile evidenziare, tuttavia, come vi sia una concezione comune a molte filosofie di pensiero, comprese quelle religiose, secondo cui la crescita e la maturazione personale siano forgiate dalla sofferenza; in

merito, si veda la visione di psicoterapia quale *ordalia pianificata* posposta da Haley (ad es. 1969). In particolare, le persone che andrebbero incontro a quella che Seligman (2012) definisce *Crescita Post Traumatica* (Post Traumatic Growth, PTG) a seguito di un avvenimento avverso-traumatico percepirebbero, via via, un maggior senso di resilienza, una maggiore saggezza e consapevolezza dei propri limiti; darebbero più valore alle relazioni familiari, alle amicizie, apprendendosi ai valori dell'altruismo e della compassione. Per avvenimento avverso-traumatico si intende ad es. un grave incidente stradale, malattie oncologiche, abusi, infezioni quali HIV, guerre, ecc. In particolare secondo Lindley e Jhoseph (2004) sarebbero proprio le esperienze traumatiche recanti una minaccia di morte a tradursi poi in crescita positiva post-traumatica tramite meccanismi di reframing, reinterpretazioni ed *esperienze emozionali correttive*. Quanto fino a qui scrit-

to potrebbe spiegarsi come ancor più determinante del trauma sembri essere la sua elaborazione intra e intersoggettiva – o parafrasando le parole di Korzybski, parrebbe essere più determinante la mappa rispetto al territorio.

VERSO UN TRATTAMENTO INTEGRATO DEL TRAUMA: ALCUNI CENNI, ALCUNE IPOTESI

Lungi dall'essere esaustivi, l'obiettivo di tale paragrafo consiste nel fornire al lettore una breve digressione, utile per eventuali spunti teorico-applicativi nel lavoro clinico (Bisson et al, 2007). Il trauma, alla luce delle premesse esposte, si pone dunque come *dissociazione* ritmica, profonda rottura sincronica col mondo attorno che *sistematicamente* ne ostacola l'integrazione;



quest'ultima, più ricerche convergenti, la identificano come uno degli ingredienti di base del benessere corpo-mente intra e interindividuale (Porges, 2011; Siegel 2015; Beebe & Lachmann, 2013; Van Der, 2008; Porcelli, 2009). L'individuo che esperisce il trauma, pertanto, viene tagliato fuori dalla condivisione sociale, privato di un empatico rispecchiamento, incastrato a risolvere un enigma paradossale, nel quale un passato - percepito come indomabile - è (letteralmente il) presente. In tal senso un setting di stampo archeologico-psicoanalitico, stando alle evidenze, almeno in un primo momento parrebbe poco efficace - se non applicato nelle sue declinazioni brevi e di pari passo ad es. all'EMDR (Foa, Keane et al, 2008) la qual si è dimostrata, di contro, essere incisiva soprattutto in una primissima fase. Il soggetto sotto trauma, per definizione, richiederebbe interventi a rapida efficacia ed efficienza. Difatti, nel PTSD la terapia psicofarmacologica di solito viene consigliata in abbinamento a una psicoterapia (Cagnoni & Milanese, 2009). Si evidenzia il fatto che l'evento traumatico spesso abbia un esordio databile, pertanto l'impiego tempestivo di molecole adeguate sembrerebbe dare risultati promettenti, ai fine di controllare e contrastare la cronicizzazione dei sintomi (Foa, Keane et al, 2008). Interessanti gli studi di Pennebaker (1988) sulla scrittura, grazie ai quali se ne dimostra il forte impatto terapeutico – anche a favore del sistema immunitario. Se scrivere a prima vista potrebbe apparire una attività fortemente destabilizzante per il soggetto, in realtà, sarebbe ad es. in linea con la teoria di Creamer già riportata in questa sede.

Tali interventi narrativi, da un lato, promuoverebbero l'esternalizzazione, la contestualizzazione e la desensibilizzazione verso stimoli trigger e, dall'altro, sostituirebbero la modalità disfunzionale per antonomasia utilizzata nel PTSD: l'evitamento (Cagnoni & Milanese, 2009). A tal proposito la ricerca (ibidem) ha mostrato come il trauma, in fase cronica, paia talvolta essere mascherato ad es. da un disturbo ossessivo o fobico; ciò sembrerebbe uno dei classici casi della psicoanalisi, nei quali il trauma si dovrebbe portare alla luce. In realtà, questo potrebbe anche spiegarsi facendo riferimento a quelle tentate soluzioni¹³ disfunzionali basate su evitamenti e/o rituali compulsivi che, nel tempo, il soggetto ha messo in atto, strutturandole. Ancora efficaci si sono dimostrate le tecniche di rilassamento, quelle immaginative, l'EMDR, l'ipnosi, l'esposizione in vivo (coadiuvata in tempi recenti dalla Realtà Virtuale), il neurofeedback, la teatroterapia, lo yoga e la mindfulness, l'arteterapia, la musicoterapia, i laboratori esperienziali e la terapia sensorimotoria (si veda per un approfondimento Van Der Kolk, 2008; Stern, 2011; Verdesca, 2018c). Per favorire il senso di condivisione, il *ricalco* (Bandler & Grinder, 1984) e l'*empatia* sono risultati essere particolarmente utili i setting di tipo gruppale (Brooks et al, 2020)¹⁴. Secondo Weiss, inoltre, frequentare persone che abbiano già esperito una crescita post-traumatica (PTG) aumenterebbe la probabilità di sperimentarla. Essa dipenderebbe dal repertorio di emozioni positive condivise ed esperite con l'altro e dalla capacità di proporsi come un modello identificativo-imitativo¹⁵ (Prati & Pietrantoni, 2006;).

¹³ Potrebbe essere utile sostituirle – nella logica delle terapie brevi – focalizzandosi sulle così dette eccezioni (De Shazer, 2012).

¹⁴ Eventi pandemici come ad es. lo stato d'emergenza attivato in risposta al COVID-19 richiedono ai clinici una grande sfida: veicolare i processi di fondo ai trattamenti ivi riportati in un contesto sempre più liquido, basato su mezzi online.

¹⁵ Ci si riferisce anche agli studi sui neuroni specchio (Gallese, Migone & Eagle, 2006)



All'interno dei gruppi, semplici attività quotidiane, basate sul contatto, su giochi e attività interattive – apparentemente scontate – andrebbero a rinforzare quella condivisione assente, *scolcando il mare all'insaputa del cielo* (Gallese, Migone & Eagle, 2006; Nardone & Balbi, 2016). In termini psicoanalitici, si potrebbe ben asserire come tutti questi interventi sfavoriscano l'utilizzo di difese meno mature (proiezione, scissione, ecc) agevolando l'utilizzo di difese via via più mature (sublimazione, altruismo, ecc.).

CONCLUSIONI: PERCHÉ INTEGRARE?

A un livello più generale, l'obiettivo sarebbe quello di integrare e modulare l'attività sinergica interemisferica orizzontale e verticale, in modo da **(a)** ostacolare l'impostazione di attacco-fuga esperita in maniera embodied e **(b)** favorendo, al contempo, il funzionamento - evidentemente compromesso - dei restanti *sistemi motivazionali interpersonali* (SMI) quali ad es. attaccamento, affiliazione, ecc (si rimanda rispettivamente ai lavori di Schore, 2012; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017). In ultimo, non per importanza, si assisterebbe a nuovi apprendimenti circa la regolazione emotiva intersoggettiva (si rimanda a Verdesca, 2018a). In tal modo sarà possibile tollerare l'incertezza, aprirsi al *momento presente* (Stern, 2005), coltivare la *gratuità e la gratitudine del qui ed ora* (Armiento, 2014; Seligman, 2012) ricollocando il *passato nel passato* (Barcaccia, 2017). In caso contrario, il rilascio continuo di ormoni dello stress, in risposta all'onnipresente *ombra dello tsunami* (Bromberg, 2012), potrebbe, nel corso del tempo, favorire l'esordio di malattie organiche. Il corpo, in tale accezione, conserverà le tracce vive del trauma, accusandone *letteralmente* il colpo (Van Der Kolk, 2008). *"Lo stato dissociativo scomponete la memoria degli eventi traumatici nelle sue diverse componenti (somatica, sensoriale, cognitiva, emotiva) impedendone una registrazione unitaria"* (Farina & Liotti, 2018, p.8). Da quanto detto precedentemente, emerge

come il trauma si possa concepire come una mancata elaborazione: mutilata sul nascere, in cerca di continua integrazione biografica. Una rappresentazione mnestica così ibrida, disintegrale e *splittata* su più livelli, richiederebbe, secondo il parere di chi scrive, interventi integrati su altrettanti livelli (Norcross & Newman, 1992). Alla luce di ciò si è reputato utile esporre un punto di vista teorico-pratico integrato (microscopico e macroscopico), a partire dal quale, il lettore interessato, potrà approfondirne ulteriormente i limiti, le probabili implicazioni e le possibili applicazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1989). Una base sicura. Cortina, Milano.
- Bromberg, P. M. (2012). The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind. Routledge.
- Armiento, M. (2014). Si può ancora dire dio?" fuori dal quadrato": auto-sabotaggi, etica e psicoterapia. Mimmo Armiento.
- Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatr Serv 2004; 55: 1055-57.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1984). I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson. Astrolabio.
- Barcacciaa, B. (2017). Interpersonal forgiveness: a concept analysis. Effectiveness, risks and benefits for psychological wellbeing of forgiveness therapy Il perdono interpersonale: analisi del costrutto. Efficacia, rischi e benefici per il benessere psicologico della terapia del perdono. Rassegna di Psicologia, 34(3), 55-66.
- Bartlett, F. C., & Dentici, O. A. (1990). La memoria: studio di psicologia sperimentale e sociale. F. Angelì.
- Bateson, G., & Longo, G. (1993). Mente e natura: un'unità necessaria. Adelphi.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2013). Infant

- research and adult treatment: Co-constructing interactions. Routledge.
- Berne, E., Colombo, F., & Di Giuro, V. (1967). *A che gioco giochiamo*. Bompiani.
 - Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.
 - Blanco M., I. (2000). *L'inconscio come insieme infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Einaudi.
 - Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–20.
 - Cagnoni, F., & Milanese, R. (2009). Cambiare il passato: superare le esperienze traumatiche con la terapia strategica. Ponte alle Grazie.
 - Carli, L., & Rodini, C. (2008). Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali. Raffaello Cortina.
 - De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge.
 - Eagle, M. N. (2011). *From classical to contemporary psychoanalysis: A critique and integration* (Vol. 70). Taylor & Francis.
 - Farina, B., & Liotti, G. (2018). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *PSICOBIETTIVO*.
 - Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
 - Gabbard, G. O., Del Corno, F., & Lingiardi, V. (Eds.). (2010). *Le psicoterapie: teorie e modelli d'intervento*. Cortina.
 - Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*.
 - Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of counseling psychology*, 63(4), 379.
 - Haley, J. (1969). *The power tactics of Jesus Christ and other essays*.
 - Heisenberg, W. (1984). *Fisica e oltre: incontri con i protagonisti (1920-1965)*. Bollati Boringhieri.
 - Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*, 9(3), 262-280.
 - Kelly, G. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*-EDIZIONE ITALIANA. Cortina.
 - Korzybski, A. (1958). *Science and sanity: An introduction to non-Aristotelian systems and general semantics*. Institute of GS.
 - Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 130-44.
 - Liotti, G., Fassone, G., & Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Milan, Italy: Raffaello Cortina.
 - Mecacci, L. (2000). *Storia della psicologia del Novecento*. Laterza.
 - Nardone, G., & Balbi, E. (2012). *Solcare il mare all'insaputa del cielo: Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*. Ponte alle Grazie.
 - Nardone, G., & Watzlawick, P. (2005). *Brief strategic therapy: Philosophy, techniques, and research*. Jason Aronson.
 - Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). *Psychotherapy integration: Setting the context*.
 - Ogden, T.H. (1994). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio.
 - Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of consulting*



- and clinical psychology, 56(2), 239.
- Piaget, J. (2017). La rappresentazione del mondo nel fanciullo. Bollati Boringhieri.
- Porcelli, P. (2009). Medicina psicosomatica e psicologia clinica: modelli teorici, diagnosi, trattamento. Cortina.
 - Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
 - Prati, G., & Pietrantoni, L. (2006). Crescita post-traumatica: un'opportunità dopo il trauma?. Psicoterapia cognitiva e comportamentale, 12(2), 133.
 - Psychological first aid (jhon hopk)
 - Salvatore, S. (2015). Psychology in Black and White: The Project of a TheoryDriven Science. IAP.
 - Sander, L. (2007). Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza. Cortina.
 - Schore, A. N. (2012). The science of the art of psychotherapy (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
 - Seligman, M. E. (2012). Flourish: A visionary new understanding of happiness
 - Siegel, D. J. (2015). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. Guilford Publications.
 - Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 7(1), 105-110. doi:10.1017/dmp.2013.22
 - Squire, L., & Kandel, E. (2010). Come funziona la memoria. Meccanismi molecolari e cognitivi.(S. Jantra, Trad.). Bologna: Zanichelli editore.(Titolo originale: Memory. From Mind to Molecules, 2nd edition, 2009).
 - Squire, L., & Kandel, E. (2010). Come funziona la memoria. Meccanismi molecolari e cognitivi.(S. Jantra, Trad.). Bologna: Zanichelli editore.(Titolo originale: Memory. From Mind to Molecules, 2nd edition, 2009).
 - Stern, D. The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development. BASIC BOOKS. Anno 1985
 - Stern, D. N. (2005). Il momento presente: in psicoterapia e nella vita quotidiana. Raffaello Cortina Editore.
 - Stern, D. N. (2011). Le forme vitali: l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo. Cortina.
 - van der Kolk, B. (2006). The body keeps the score: Brief autobiography of Bessel van der Kolk. Mapping the trauma and its wake: Autobiographic essays by pioneer trauma scholars, 211-226.
 - Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard review of psychiatry, 1(5), 253-265.
 - Varela, F. J. (1975). A calculus for self-reference. International journal of general systems, 2, 5-24.
 - Verdesca, M. (2014). *Psicologia e cardiologia: analisi di un caso* (tesi di laurea: tesionline.it).
 - Verdesca, M. (2018a). *A partire dai contributi di Imbasciati: alcune considerazioni sulla psicoterapia come progressivo apprendimento* in PsicoPuglia n.22, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia
 - Verdesca, M. (2018b). *Teoria dei sistemi dinamici un framework metateorico per la psicoterapia?* (p.272) in PsicoPuglia. n.22, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia
 - Verdesca, M. (2018c). *Le Forme vitali* (2011) di Daniel Stern su: <https://www.stateofmind.it/2018/11/forme-vitali-daniel-stern/>
 - VonGlaserfeld,E.(1974).Piagetandtheradical constructivist epistemology. Epistemology and education, 1, 24.
 - Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. WW Norton & Company.
 - Weiss, J. (1993). How psychotherapy works: Process and technique. Guilford Press.



LE DISFUNZIONALITÀ DELLA FAMIGLIA

UN'OTTICA SISTEMICO RELAZIONALE

Paola Conte

Psicologa psicoterapeuta familiare
sistemico-relazionale, terapeuta EMDR

RIASSUNTO

La famiglia, dal punto di vista clinico, rappresenta un insieme di relazioni che dovrebbero consentire lo sviluppo delle singole individualità e il progredire del nucleo rispetto ai processi di adattamento alla realtà esterna. Quando questa è affetta da una condizione multiproblematica rischia, tuttavia, di evidenziare limiti significativi nel garantire l'affettività, la cura e la protezione necessarie per lo sviluppo di autonomie personali.

Ma in quale misura la famiglia multiproblematica risulta meno in grado di altre di garantire uno sviluppo sano e funzionale dei suoi membri? Una possibile risposta è fornita da Olson e Mc Cubbin (1982) secondo i quali le famiglie che hanno maggiori difficoltà ad affrontare gli eventi stressanti sono quelle che si trovano a dover affrontare e superare contemporaneamente uno o più eventi normativi e uno o più eventi paranormativi di tipo acuto (morte, recessione economica, ecc.) o a lungo termine (divorzio, emigrazione, immigrazione, cambiamenti lavorativi) e, di conseguenza, faticano notevolmente nel gestire eventi stressanti e nell'utilizzare risorse interne ed esterne adeguate in base al proprio ciclo di vita.

PAROLE CHIAVE

Famiglia, ciclo di vita, eventi critici, famiglia multiproblematica, figli.

INTRODUZIONE

"La famiglia è sede di un capitale primario perché in essa le persone mettono in gioco, si scambiano, non qualche aspetto di sé, come capita all'interno dei ruoli sociali, ma sé, la totalità di sé". (Scabini E., 1985)

Il sistema-famiglia si sviluppa attraverso alcuni "stadi" lungo la linea temporale e, durante le continue transizioni, si verificano profonde e radicali trasformazioni psicologiche, strutturali e relazionali.

Il modello evolutivo basato sul ciclo di vita della famiglia osserva e descrive i mutamenti che specificatamente avvengono all'interno di un sistema famiglia e le trasformazioni imprescindibili e consequenziali dei rapporti familiari.

"La famiglia ha una storia e crea storia. La famiglia ha sempre un passato, un presente e una prospettiva di vita futura e ciò rappresenta il suo elemento differenziale rispetto agli altri gruppi" (Scabini E., Cigoli V., 2000).

Secondo tale modello, la storia di ciascuna famiglia è caratterizzata da un'evoluzione ciclica; essa nasce, si sviluppa e si trasforma lungo una dimensione temporale familiare, viaggiando attraverso una successione di diversi stadi, che scandiscono delle vere e proprie tappe evolutive e attivano processi generativi.

Nel corso del suo ciclo di vita, quindi, ogni nucleo familiare passa ineludibilmente attraverso una



serie di periodi di transizioni che richiedono dei cambiamenti di ruolo intrafamiliare. Il processo evolutivo che la famiglia compie nel corso degli anni attraverso il passaggio da una fase all'altra, è un processo di continua ristrutturazione dell'architettura dei rapporti tra i componenti della famiglia stessa, dove i processi di adattamento implicano la capacità di affrontare con successo i compiti specifici di ogni periodo della vita e le difficoltà transitorie che si presentano. È interessante leggere lo sviluppo come una serie di *microtransizioni* (Fruggeri, 1997), in cui alternano antiche e più originali modalità comportamentali, connesse a livelli di sviluppo precedenti e successivi. In alcuni casi, si può assistere alla ripetizione coatta di comportamenti che favoriscono il mantenimento di vecchie modalità relazionali di un livello di sviluppo precedente alla transizione; altre volte, invece, sono favoriti comportamenti che si trovano ad un livello successivo. Uno sviluppo adeguato si realizza quando si compiono scambi relazionali che regolano i comportamenti a un livello appropriato e funzionale di competenza. Il concetto di *microtransizione* consente di rappresentare meglio cosa avviene su un piano individuale e, contestualmente, su una dimensione familiare, rilevando come i cambiamenti non siano esclusivamente frutto di eventi nuovi ma rappresentano l'esito di processi interattivi tra i diversi componenti della famiglia stessa.

FAMIGLIA E CICLO VITALE

E. Carter e M. McGoldrick (1980) propongono un modello del ciclo vitale della famiglia, suddiviso in sei stadi, all'interno dei quali tre o quattro generazioni diverse sono chiamate a modificarsi contemporaneamente e ad adattarsi ai passaggi del ciclo di vita.

Il processo di sviluppo previsto dal modello, infatti, si svolge su due assi:

- 1. l'asse verticale:** riguarda la trasmissione di modelli relazionali e di funzionamento da una generazione all'altra;
- 2. l'asse orizzontale:** indica i momenti di tensione e di crisi correlati alla presenza di eventi normativi

prevedibili o imprevedibili e inattesi.

La famiglia attraversa, quindi, una successione di fasi distinte tra loro, caratterizzate tutte da uno specifico compito di sviluppo e scandite da "eventi critici" che connotano i vari stadi. Ogni evento critico rimanda ad una serie di esperienze emotive che richiedono, per essere affrontati e superati, la messa in atto di meccanismi di adattamento nonché risorse e abilità psicosociali insite nei compiti di sviluppo.

Risulta doveroso precisare, tuttavia, che il termine "critico" in riferimento agli eventi caratterizzanti il ciclo di vita familiare, non assume una connotazione negativa, al contrario rivela un'accettazione positiva che rimanda alla sua origine etimologica (dal greco *κρίνω*), ovvero alla trasformazione, al cambiamento.

Crisi, in tal senso, indica separazione, decisione, scelta, proprio come ciascun evento critico attiva processi evolutivi decisivi e implica, quindi, un cambiamento strutturale e funzionale che si configura con l'introduzione di nuovi compiti evolutivi (che riguardano la rinegoziazione dei ruoli e confini, delle funzioni e la riorganizzazione delle relazioni).

L'evento critico, in quanto detonatore di crisi e di cambiamento, avvia una fase più o meno ampia di alterazione e i compiti di sviluppo comportano l'attivazione di meccanismi di adattamento, di *problem solving* e una ristrutturazione a livello di coppia, di relazioni con le rispettive famiglie d'origine e di quelle genitori-figli.

Risulta fondamentale il superamento di ogni compito di sviluppo e la risoluzione del relativo "evento critico", affinché il sistema possa passare con successo alla fase successiva.

Il modello di E. Carter e M. McGoldrick ha fornito un basilare contributo allo studio del ciclo di vita delle famiglie ed è stato elaborato a partire da una tipologia di sviluppo familiare che presuppone una successione delle fasi seguendo un ordine stabilito, individuando cosa deve avvenire, nello sviluppo "normotipico" della famiglia.

Tuttavia, la complessità e la molteplicità delle famiglie racchiude in sé un'imprevedibilità ed una

flessibilità congenita, tanto da non garantire una previsione rigida della successione degli eventi critici, seguendo pedissequamente l'ordine indicato dal modello del ciclo di vita; si può assistere, infatti, ad una varietà ed eterogeneità di situazioni, dalla compresenza di compiti di sviluppo diversi in uno stesso momento al ribaltamento, sulla linea temporale, delle fasi del ciclo di vita (ad esempio la nascita del figlio prima del matrimonio).

Attualmente, infatti, si preferisce integrare l'aspetto intergenerazionale con quello socioambientale, focalizzandosi non esclusivamente sul raggiungimento o meno dello stadio del ciclo vitale previsto e prevedibile, piuttosto ponendo maggiore attenzione ai processi con i quali avvengono le transizioni, correlandole alle aspettative e alle regole implicite ed esplicite del contesto socioculturale di appartenenza.

Scabini E. (1985) afferma che il concetto di ciclo di vita è uno schema concettuale valido, un canovaccio che serve per orientare nella definizione clinica di un determinato sistema familiare, facilitandone la diagnosi relazionale e

l'inquadramento temporale, ma non dovrebbe essere utilizzato in maniera rigida e prescrittiva, come fosse un percorso obbligato, né come se rappresentasse l'unica alternativa "sana" ad uno sviluppo parentale.

Certamente, una famiglia che non sarà in grado di modificare il proprio stile relazionale e l'organizzazione strutturale per far fronte al compito di sviluppo relativo alla fase del ciclo vitale in cui si trova, molto probabilmente non riuscirà a superare l'evento critico in maniera funzionale ed adattiva e, di conseguenza, il processo evolutivo del sistema si potrebbe bloccare, provocando nei membri disagio psichico e relazionale.

EVENTI NORMATIVI E PARANORMATIVI

"Lo sviluppo della famiglia passa necessariamente attraverso il superamento di crisi. Le crisi previste sono quelle indotte dagli eventi critici. Il processo psicologico che consente di elaborare la disorganizzazione indotta dall'evento ha un andamento per un certo tempo più o meno lungo, caratterizzato da piccoli e graduali aggiustamenti ma, raggiunta una





certa soglia critica (in parte tipica di ogni famiglia) "salta" o in senso organizzativo/adattivo o in senso disorganizzativo/disadattivo" (Scabini E, 1985).

In letteratura, il ciclo di vita della famiglia è scandito dai cosiddetti *eventi critici*, i quali vengono distinti tra normativi e paranormativi.

Quegli eventi previsti dalla maggior parte delle famiglie e affrontati nel corso del proprio ciclo di vita (matrimonio, nascita dei figli, adolescenza dei figli, ecc...) sono gli eventi critici normativi.

Gli eventi critici "paranormativi" sono, al contrario, quegli eventi non del tutto previsti, occasionali o accidentali che la famiglia può essere chiamata ad affrontare improvvisamente o inaspettatamente nel corso della sua esistenza. Tali eventi, proprio per la loro imprevedibilità, rischiano spesso di mettere la famiglia a dura prova, richiedendo alla stessa la capacità di mettere in campo tutte le risorse, individuali e relazionali, di cui dispone per essere superati.

Tra gli eventi paranormativi Scabini E. annovera:

- 1. *L'aborto***: quale evento doloroso che può implicare un conflitto interiore tra sensi di colpa e motivazioni che hanno spinto a ricorrervi e può lasciare un segno nell'esistenza della donna e, in ottica sistematica, dell'intero nucleo familiare;
- 2. *La separazione o il divorzio***: può comportare difficoltà emotive legate all'elaborazione della separazione, oltre che una ristrutturazione di tipo organizzativo;
- 3. *La malattia o la disabilità di un membro della famiglia***: richiede inevitabilmente una ridefinizione degli spazi e dei tempi familiari, può condurre a difficoltà organizzative nella distribuzione delle cure e impegno di nuove risorse, in termini economici, emotivi e relazionali;
- 4. *La morte precoce di un membro della famiglia***: pone la famiglia di fronte all'accettazione dell'evento e del lutto è un compito che, per la sua complessità, richiede un tempo più o meno lungo per la sua elaborazione;
- 5. *Il cambio di abitazione***: soprattutto se il trasferimento avviene in un'altra città o Paese, può comportare problematiche di tipo organizzativo,

difficoltà di adattamento al nuovo ambiente e la difficoltà a separarsi dalla casa a cui sono associati ricordi di una fase della vita;

- 6. *Il cambiamento della condizione economica familiare***: cambiamento che può portare a un miglioramento delle condizioni di vita o a un suo peggioramento in termini qualitativi. Se il cambiamento è legato alla perdita del lavoro di uno o più membri della famiglia o a un fallimento dell'attività, comporterà, oltre alla necessità di adeguare il proprio standard di vita, una ridefinizione dell'identità del singolo e dell'intera famiglia.

Attualmente, con l'aumento della complessità, anche distinguere gli eventi in base alla loro prevedibilità o meno può risultare fuorviante, oltre che anacronistico: ad esempio, la nascita di un figlio in una coppia già in crisi può essere un evento imprevisto che la può portare alla separazione, o ancora, il cambio di casa diventa sempre più un evento normativo e prevedibile nell'epoca della precarietà, dove il cambio di occupazione e la minor possibilità di acquistare casa, porta le famiglie a fare i conti con una maggiore flessibilità. La più labile definizione del confine tra eventi normativi e paranormativi, caratteristica dei nostri giorni, non modifica la loro natura destabilizzante, in quanto, attesi o meno, mettono a dura prova l'equilibrio familiare e, non di rado, incontrano resistenze.

Durante il periodo di transizione da una fase all'altra, infatti, si assiste allo scontro tra due tendenze opposte: da una parte, si nota l'inclinazione del sistema verso il mantenimento di condizioni e situazioni note e familiari, che, anche se disfunzionali o non appropriate al momento, assicurano maggiore sicurezza e stabilità; dall'altra, il sistema tende verso il superamento dinamico e (ri)costruttivo della crisi mettendo in atto risorse personali e relazionali originali e impensate.

LA FAMIGLIA MULTIPROBLEMATICA

La "famiglia multiproblematica" può essere paragonata a un "corpo sofferente" in molte delle sue

parti, che, comunque, riesce a sopravvivere a suo modo, a prescindere dalle cure che gli vengono prestate e dai segnali di malessere, più o meno evidenti, espressi dai suoi membri; a lungo andare, tale famiglia sembra stabilizzarsi in un assetto quasi impossibile da scalfire, creando, così, una sorta di "cronicizzazione" del disagio e della sofferenza.

Dal punto di vista clinico, le famiglie multiproblematiche sono famiglie che presentano, al loro interno, problematiche psicologico-psichiatriche e psicosociali multiple, sviluppatesi in un ampio arco di tempo, con disfunzionalità psicologica e sociale rigida e ripetitiva, tendenza alla cronicizzazione dei disagi e possibile rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale dei singoli membri e del nucleo familiare nel suo insieme.

Queste famiglie spesso presentano anche carenze nello svolgimento delle funzioni genitoriali.

Nelle famiglie multiproblematiche sembra essere minacciata e limitata la capacità di *coping* del sistema, ovvero l'abilità di promuovere, accompagnare e sostenere i processi di sviluppo, socializzazione e adattamento all'ambiente esterno. Ciò comporta il rischio di adottare stili e modalità relazionali disfunzionali e foriere di molteplici problematicità (M. Malagoli Togliatti, A. Lubrano Lavadera, 2012).

Come sottolineato da Malagoli Togliatti e Rocchietta Tofani (2002), le disfunzioni del nucleo possono manifestarsi a vari livelli: a livello del cestello abitativo, a livello del contesto lavorativo e nel grado di isolamento della famiglia e mancanza di autorevolezza.

Secondo le autrici, rispetto alle manifestazioni di disfunzionalità delle famiglie multiproblematiche si possono distinguere due differenti condizioni:

1. Famiglie la cui multiproblematicità è prevalentemente legata a problemi di richiesta dall'interno;
2. Famiglie la cui multiproblematicità è prevalentemente legata a problemi di richiesta dall'esterno.

Adottando un'ottica circolare e pluricausale, è evidente considerare la continuità tra queste due situazioni estreme, le quali si intersecano

e si rincorrono in un circolo vizioso. Se il sistema familiare presenta gravi difficoltà di adattamento alle richieste provenienti dall'esterno per un tempo prolungato, ne consegue un notevole aumento dello stato di tensione interno, il che minaccia le risorse relazionali ed emotive necessarie a far fronte al compito; viceversa la disfunzionalità collegata all'eccessivo aumento delle tensioni interne, se prolungata nel tempo, oltre a manifestazioni di disagio dei singoli componenti, può innescare problemi di ordine socioeconomico, lavorativo, ecc..., con ripercussioni sui singoli individui e su tutto il sistema.

George Eman Vaillant (1981) definisce, ad esempio, una scala per l'individuazione delle situazioni di multiproblematicità in relazione ai criteri disfunzionali del rapporto genitori/figli, individuando alcune caratteristiche, evidenti anche nel caso clinico oggetto dell'elaborato, quali la mancanza di coesione dentro le mura domestiche e la mancanza di gestione matura materna e paterna. S. Minuchin (1978) sostiene che due, tra i possibili patterns, possono rappresentare le strutture e i ruoli che rendono il sistema familiare multiproblematico:

1. *Padre che si dimostra poco attivo, "periferico" nello svolgere adeguatamente il ruolo coniugale che quello genitoriale*: in questa situazione si ravvisa una bassa coesione di coppia, dove la madre, figura centrale sovraccarica di funzioni, in alcuni casi, si appoggia a un "figlio parentificato" o "adultizzato";
2. *Padre per lo più mancante e madre immatura psicologicamente ed emotivamente, non evoluta nel suo ruolo genitoriale*: la guida della famiglia è quindi ricercata nel sistema trigenerazionale, attingendo il ruolo da un membro autorevole della famiglia estesa (una nonna o una zia) che può, tuttavia, riscontrare notevoli difficoltà nel dettare e mantenere delle regole credibili e durature; il sottosistema genitoriale (padre e madre), in questi casi, sembrano appartenere ancora ad una dimensione pseudoadolescenziale, occupandosi marginalmente dei propri figli (sia fisicamente che psicologicamente).



3. Entrambi i genitori, madre e padre, significativamente immaturi sotto il profilo psicologico/emotivo abdicano quasi interamente al proprio ruolo formativo ed educativo, non essendo in grado di sostenere sostanzialmente il sottosistema figli, il quale è costretto ad effettuare un ribaltamento, assumendo un instabile controllo familiare.

Appare, infine, importante riflettere sulle implicazioni che comporta la presenza di un figlio adolescente all'interno di un sistema familiare multiproblematico.

Negli ultimi anni, l'analisi delle problematiche relative all'adolescenza ha effettuato un evidente slittamento dalla prospettiva individuale a quella più ecologica, in cui particolare importanza riveste il contesto socio-culturale di riferimento (Gecas V., Seff M.A., 1990).

Infatti, storicamente, lo studio dell'adolescenza è avvenuto all'interno del paradigma individualista, di stampo psicoanalitico o cognitivistico, il quale ha posto attenzione prevalentemente su temi quali la discrepanza valoriale tra genitori e figli, il declino dell'autorità parentale (paterna) e il conflitto intrapsichico.

Accanto a questi temi, si collocano altre aree di ricerca che sempre più hanno cominciato a prendere in maggiore considerazione il contesto entro cui avviene lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dell'adolescente. L'attenzione di ricercatori e studiosi ha dimostrato crescente interesse per il contesto sociale dell'adolescente, per i sistemi entro cui è immerso, e in particolar modo per la sua famiglia.

Malagoli Togliatti (2010) ha analizzato la relazione genitori-figli nella famiglia multiproblematica

attraverso la lente focale dei compiti di sviluppo nelle diverse fasi del ciclo vita.

Nell'ottica dell'autoregolazione disfunzionale e problematica, le dimensioni considerate maggiormente rilevanti in questo ambito di ricerca sono quelle che Olson D.H.L. (1983) nel suo modello ha definito "coesione e adattabilità". La *coesione* si riferisce alla qualità e all'intensità dei legami affettivi che caratterizzano le relazioni fra i membri della famiglia, e rimanda ai confini tra i sottosistemi e tra le generazioni, agli interessi comuni e al senso d'intimità; l'*adattabilità* individua la capacità del sistema familiare di modifica-



re le proprie regole relazionali e i ruoli intrafamiliari in rapporto alle diverse fasi del ciclo vitale, e indica la flessibilità nella gestione della *leadership* e nel cambiamento degli schemi relazionali.

Entrambi gli aspetti interagiscono con le competenze/incompetenze genitoriali (dei singoli genitori e della coppia genitoriale come sottosistema particolarmente influente), l'impegno/disimpegno genitoriale, gli stili e le modalità comunicative prevalenti nella famiglia, fra cui, specificamente rilevanti rispetto alla devianza, la qualità della supervisione o monitoraggio (*monitoring*) fra i figli adolescenti e i ruoli genitoriali, le

capacità e le competenze genitoriali nel gestire i conflitti e le crisi adolescenziali.

Sono state riscontrate, infine, situazioni-limite di disfunzionalità sia della coesione che dell'adattabilità familiare, in particolare, nei casi di famiglie multiproblematiche, nelle quali si può avere una sorta di destrutturazione delle basilari capacità autoregolative familiari per la tendenza a delegare quelle funzioni ai servizi che hanno in carico i vari membri della famiglia stessa.

"Credo che il ciclo vitale dovrebbe essere del tutto rovesciato. Bisognerebbe iniziare morendo, così ci si leva il pensiero. Poi, si viene relegati in un ospizio dal quale si viene buttati fuori perché troppo giovani. Ti danno una gratifica e quindi cominci a lavorare per quarant'anni, fino a che sarai sufficientemente giovane per goderti la pensione!" (Woody Allen).

BIBLIOGRAFIA

- CARTER E.A., McGOLDRICK M., *The Family Life Cycle: A Framework or Family Therapy*, New York, Gardner Press, 1980.
- FRUGGERI L., *Famiglie*, Roma, Carrocci, 1997.
- GECAS V., SEFF M. A., *Families and adolescents: A review of the 1980*. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1990.
- MALAGOLI TOGLIATTI M., *Famiglie multiproblematiche. Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- MALAGOLI TOGLIATTI, M. LUBRANO LAVADERA, A., *Le famiglie Multiproblematiche: un fenomeno in trasformazione* Università la Sapienza di Roma, 2012.
- MINUCHIN S., *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1978.
- OLSON D.H., *Circumplex model of Marital and Family Systems: Assessing family functioning*. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Process* (2nd Ed.). New York: Guilford Press., 1993.
- SCABINI E., CIGOLI V., *Il familiare. Legami simboli e transizioni*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- SCABINI E., *L'organizzazione della famiglia tra crisi e sviluppo*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- VAILLANT, G.E., *Adaptation to life*. Boston Little, Brown, 1977.





UN DOLORE COMUNE A MOLTE CAUSE: IL MAL DI TESTA LA VISIONE OLISTICA DELL'APPROCCIO FUNZIONALE COME CARDINE DEL SUCCESSO TERAPEUTICO

RIASSUNTO

Mi accosto alla trattazione di un sintomo clinico particolare, quale il "mal di testa" che avvicina particolarmente il campo della medicina e quello della psicologia e che risulta di particolare interesse in un momento storico come quello di questi mesi, al tempo del covid-19, proprio perché pare che sia tra i fenomeni clinici attualmente più diffusi insieme ad ansia e suoi correlati, sintomi depressivi ed insonnia. Ritroveremo in questa trattazione questi aspetti sintomatologici anche in correlazione.

Mal di testa è la terminologia generica con cui solitamente si tende a indicare qualsiasi dolore localizzato alla testa, di varia intensità e natura.

Altro termine per indicare il mal di testa è "cefalea" o "cefalgie" (dal greco *kefal*, testa).

La tematica delle cefalee è estremamente complessa come si può evincere dal fatto che sono state classificate dal International Headache Society oltre 200 tipi diversi di cefalee. È un sintomo/patologia che incide profondamente sullo stato di salute e sulla qualità della vita delle persone con un impatto sociale ed economico di notevole portata.

I dati e gli studi pubblicati nel 2013 sul *Global Burden Disease Study* dimostrano che almeno il 15% della popolazione mondiale soffre di attacchi di cefalea e che l'emicrania rappresenta la sesta causa di disabilità al mondo. Che essa

Rosa Iannone

Psicologa Psicoterapeuta Responsabile
allievi e didatta della Scuola Europea di
Psicoterapia Funzionale SEF di Napoli

rappresenta una delle forme di dolore più diffuse nella popolazione e in Italia oltre 7 milioni di persone soffrono di mal di testa.

Da una visione particolaristica si è passati negli ultimi anni ad una visione olistica del disturbo cefalalgico dove i sistemi neuro-funzionali, biochimici, neuro-immunologici, neuropsichiatrici, psicologici sono interconnessi tra di loro e dove l'approccio trasversale al paziente affetto da cefalea è il cardine del successo terapeutico.

La medicina clinica delle cefalee rappresenta un'area che lega trasversalmente discipline diverse. L'intento della trattazione, affrontata da un punto di vista olistico e multifattoriale secondo la teoria Neo Funzionale, è appurare che questa sintomatologia/patologia è espressione di un complesso sistema innescato dalle interazioni mente-corpo, da funzionamenti interni ed esperienze di base infantili. Viene presentato uno studio pilota, svolto in collaborazione con la Clinica neurologica del II policlinico di Napoli, mediante il quale verificare alcune ipotesi teoriche: come funzionamenti interni di fondo alterati siano alla base della personalità del paziente emicranico, l'efficacia di tecniche Funzionali per arginare crisi di dolore e come la respirazione diaframmatica sia una strategia di neurostimolazione del nervo vago, quindi di aiuto alla gestione dell'infiammazione come della riduzione del dolore.

PAROLE CHIAVE

Cefalea, Emicrania, Neo Funzionalismo, Funzionamenti di fondo

LE CEFALEE: CLASSIFICAZIONI E DATI EPIDEMIOLOGICI

Farò solo brevi accenni alle classificazioni perché la trattazione diverrebbe troppo estesa rispetto all'intento e fine di esposizione.

Le prime descrizioni della cefalea risalgono a tempi remoti, la prima descrizione dell'emicrania risale alla fine del I s. d.C. quando Areteo di Cappadocia coniò il termine "*heterocrania*" per una forma di mal di testa caratterizzato da distribuzione unilaterale associata a nausea,

vomito, fotofobia.

Si deve invece a Galeno (129-199 d.C.) sia il termine "*hemicrania*" sia una delle prime ipotesi eziopatogenetiche secondo cui gli attacchi erano causati dalla bile gialla (uno dei quattro umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera) di provenienza epatica, considerata anche responsabile del temperamento collerico, come a supporre una possibile comorbidità tra il mal di capo e i disturbi del carattere.

E da qui si fa un passo in avanti verso una *visione olistica*: un collegamento tra fenomeni fisici e fenomeni psichici.

Oggi si fa distinzione in *cefalee primarie o essenziali* e *cefalee secondarie*. Le prime sono tutte quelle in cui non si riscontra alcuna causa organica o funzionale ovvero che non dipendono da alcuna malattia in atto, cioè sono autonome e presentano dolori o disturbi locali e/o malessere generale. Di queste fanno parte la cefalea tensiva, la cefalea a grappolo, la nevralgia trigeminale, l'emicrania, l'emicrania con aura. Le seconde derivano e sono complicanze di altre cause.

La *cefalea tensiva* è un mal di testa che sorge lentamente e provoca un dolore oppressivo, a "casco", che coinvolge tutta la testa, a volte accompagnato da nausea. L'intensità del dolore è minore rispetto a quello emicranico. La cefalea tensiva può essere episodica o cronica, se il dolore è presente per più di 180 giorni all'anno o 15 al mese e ne soffre circa il 42% della popolazione mondiale.

La *cefalea a grappolo* è caratterizzata da un dolore intenso, simile a un coltello piantato dietro l'occhio, che penetra fino al cervello. Colpisce prevalentemente gli uomini e interessa un solo lato del capo. Il dolore può essere associato ad un arrossamento di un occhio, con lacrimazione e congestione nasale. Le crisi possono durare dai 15 ai 180 minuti, susseguirsi più volte al giorno e per periodi di 30-40 giorni consecutivi. Le donne che soffrono di cefalea a grappolo (chiamata anche la cefalea del suicidio) dichiarano che l'intensità del dolore è superiore a quella del parto.

L'*emicrania* è caratterizzata da una triade



sintomatologica di cui fanno parte il dolore, i sintomi di tipo neurovegetativo e l'ipersensibilità agli stimoli neurosensoriali. Si manifesta con un dolore pulsante di intensità media o forte, può essere localizzato alla nuca o essere diffuso o colpire una sola parte del cranio, della durata variabile da poche ore fino a tre giorni. Secondo i criteri diagnostici dell'ICHD-III- si definisce emicrania senza aura un disturbo cefalalgico ricorrente con attacchi della durata di 4-72 ore. Gli attacchi sono tipicamente caratterizzati da dolore a localizzazione unilaterale, di qualità pulsante, di intensità moderata o forte, peggiorato da attività fisica di routine e associato a nausea e/o fotofobia e/o fonofobia (insopportanza alla luce), osmofobia (fastidio agli odori). In alcune forme possono essere presenti sintomi e segni neurologici focali, che possono precedere l'attacco doloroso o seguirlo nel tempo.

L'*emicrania senza aura* è una patologia dell'età adulta, con le percentuali più alte di prevalenza comprese nella fascia di età fra 20 e 60 anni. Dopo la pubertà, colpisce più frequentemente le donne, con rapporto di prevalenza nei sessi all'incirca di 2-3 a 1. Nella popolazione adulta dei paesi occidentali si registrano percentuali di prevalenza *life-time*, ovvero nell'arco di tutta la vita, tra il 6% ed il 12% negli uomini e tra il 15% ed il 25% nelle donne.

Può essere preceduta da sintomi visivi chiamati *aura* (annebbiamenti della vista, comparsa di lampi colorati).

L'*emicrania con aura* è una forma di cefalea primaria meno frequente, viene definita come un disturbo ricorrente che si manifesta con attacchi caratterizzati da sintomi neurologici focali che si sviluppano gradualmente nell'arco di 5-20 minuti e durano meno di un'ora. L'*aura* tipica è rappresentata da sintomi visivi e/o sensitivi e/o del linguaggio. Lo sviluppo graduale, la durata non superiore a un'ora, la presenza di sintomi positivi e negativi e la completa reversibilità sono le caratteristiche che identificano l'*aura* associata a cefalea.

Colpisce circa il 15-18% dei pazienti emicranici, in

prevalenza soggetti di sesso femminile. La distribuzione della malattia per età riconosce un picco tra la seconda e la terza decade di vita, con un esordio nella seconda decade, nella terza-quarta decade di vita si assiste spesso ad una riduzione spontanea della frequenza delle crisi. La diagnosi di emicrania è clinica in accordo con i criteri dell'IHS (International Headache Society).

Nel caso in cui la cefalea non soddisfi completamente tutti i criteri richiesti, oppure ci siano elementi che facciano supporre una natura secondaria diventa fondamentale l'impiego di esami con le neuro-immagini per un corretto inquadramento diagnostico.

Viene considerata complicanza dell'emicrania episodica la sua cronicizzazione. Per emicrania cronica si intende una cefalea di tipo emicranico che si manifesta per almeno 15 giorni/mese da più di 3 mesi, in pazienti con storia clinica di emicrania episodica e in assenza di uso eccessivo di farmaci sintomatici. L'emicrania cronica ha un forte impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti con compromissione del rendimento e della partecipazione ad attività sociali e lavorative. La progressione verso la forma cronica avviene ogni anno in circa il 2,5% dei pazienti con emicrania episodica (Bigal et al., 2008), con una prevalenza pari all'1,3% nel sesso femminile e allo 0,5% nel sesso maschile (Lipton et al., 2007; Reed et al., 2011).

Fattori scatenanti, fattori di cronicizzazione.

La maggior parte degli attacchi emicranici sarebbe causata da una serie di fattori esogeni o endogeni, in grado di indurre cefalea andando ad agire su un substrato, costituzionale nei pazienti emicranici, di instabilità del controllo del dolore da parte delle strutture intracraniche. Si definisce fattore scatenante o trigger qualunque fattore la cui esposizione o la cui privazione porti allo sviluppo di un attacco acuto di emicrania. Modificazioni biologiche legate alla vita fertile della donna (65,1%), stress (79,7%), eventi della vita lavorativa e familiare, modificazioni ambientali e climatiche (53,2%), alcuni cibi, digiuno (4%), stimoli sensoriali,

disturbi del sonno (49,8%), esercizio fisico, attività sessuale, sono l'innesto per la comparsa dei singoli attacchi, agendo su una soglia emicranica variabile nel tempo. Poiché non in tutti i casi di emicrania episodica si ha la cronicizzazione del disturbo, è importante individuare i pazienti a più alto rischio.

Con la definizione di *fattori scatenanti l'emicrania*, si intende tutta una serie di fattori esogeni o endogeni, che sia da soli, sia in combinazione, possono indurre cefalea di tipo emicranico andando ad agire su un substrato di instabilità del controllo del dolore da parte delle strutture intracraniche, tipico dei pazienti emicranici. I fattori di rischio per la trasformazione emicranica possono essere distinti in non modificabili o difficilmente modificabili (sesto, età, basso status socioeconomico e scarso livello culturale), e modificabili (obesità, depressione, abuso di farmaci, presenza di sintomatologia allodinica e suscettibilità ad un alto numero di fattori scatenanti).

Il legame tra obesità ed emicrania ad alta frequenza è ben noto (Lipton et al. 2009). La prevalenza dell'emicrania cronica nella popolazione generale normopeso è di circa lo 0,9%, mentre sale all'1,6% negli individui obesi e al 2,5% in quelli con obesità patologica (Bigal et al. 2006).

La presenza di disturbi dell'umore o di disturbi d'ansia comporta un aumento del rischio di sviluppare emicrania.

L'allodinia cutanea, la percezione di dolore a seguito di stimolazioni di norma non algogene, è presente in circa l'80% della popolazione emicranica (Burstein), ed è considerata un importante fattore di rischio di cronicizzazione (Bigal et al., 2008).

Una stimolazione ripetitiva da parte di tali fattori può facilitare l'incremento della frequenza degli attacchi cefalalgici grazie a fenomeni di sensibilizzazione sia periferica, a livello dei nocicettori meningei, sia centrale, nelle strutture coinvolte nell'elaborazione degli stimoli nocicettivi (Burstein).

L'identificazione dei fattori di rischio e l'adozione di norme igienico-comportamentali volte a

ridurre la loro influenza sono misure importanti per diminuire il rischio di trasformazione emicranica, ma anche per aumentare il successo delle terapie profilattiche e sintomatiche, e garantire quindi al paziente una migliore qualità di vita (Bigal et al., 2006).

Nonostante tutto l'emicrania resta ad oggi una delle patologie neurologiche meno curate, tanto che oltre la metà di coloro che ne soffrono non ha mai consultato un medico o, se lo ha fatto, non ha ricevuto una diagnosi appropriata.

IPOTESI ETIOPATOGENICHE

Una delle ipotesi di genesi della patologia è ricondotta ad *alterazioni dei sistemi neurotrasmettoriali e neuromodulatori*. I sistemi attualmente ritenuti più importanti nel contribuire alla genesi dell'attacco emicranico sono il sistema serotonergico, peptidergico (CGRP), dell'ossido nitrico, orexinergico, glutammatergico, dopaminergico e dei cannabinoidi endogeni.

Numerosi studi sulla fisiopatologia dell'emicrania hanno mostrato l'importanza cruciale del *sistema serotonergico* nella genesi dell'attacco.

L'attivazione dei recettori serotonergici 5HT1B-1D induce vasocostrizione, blocco dell'inflammazione neurogenica e riduzione della sintomatologia cefalalgica. I triptani e i derivati dell'ergot esplicano la loro azione antiemicranica proprio agendo come agonisti dei recettori 5HT1B-1D.

È ormai ampiamente riconosciuta l'importanza del *sistema peptidergico* del Calcitonine Gene Related Peptide (CGRP) nella patogenesi dell'emicrania, e numerosi studi hanno dimostrato un aumento delle sue concentrazioni plasmatiche durante l'attacco emicranico (Juhasz et al., 2003; Goadsby et al., 2002). Il CGRP è rilasciato dai neuroni trigeminali sia perifericamente nella dura madre, sia a livello centrale con un'ampia distribuzione in tutto il sistema nervoso (Raddant et al., 2011). Il rilascio periferico perivascolare provoca una degranulazione dei mastociti durali e vasodilatazione dovuta al legame diretto del CGRP ai propri recettori presenti sia sulla



muscolatura liscia vascolare, sia sui mastociti durali.

Il rilascio dei *mediatori pro-infiammatori*, come il fattore di necrosi tumorale TNF, da parte dei mastociti e delle cellule gliali satelliti, aumenta la permeabilità vascolare e favorisce la sintesi e il rilascio ulteriore del CGRP da parte dei neuroni trigeminali, andando così a creare un circuito di rinforzo positivo che può estendere la durata dell'attacco emicranico (Raddant et al., 2011). I recettori del CGRP sono presenti anche a livello corticale, nell'ipotalamo, nel sistema limbico; ciò suggerisce un possibile ruolo di tale peptide nella modulazione del dolore emicranico e nella fotofobia tipica dell'emicrania (Recober et al., 2009). Come neuromodulatore il CGRP può aumentare la trasmissione sinaptica, e ciò può causare l'amplificazione oltre la soglia dolorosa di stimoli sensoriali altrimenti del tutto ordinari (Raddant et al., 2011).

Attualmente anche il ruolo dell'*ossido nitrico* (NO) nella patogenesi dell'emicrania è oggetto di studio. La somministrazione di sostanze donatrici di NO, quali la nitroglicerina, provoca la comparsa di attacchi cefalalgici dopo circa 4-6 ore. Secondo recenti studi, il *sistema glutammatergico* potrebbe svolgere un ruolo attivo nella patogenesi dell'emicrania. Recettori per il glutammato, sia di tipo metabotropico che ionotropico, sono espressi in molte strutture adibite al controllo della nocicezione, tra cui il ganglio, il nucleo trigeminale, il talamo ventrobasale e la corteccia del cingolo.

Anche il sistema dei cannabinoidi endogeni del sistema dopaminergico sembrano coinvolti nella modulazione del dolore emicranico.

Meccanismi genetici. Studi su gemelli omozigoti, indicano un'importanza rilevante dei fattori genetici nella patogenesi dell'emicrania. La genetica dell'emicrania con aura e senza aura è multifattoriale, con una complessa interazione ambientale.

Tra i fattori precipitanti sono descritte anche le *variazioni ormonali*.

Le fluttuazioni ormonali della donna, in particolare la caduta fisiologica del livello di estrogeni

subito prima del ciclo mestruale, rappresenta uno dei fattori precipitanti più comuni.

I *disturbi del sonno* sono riferiti come fattore scatenante da quasi la metà degli emicranici. Un'adeguata igiene del sonno, che ne preveda un'adeguata durata ed orari di addormentamento e risveglio regolari, deve rientrare nelle abitudini comportamentali dei soggetti emicranici.

Stimolazioni sensoriali dovute a luci, suoni, odori.

Il ruolo degli odori e della luce viene riportato da un gran numero di soggetti circa il 40% e secondo alcuni autori è molto specifico dell'emicrania. Il ruolo della luce come trigger sarebbe riportato soprattutto da soggetti affetti da emicrania. Un fattore per eccellenza definito scatenante è il *ruolo dello Stress*.

Gli aspetti psicologici e lo stress vengono indicati dalla gran parte dei pazienti come fattori precipitanti anche se molti di loro li confonde con alcuni dei sintomi di tipo emotivo presenti nella fase prodromica.

Tra gli stress emotivi potenzialmente precipitanti l'attacco sono riportati sia eventi stressanti maggiori che problemi di vita quotidiana. L'esperienza clinica suggerisce che tra un evento stressante e la comparsa dell'attacco intercorra una certa latenza variabile tra alcune ore e 2-3 giorni. Alcuni studi (Lipton) supportano l'ipotesi del cosiddetto "mal di testa da rilassamento". Questi studi hanno evidenziato che l'evento stressante o le attività impegnative della vita quotidiana (esami, impegni lavorativi, impegni familiari e sociali, ecc.) non sono immediatamente seguiti dall'attacco di emicrania, ma è piuttosto il declino dello stress percepito ad essere associato alla cefalea.

È noto come i fattori ambientali che agiscono da stressors attivino il sistema nervoso autonomo (SNA) e quello neuroendocrino in vari modi, sia di tipo adattativo che mal adattativo.

L'attivazione del sistema ipotalamo-ipofisario induce una secrezione di breve durata dei glucocorticoidi che hanno un effetto anti-infiammatorio e anti-nocicettivo che poi declinano rapidamente nella fase post stress. E' stato ipotizzato

che questo declino sia responsabile dell'emicrania da "rilassamento" in soggetti predisposti. Bisogna ricordare che nel 25% dei casi il dolore cronico è di natura psicogena. Pertanto, nei pazienti emicranici sensibili allo stress, il riconoscimento di questi meccanismi potrebbe permettere interventi preventivi efficaci basati sulle terapie Funzionali psicocorporee volte al recupero di Funzionamenti di fondo specifici e collegati allo stato di stress e al benessere complessivo del paziente.

Comorbilità psichiatrica ed eventi esistenziali stressanti (Martelletti-2017) nell'emicrania cronica e nella cefalea muscolo-tensiva si è evidenziata l'associazione con ansia e depressione e come le crisi dell'una aumentino le crisi dell'altra patologia.

In uno studio prospettico americano il 2,4% di soggetti con emicrania episodica diventavano cronici entro un anno dalla prima valutazione ed un ulteriore 2,2% nell'anno successivo: in entrambi i casi il livello di depressione risultava un fattore di rischio statisticamente significativo.

In uno studio trasversale, relativo alla cefalea tensiva cronica, i pazienti con emicrania cronica erano soggetti maggiormente ad avere sintomi depressivi (70% contro 59%) e di ansia (43% contro 25%).

Alcuni studi italiani indicano nei pazienti con emicrania cronica un'interessante correlazione con i disturbi fobici ed ossessivi.

Una revisione di tutti gli studi trasversali, che hanno studiato l'associazione tra emicrania e disturbi psichiatrici secondo i criteri IHS per la diagnosi di cefalea e i criteri DSM per la diagnosi psichiatrica, ha dimostrato che nell'ambito della popolazione generale gli emicranici presentano un rischio più elevato di Depressione Maggiore, Disturbo da Attacchi di Panico e Fobia.

Studi prospettici sulla popolazione generale hanno poi evidenziato come l'emicrania rappresenti un fattore predittivo per l'insorgenza di depressione maggiore ed attacco di panico durante il periodo di follow-up.

Anche in età evolutiva è stata osservata

un'associazione fra cefalea ricorrente e depressione ed uno studio di follow up a 8 anni (Guidetti e Galli) ha confermato come il disturbo psichiatrico più frequente sia l'ansia generalizzata, la cui insorgenza precoce rappresenta un fattore predittivo per la persistenza di emicrania e di disturbi ansioso-depressivi negli anni successivi.

Dal punto di vista biologico, alla base del legame depressione-emicrania e della progressione verso l'emicrania cronica, ci sarebbe un *meccanismo pro-infiammatorio* che determina alterazioni nel metabolismo del triptofano, nella trasmissione serotonnergica e nell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Bigal 2008).

Da svariati anni si tentano *trattamenti di rilassamento* per il controllo del dolore. Tra questi la meditazione come la metodica del biofeedback-EMG viene utilizzata nella terapia delle cefalee di tipo tensivo e dell'emicrania. Il Biofeedback (retroazione biologica) è una tecnica, inquadrabile nell'ambito delle terapie comportamentali, che permette di acquisire il controllo volontario su alcune variabili biologiche (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, sudorazione, tensione muscolare, attività elettrica cerebrale, temperatura cutanea) che normalmente non giungono al livello di coscienza.

Da molti anni il Neo Funzionalismo studia i meccanismi dello stress, la genesi dell'infiammazione collegata alle relazioni con la branca del nervo vago e gli effetti dei protocolli messi a punto sia del trattamento dello stress sia nello specifico nel trattamento di ripristino della respirazione diaframmatica (L. Rispoli), (L. Rispoli, R. Iannone) (Rispoli et al).

Più avanti nel corso di queste pagine saranno messi in evidenza.

APPROCCI PSICOLOGICI ALLA CEFALEA

Nonostante i più recenti studi a riguardo, pubblicati sulle maggiori riviste internazionali (*Headache*, *Cephalgia*, *Journal of headache and pain*), e la vastità di studi il meccanismo di interazione fra le variabili psicologiche e fisiologiche nelle cefalee non è stato ancora chiarito.



Quello che emerge chiaramente in queste analisi è che, nel processo di presa in carico del paziente cefalalgico, si deve considerare come parte fondamentale e imprescindibile anche l'attenzione al disagio psicologico, emozionale, affettivo e sociale, oltre che fisico.

La ricerca sui fattori psicologici coinvolti nelle cefalee primarie deve inquadrarsi su un modello di *causalità circolare*, in accordo con le attuali posizioni moniste auspicando un definitivo superamento della concezione dualista dei rapporti mente-corpo.

Nell'ottica del *Neo-Funzionalismo*, l'emicrania è un'alterazione generale dei *Funzionamenti di fondo* su tutti i piani del *Sé* della persona (respiro, tensioni muscolari, sistemi neuroendocrini, immaginazioni, sensazioni, emozioni), con ricadute su tutti i suoi aspetti biologici, emotivo-comportamentali e sociali.

Per il Neo-funzionalismo non si parla di malattie ma di un organismo che si altera nei suoi Funzionamenti di Fondo, neuronali, neurovegetativi, neuroendocrini, emotivi, immaginativi, cognitivi,

sensoriali, motori e posturali.

Gli studi condotti sull'argomento delle cefalee e su quelli ad esso correlato (stress cronico, malattie infiammatorie, dolore cronico), pongono il Neo-Funzionalismo all'avanguardia nell'ambito delle neuroscienze.

Non è più la sola medicina in grado di intervenire sui livelli e sistemi interni dell'organismo (peraltro con gli effetti collaterali dei farmaci), ma vie d'accesso ad essi sono costituiti da *fattori generali di regolazione* quali la respirazione.

Concetto innovativo è quello di *memoria periferica*. Le evidenze cliniche mettono in risalto come nell'organismo rimangano incapsulati gli esiti delle sue esperienze infantili, che si cronicizzano nel tempo diventando *memorie periferiche* di eventi passati che possono dar luogo ad alterazioni di natura psicofisiologica nella respirazione, nel tono muscolare e posture e movimenti, nel sistema delle percezioni tattili e algiche, nel sistema delle propriocezioni interne (Rispoli 2016). Nel magazzino di tracce di esperienze passate (fissate nel corpo nelle posture abituali, cambiamenti del tono muscolare di base, variazioni delle soglie percettive) dei pazienti emicranici restano le tracce mal adattive, non elaborate di antichi esiti dell'infanzia, che si manifestano ciclicamente, assumendo il significato bio-evolutivo di preservare l'Autosufficienza del Sé a svantaggio di un aumento delle percezioni algiche (Rispoli, 2004).

Le cefalee primarie, soprattutto le forme emicraniche e quelle tensive, sono state impropriamente considerate, fin dalla notte dei tempi,

conseguenze dirette di sottostanti problemi psichici di varia natura e severità.

In questa sede verranno citati solo alcuni dei principali approcci psicologici alle cefalee primarie ed all'emicrania, ovvero: l'orientamento psicodinamico, lo studio delle caratteristiche di personalità, la prospettiva evoluzionistica, quello neuro-biologico ed infine l'approccio del modello Neo-Funzionale.

Da "Emicrania" di O. Sacks 1992 : "Secondo Platone, Socrate non prescrive alcun medicamento per il mal di testa di Carmide prima che egli abbia alleviato la mente dai fastidi; il corpo e l'anima debbono essere curati assieme, come la testa e gli occhi." Secondo Platone infatti: "dall'anima muove ogni cosa, sia i beni sia i mali, al corpo e all'uomo intero...bisogna dunque curare l'anima in primo luogo e in massimo grado..." Robert Burton- *Anatomia della melanconia* -1621

Il neurologo H.G. Wolff (1937) fu uno dei primi studiosi ad occuparsi delle relazioni tra emicrania e caratteristiche della personalità con un approccio unificante, realizzando uno studio osservativo su 46 casi che è diventato un classico della letteratura sulle cefalee.

Wolff fu uno dei primi, attraverso l'osservazione clinica, a tentare di considerare le cefalee in maniera multidisciplinare e multifattoriale, valutando sia i fattori organici e biologici che una molteplicità di caratteristiche di personalità, di situazioni esistenziali e reazioni emozionali. Riteneva che i tratti di personalità rilevati nei pazienti emicranici, con una particolare predisposizione psicobiologica, rappresentassero un modello di reazioni disfunzionali allo stress che, interagendo con fattori precipitanti specifici individuati nello studio, potevano scatenare l'attacco emicranico.

Dunque, fattori predisponenti (determinate caratteristiche di personalità come ambizione, perfezionismo, nevroticismo) e precipitanti (fattori ambientali, fattori situazionali di natura psicologica, ad es. relazioni familiari e sociali, insoddisfazione sessuale, incapacità di esprimere il risentimento), potevano portare a una risposta alterata della persona come

conseguenza di situazioni considerate minacciose per la sua esistenza.

Secondo Wolff, i pazienti devono essere valutati nei loro contesti di vita poiché condizioni logoranti esistenziali possono essere fattori casuali importanti nello sviluppo di malattie umane. L'analisi di Wolff anticipa l'idea attuale dell'emicrania basata sui fattori predisponenti e precipitanti legati anche allo stress.

L'esistenza di alcuni tratti di personalità (es. nevroticismo) e di aspetti psicopatologici specifici (es. ansia, depressione, stress cronico), che si presentano costantemente nella maggioranza dei pazienti con diagnosi di emicrania, fanno ipotizzare che tali caratteristiche, da una parte, possano rappresentare una conseguenza al dolore cefalalgico, una risposta di quell'organismo all'esposizione al dolore, una modalità difensiva di percezione della sofferenza fisica e un tentativo di far fronte ad essa. Oppure possono avere esse stesse un ruolo patogeno nella disfunzione neurologica, influenzandola o peggiorandola. (Breslau, Andreski-1995).

Il tentativo di individuare alcuni tratti di personalità, tipici del paziente cefalalgico, è stato un tema sempre presente nella ricerca sui fattori psicologici implicati nelle cefalee primarie. Contributi sull'argomento, di orientamento prevalentemente psicoanalitico, primi anni '40, evidenziavano, nel soggetto con emicrania, difficoltà a far fronte alle frustrazioni e presenza di meccanismi di repressione della rabbia. L'interpretazione dell'emicrania come sintomo isterico, sostenuta fino ad oggi da numerosi clinici di orientamento psicoanalitico, esprime l'eredità di una concezione mente-corpo che considera i processi intrapsichici (ricordi, fantasie, simboli) come causa scatenante delle malattie definite come psicosomatiche. Questa concezione del corpo come elemento collaterale della mente è in contrasto con la moderna concezione unitaria sostenuta dalle attuali neuroscienze.

La rabbia, intesa sia come emozione transitoria che come tratto di personalità, rappresenta l'emozione negativa più frequentemente collegata



allecefalee, a differenza della sessualità, tanto enfatizzata negli studi psicoanalitici, che risulta del tutto marginale. Nonostante numerosi studi abbiano evidenziato la presenza di un modello di risposta difensivo, basato su meccanismi di repressione-inibizione, con rabbia verso l'interno, rimangono ancora molti interrogativi sulla natura della relazione tra rabbia ed insorgenza del dolorecefalico (Abbate e coll. 2007).

La letteratura sui fattori psicologici e sui tratti di personalità dei pazienticefalici è molto ampia, ma non chiarisce nulla sulle cause e il meccanismo di azione dellecefalee primarie e dell'emi-crania in particolare.

VISIONE INTEGRATA DELL'INDIVIDUO, DEL SÉ

Propongo in queste pagine una visione di tipo globale, unitaria, multidimensionale come quella della teoria Neo-Funzionale, approccio alla psicologia e alla psicoterapia che studia e osserva l'individuo, il Sé, come *sistema integrato*; un approccio che si pone al fianco delle neuroscienze per i suoi studi, osservazioni, teorizzazioni e nel complesso per la sua visione che tiene conto delle interrelazioni tra discipline e interrelazioni tra i sistemi dell'organismo: sistema nervoso centrale, sistema nervoso periferico, sistema neurovegetativo, sistema endocrino, il sistema immunitario, il sistema emozionale, cognitivo, ideativo, percettivo tutti interconnessi tra di loro.

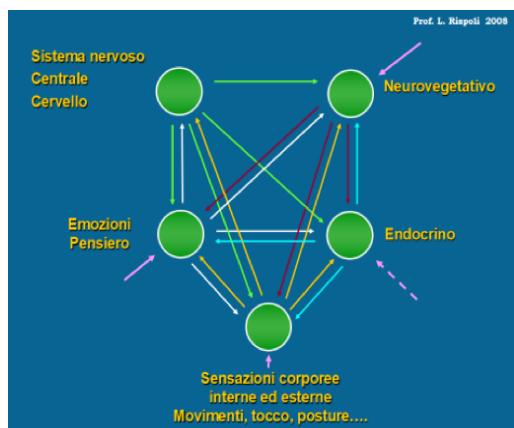


Fig. 1 - Il Sé è un Sistema integrato di tutti i suoi sistemi

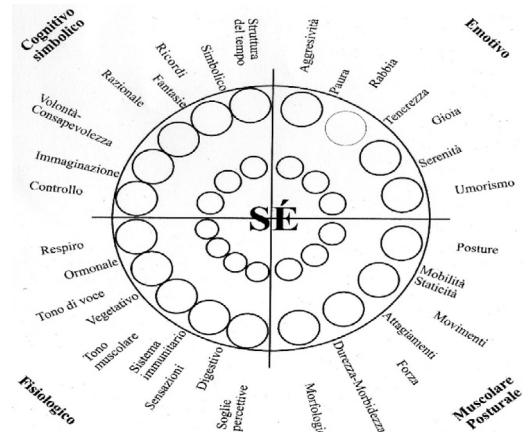


Fig. 2 - Quadro delle Funzioni

La visione del Neo Funzionalismo (fondatore prof. L. Rispoli) permette un salto epistemologico per due motivazioni fondamentali. Anzitutto la visione dell'individuo che non è più frammentata in parti. Evitare la frammentarietà della persona è stata possibile *guardando* non a parti, ma ai suoi *Funzionamenti di fondo* che abbracciano la persona nella sua interezza, e alle Funzioni dell'organismo che costituiscono le configurazioni dei vari funzionamenti, la cui osservazione permette di osservare il Sé sia nel dettaglio che nella sua interezza. Cioè per intenderci ad esempio osservando la funzione "movimento" all'interno di un contesto in cui andrebbe espresso il Funzionamento della *calma* si può osservare se esso è congruente alla calma o meno, cioè se è morbido, fluido, tranquillo; viceversa in un contesto in cui è necessario il Funzionamento della *forza* dovremmo poter osservare un movimento deciso, scattante. Ancora per intenderci la funzione "respiro" nel primo caso è congruente se è diaframmatico, nel secondo più tendenzialmente toracico; per la funzione "voce" nel primo caso più bassa e cadenzata, nel secondo più forte e aperta. Questo vale per molte altre funzioni rispetto ai vari funzionamenti.

Quindi si parla non *confitti tra parti* ma di possibili alterazioni delle Funzioni (se l'impatto del bambino con l'ambiente non è del tutto positivo) con ipertrofie, ipotrofie, sclerotizzazioni, o sconnes-sioni le une dalle altre.

I Funzionamenti di fondo, capacità della persona, sono il modo di porsi di questo Sé attraverso modalità specifiche di rapporto nei confronti di sé stessi e dell'ambiente, degli altri.

Le modalità di Funzionamento e lo stato dei Funzionamenti interni da adulti dipende da come in età infantile si sono attraversate esperienze fondamentali, le Esperienze di Base del Sé, EBS.

I *Funzionamenti di fondo* sono, quindi, le radici di tutto ciò che poi si articola di volta in volta nelle diverse situazioni di vita.

Questo è una visione che è in sintonia con quanto suggerisce Morin, capace, cioè, di affrontare la complessità.

Alcune importanti spinte in questa direzione sono venute dalle moderne concezioni e scoperte delle neuroscienze che guardando alle profonde interazioni dei vari sistemi si pongono come obiettivo quello di individuare principi di regolazione generale del complesso mente-corpo, piuttosto che ricercare singole componenti. E tale obiettivo è applicabile, ovviamente, al campo delle patologie per fornire una alternativa ai farmaci, l'obiettivo, quindi, sarebbe quello di non ricorrere al farmaco, con azione limitata e circoscritta rispetto alla complessità del funzionamento del sistema umano, ma basarsi sui principi regolatori interni che scatenano e generano infiammazione cronica, base di tante patologie.

LA PERSONALITÀ DEL PAZIENTE CON CEFALEA E FUNZIONAMENTI DI FONDO COINVOLTI

In generale in tali pazienti si è osservato una difficoltà di Lasciare (Trattenere- Portare verso distretti corporei della parte alta), Allentare il Controllo (Attenzione dura, stato di Vigilanza), capacità di Stare a discapito di attività continua senza sosta, Difficoltà ad Abbandonarsi ed affidarsi all'altro, Benessere generale e senso di armonia interiore.

Esperienze di Base da ricostruire nei pazienti con cefalea

Dalle osservazioni cliniche riportate nel precedente capitolo, i pazienti emicranici, affetti da

una malattia neuro-infiammatoria e una condizione di stress cronico associata, hanno manifestato delle alterazioni Funzionali sui quattro piani del Sé. Possiamo riconoscerne la loro compromissione nelle tensioni muscolari e posture stereotipate, nel respiro non più diaframmatico, nella cronica simpaticotonia, nelle alterazioni della risposta neurovegetativa, delle fantasie, delle immaginazioni e delle emozioni, una sorta di cortocircuito in tali sistemi e funzioni.

Sul piano cognitivo assistiamo ad un alterarsi della funzione *struttura del tempo*: il ripetersi degli episodi cefalalgici e la loro "attesa" producono una vera e propria sospensione del vissuto soggettivo del tempo. Si perde la reale percezione dello scorrere del tempo soprattutto dopo le crisi emicraniche che, in taluni casi, possono alterare il senso di orientamento, talvolta anche la memoria che può subire una alterazione momentanea non come risultato di deficit cognitivo ma per effetto di una polarizzazione sul dolore e sulle sue cause (Controllo esasperato).

Quando il paziente ha episodi violenti di cefalea tutto viene improvvisamente e drasticamente ribaltato e scardinato e ha necessità di essere risistemato, riordinato e riconnesso. Il funzionamento Controllo sarà, quindi, inevitabilmente alterato in direzione di una sclerotizzazione, di un'ipertrofia o di una ipotrofia della funzione.

Sul piano emotivo sono presenti numerose alterazioni funzionali, in particolare la Paura e la Rabbia, più delle altre, sembrano alterarsi in maniera profonda (ipertrofia, ipotrofia, sclerotizzazione) e in modo omogeneo nella popolazione dei pazienti emicranici coinvolti nello studio.

Sul piano posturale-morfologico, nel campione studiato, le Funzioni che manifestano più alterazioni sono la funzione Mobilità/Staticità, la Forza e la Postura, chiusa e trattenuta verso l'alto.

Sul Piano Fisiologico, i pazienti emicranici hanno manifestato alterazioni del Tono muscolare, della Respirazione, della Percezione del dolore, delle Sensazioni (presentavano una elevata reattività agli stimoli che provengono dal mondo esterno, i rumori, le luci, il caldo e il freddo) e sintomi



neurovegetativi molto spiccati.

Questo quadro clinico alterato, oltre a procurare un'intensa sofferenza fisica, ostacola fortemente la possibilità di stabilire e mantenere normali relazioni interpersonali.

Dai dati raccolti, si riscontra nei pazienti emicranici il bisogno profondo, fondamentale, di recuperare la propria vita, in termini di senso di interezza del Sé, armonia e Benessere per poter realizzare i loro obiettivi, le loro aspirazioni, i loro Bisogni, anche se, in molti casi, in modo parziale. Possiamo schematizzare graficamente le Funzioni che più di altre sembrano alterate nei pazienti osservati grazie al Diagramma Funzionale nelle cefalee riportato sotto: sul piano cognitivo il Controllo e le Fantasie; sul piano emotivo la Paura, la Rabbia, la Fiducia; sul piano posturale-morfologico la funzione mobilità/staticità; sul piano fisiologico la Respirazione, le Sensazioni (soglia del dolore), il Tono Muscolare (Prof. Rispoli, 2008).

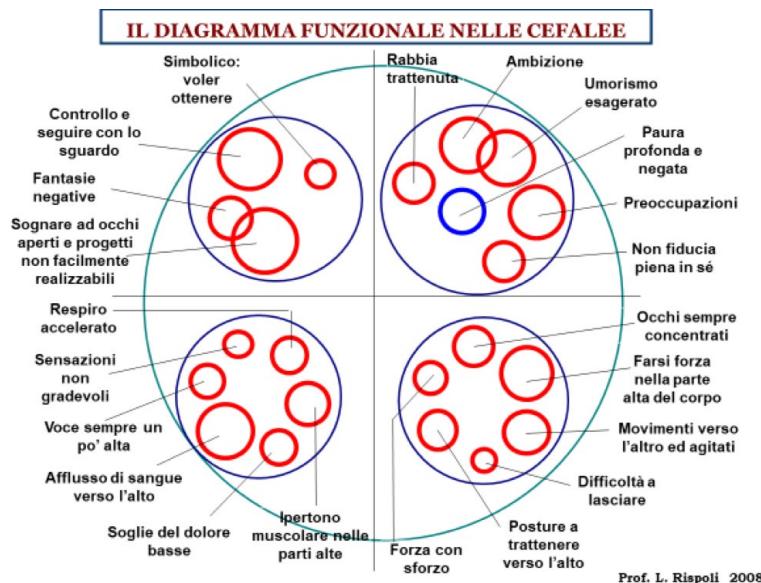


Fig. 3 - Diagramma del paziente con cefalea

COSA PUÒ ESSERE ACCADUTO NELLA VITA INFANTILE DI QUESTI PAZIENTI?

Intanto un'osservazione va fatta sulla *percezione del dolore* in queste persone.

Le funzioni evoluzionistiche dell'emicrania ed i suoi possibili vantaggi evolutivi ed adattativi sono stati oggetto di indagine in uno studio teorico di E. Loder, che parte dal presupposto che la vulnerabilità individuale all'emicrania è determinata da fattori genetici, descrive i vantaggi evolutivi dell'emicrania considerando cinque fattori:

1. come meccanismo difensivo (precoce individuazione di possibili predatori e di tossine alimentari, evitamento di situazioni nuove e pericolose, evitamento dei danni da fame e mancanza di sonno, protezione contro i danni da vasocostrizione cerebrale e tumori);
2. come risultato di un conflitto con nuovi microrganismi (aumentata risposta alle infezioni ed esito aspecifico di infezioni del SNC, infiammazione sterile);
3. come risultato di conflitto con nuovi fattori ambientali (incapacità del SNC di fronteggiare condizioni ambientali moderne troppo complesse ed in rapida trasformazione);
4. come compromesso tra costi e benefici genetici di un'accresciuta eccitabilità del SNC;
5. come espressione di una difettosa interazione tra strutture cerebrali arcaiche e quelle di recente evoluzione (neocortex), vale a dire l'incapacità del tronco encefalico di inibire gli stimoli provenienti dai centri superiori (E. Loder 2002).

Da studi e osservazioni del Neo Funzionalismo si

è potuto osservare che chi soffre di emicrania ha un sistema di allarme compromesso, basse soglie percettive, tanto da segnalare pericolo anche in caso di piccole sensazioni dolorose o neutre,

è in allarme continuo, prova un senso di insicurezza e preoccupazione. In questa condizione si sviluppa un processo noto come anticipazione del dolore, in cui la paura del dolore e della ricaduta portano ad uno stato di iper-vigilanza e attenzione selettiva che amplificano la percezione del dolore stesso (Ploghaus, A. et al. 1999).

Si instaura una *relazione circolare tra paura e dolore*. La paura del dolore è spesso associata ad un pensiero catastrofico che si traduce in comportamenti di evitamento e di sospettosa regolarità. Oltre al mal di testa poi, vi sono altri fenomeni neurovegetativi ad esso associati che concorrono a potenziare l'impatto negativo dell'emicrania sul malato: stanchezza, sonnolenza, aumento delle percezioni, intolleranza alla luce, al rumore, agli odori, nausea, vomito, ritenzione idrica, disturbi dell'umore.

La cefalea cronica genera alterazioni permanenti sull'intero Organismo sia sul piano psico-somatico che somato-psichico, determinando nella persona cambiamenti profondi biologici e psicologici che influenzano il suo rapporto con il mondo e con sé stesso.

La cefalea non è, quindi, solo causa di disabilità funzionale ma anche causa di importanti limitazioni in tutte le attività personali e sociali dell'individuo, in quanto modifica, in definitiva, i Funzionamenti di Fondo della Persona su tutti e quattro i piani psicocorporei, alterando varie Funzioni del Sé, come quelle del Controllo, della Struttura del tempo, del Neurovegetativo, del Tono muscolare delle Sensazioni, del Respiro, delle Soglie perceptive, del Movimento, della Forza, della Rabbia, della Paura.

Il dolore, in accordo con le teorie evoluzionistiche, diventa esso stesso una modalità adattiva che mantiene in vita l'Organismo attraverso un Funzionamento alterato, caratterizzato dal sentire e rappresentarsi nel dolore con immagini e fantasie di un corpo vissuto in maniera persecutoria a cui sono negate tutte le Sensazioni di Benessere, di Piacere e di Vitalità.

Il paziente emicranico, di fatto, tende spesso all'ipocondria è travolto da fantasie negative,

amplifica ogni sensazione ed ogni percezione e le interpreta come un mal funzionamento corporeo, con attribuzioni paurose, sentite come una minaccia continua al Sé.

“Sentire”, “Percepire” un dolore cronico alla testa come modalità unica e prevalente può creare fantasie angoscianti di malattie incurabili ed invalidanti rafforzando ancora di più la sofferenza della persona e negandole ogni forma di progettualità; può generare sensazioni alterate ed emozioni disfunzionali che influenzano negativamente la capacità di giudizio, la valutazione cognitiva, lo stato fisiologico, ormonale, neurovegetativo, posturale, neuroendocrino di quella persona.

La cefalea può trasformarsi in un potente strumento di controllo apparente: di Sé (si ha mal di testa di fronte a situazioni difficili), degli altri (mi hai fatto venire il mal di testa), della rabbia, dell'aggressività, dell'oppositività, emozioni che invece di aprirsi, sono trattenute ancor di più in un circolo vizioso che agisce negativamente sullo stato generale di benessere dell'Organismo.

Chi è chiamato a “curare” tali malati: solo lavorando, dapprima, sulla Protezione vissuta come assente, e comunicata benissimo attraverso il piano morfologico, posturale che li caratterizza e sul loro Essere Visti e Considerati profondamente, sarà possibile instaurare le basi per una proficua “compliance” terapeutica.

Si sono ipotizzate e nella casistica clinica si osservate *Esperienze di Base carenti*. Durante l'osservazione su campo dei pazienti emicranici e con cefalea, utilizzando gli strumenti valutazione (Scheda di 1° colloquio Funzionale) sono emersi e valutati alcuni Funzionamenti di fondo carenti come: Lasciare, Sensazioni, Contatto, Controllo, Benessere. In base a queste EBS è stato preparato un protocollo terapeutico specifico, costituito da tecniche Funzionali.

Esperienze di base che sono state carenti

Lasciare

I pazienti emicranici non Lasciano quasi mai, le sensazioni di imprevedibilità, di paura e di dolore



legate alla loro malattia sono sempre presenti, hanno difficoltà ad abbandonarsi, ad appoggiarsi agli altri, sono sfiduciati, hanno un allarme cronico elevato, a causa della cronicità della malattia, del dolore, delle cure mediche, dei vissuti emotivi. È importante far sentire alla persona che può lasciare, disattivare, allentare, anche per pochi minuti al giorno, alleviare il peso delle proprie tensioni, del proprio stress, della propria malattia. Diviene importante disattivare i sistemi di vigilanza, di azione e di controllo. Si lavora sul respiro, sulle tensioni muscolari allentando muscoli e postura, il corpo può poggiarsi, i movimenti divengono piccoli e lenti, tesi allo stiracchiarsi per allentare le tensioni, gli occhi sono ammorbidenti, il respiro diaframmatico profondo. Le Funzioni implicate nell'attivazione e nella concentrazione si vanno a modificare, quindi, in direzione di una disattivazione permettendo alla persona di recuperare energie nei livelli psico-bio-fisiologici. Conseguenza del lavoro sul Lasciare è il poter Stare. La difficoltà a Lasciare è da intendersi sia come Fidarsi che come Allentare la muscolatura che appare in ipertonia, posture a trattenere verso il torace, il petto, la testa, con conseguente difficoltà a respirare diaframmaticamente e ad effettuare movimenti morbidi e vitali. Questo determina un aumento della simpaticotonía e quindi un'attivazione della risposta stressogena che in questi individui sembra ormai condizione cronica e generalizzata e che interessa tutto l'Organismo, con notevoli alterazioni delle soglie percettive specialmente quelle algiche. È utile lavorare anche sulla fiducia e sull'affidarsi all'altro come ad esempio alle cure del medico o del terapeuta.

EBS Sensazioni

Le Sensazioni orientano la persona nel mondo. Arrivare a sentirsi significa sistemare ciò che arriva dai propri sensori interni, dandogli una collocazione nell'intero quadro percettivo, un valore determinato e preciso; per questo le sensazioni che arrivano dai muscoli, dal movimento, dalla postura vanno poi confrontate con il ricordo di

altre sensazioni analoghe, in un processo che coinvolge tutto il funzionamento umano. I pazienti che soffrono di emicrania e cefalea cronica hanno sensazioni alterate, sentono troppo o poco. Possono bloccare le proprie sensazioni per non sentire troppo il dolore, l'impotenza, la sofferenza, finendo per bloccare anche sensazioni più vitali, positive, interrompendo il contatto con sé stessi e perdendo la capacità di occuparsi di sé stessi in modo efficace. In questo blocco si può creare una falla, infatti il controllo delle Sensazioni se portato all'estremo può portare a crolli, che si possono esprimere attraverso sogni, paure, ansia generalizzata, pensieri ripetitivi ed ossessivi. Riaprire le Sensazioni è un lavoro terapeutico indispensabile per il paziente.

EBS Controllo

Le persone che soffrono di emicrania manifestano un cattivo funzionamento della dinamica Controllo-Allentamento, presentano perenne stato di allerta e di vigilanza, sono ansiosi, non allentano mai, presentano forme di ritualità compensativa e cercano di evitare situazioni sconosciute. Il Controllo è una capacità positiva della nostra esistenza che permette di scegliere e decidere. Altrettanto importante è la sua polarità opposta: l'Allentamento indispensabile per ricaricarsi e recuperare energia.

Questi pazienti hanno un forte controllo muscolare della testa, gli occhi vigili, posture tese verso la parte alta del corpo, pensieri allertati. Allentare il Controllo in terapia in questi pazienti all'inizio li può spaventare, possono irrigidirsi ancora di più e interpretare gli effetti come sgradevoli, rivivendo vecchie memorie corporee. Compito del Sé Ausiliario del terapeuta portare il paziente a riaprire questo Funzionamento alterato.

EBS Contatto

Tutto il mondo vivente "sente", oltre il filtro razionale. È un sentire tramite il Contatto; un Contatto di pelle, ma anche di sguardi, di suoni, di odori, di immaginazioni, di emozioni. Si tratta di un contatto nutritivo.

L'emicrania porta la persona ad aumentare il controllo e il Contatto diventa ansioso e preoccupato, basato sull'urgenza del superare un'altra crisi o sulle indagini o sulle cure mediche. I soggetti emicranici e cefalgici risultano essere preoccupati, sfiduciati, con sensazioni di non essere compresi dagli altri e quindi di non potersi aprire e Condividere la loro condizione con nessuno.

EBS Benessere

Il Benessere è un funzionamento fondamentale per la persona, nasce dalle proprie sensazioni profonde, dalla soddisfazione dei propri bisogni. È sperimentare la propria unitarietà con sensazioni di pieno Benessere, con le Funzioni del Sé in armonia. La pienezza delle Sensazioni psico-corporee può costituire la base del Benessere. Le cure sintomatiche per l'emicrania hanno numerosi effetti collaterali, provocano dipendenza e cronicità e vanno a incidere in toto sull'equilibrio psicofisico della persona. La vita del paziente emicranico ruota intorno alla paura delle crisi, del dolore, della sua impotenza e fragilità, rispetto all'imprevedibilità della malattia, tutto ciò causa nella persona un senso di malessere generale. Quindi, per il terapeuta generare Benessere nel paziente emicranico è un obiettivo fondamentale del trattamento, ai fini della cura e della prevenzione.

Risulta ovvio che comprendere i Funzionamenti compromessi vuole dire orientarsi su come intervenire in terapia su questi pazienti e sui loro sistemi alterati di regolazione, che costituisce l'obiettivo principale di cura.

NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI

La metodologia del Neo Funzionalismo si basa su una Teoria della tecnica solida e ben definita: l'assunto di base è che ciascun individuo per poter giungere ad uno sviluppo sano e completo deve vedere soddisfatti i suoi bisogni fondamentali, cioè attraversare più e più volte, in modo pieno e positivo, alcune esperienze fondamentali (le Esperienze di Base del Sé o EBS) le quali, consolidandosi, diverranno vere e proprie capacità di

vita della persona. Se l'ambiente non favorisce queste Esperienze di Base, esse a poco a poco finiranno con l'alterarsi, e l'alterazione nel tempo diventerà cronica e visibile attraverso le tracce lasciate nell'organizzazione delle Funzioni del Sé. Partendo dal macro (respiro, movimenti, muscolatura, emozioni e pensiero, comportamenti, ecc.) possiamo agire sul micro (modificazioni biochimiche interne, neurotrasmettitori, sistemi ormonale ed immunitario, ecc.), cioè lavorando sui piani esterni ed accessibili all'operatore (respirazione, parole, sguardo, voce, tensione muscolare, tocco, contatto) possiamo intervenire sui piani più profondi, interni, invisibili (neurovegetativo, sensazioni, emozioni e pensieri), riportando l'organismo del paziente ad uno stato di naturale equilibrio e benessere duraturo. L'intervento Funzionale consente di operare sui Sistemi Neurovegetativo, Endocrino, Emozioni e Pensiero, Sensazioni corporee, per agire infine, indirettamente, sul Sistema Nervoso Centrale.

L'Italia è leader mondiale nella ricerca e nella cura delle cefalee e nell'ultimo decennio sono state sviluppate nuove metodiche di neuro-stimolazione periferica per il trattamento di diversi disturbi neurologici e dell'emicrania cronica e della CG.

La *neuro-stimolazione cutanea non dolorosa* (NCnD) dei nervi periferici consiste nella capacità di bloccare la trasmissione centrale del dolore agendo sui nervi periferici, garantendo un effetto analgesico strettamente dipendente dall'intensità della corrente elettrica erogata. È dimostrato che la stimolazione del sistema parasimpatico-vagale induce un potente effetto antinfiammatorio, misurabile con la riduzione dei livelli plasmatici di TNF-alfa, potente citochina implicata nei processi di flogosi sistemica e di flogosi di organo e delle interleuchine.

Va ricordato che il nervo vago presenta una diffusione molto estesa nel corpo, le sue terminazioni raggiungono numerosi distretti, tra i quali: faringe, laringe, bronchi, polmoni, cuore, esofago, diaframma, stomaco, intestino, colecisti. La sua attività antinfiammatoria si realizza attraverso



meccanismi nervosi ed ormonali. Il meccanismo nervoso prevede che le citochine infiammatorie liberate dai macrofagi dell'area infiammata attraverso l'attivazione del vago afferente inducano una risposta efferente, sempre vagale, il cui effettore finale, l'acetilcolina è in grado di determinare una ridotta produzione di TNF-alfa da parte dei macrofagi presenti nel tessuto infiammato.

Due sono le principali tecniche di neuro-stimolazione non invasiva e di facile uso: la stimolazione del nervo supraorbitario (SNS) mediante Cefaly (Riedere 2015) e la stimolazione vagale transcutanea (VNS) mediante GammaCore (Silberstein 2017).

Studi recenti hanno confermato la connessione tra il sistema nervoso e quello immunitario. Queste ricerche hanno chiarito che un meccanismo ben caratterizzato di inibizione delle citochine, denominato "riflesso infiammatorio", dipende dai segnali del nervo vago. Questo riflesso infiammatorio è attivato da un circuito neurale che regola la risposta immunitaria agli stimoli lesivi ed infettivi. Acetilcolina e Noradrenalina, principali neurotrasmettitori del sistema nervoso autonomo, sono coinvolti con la regolazione della risposta immunitaria e infiammatoria. L'arco afferente del riflesso è attivato dalle citochine, l'arco efferente sopprime direttamente la produzione di citochine e in questo modo inibisce il processo infiammatorio preventendo il danno d'organo.

L'elettrostimolazione selettiva delle fibre efferenti del nervo vago cervicale inibisce la liberazione di TNF, IL-1 e IL-6, producendo così un effetto anti-infiammatorio. Un crescente numero di studi di neuro-modulazione sull'attività del nervo vago mirano ad un approccio non farmacologico per il trattamento e la cura delle malattie infiammatorie come l'emicrania (Barbanti-2015).

Da aggiungere che per quanto valide, le terapie, effettuate da diversi specialisti, agiscono solo sul sintomo "cefalea", non producendo reale cambiamento ma solo sollievo della

sintomatologia dolorosa.

La metodologia della Psicoterapia Funzionale, che deriva dagli studi e teorizzazioni sul Sé, sul bambino, sulla genesi dei disturbi/sintomi/patologie, applicata ai pazienti emicranici, prova a realizzare questo cambiamento profondo, partendo da premesse già ampiamente studiate (ma sempre in corso di nuove osservazioni e sperimentazioni) e cioè che le metodologie Funzionali quelle specifiche per il recupero dei *Funzionamenti di fondo* carenti, e quelle di ripristino della respirazione diaframmatica agiscono producendo una stimolazione fisiologica vagale portando l'organismo ad una condizione di vagotonia (sistema della calma e tranquillità).

Le metodologie Funzionali costituiscono una grande alternativa alle terapie classiche di neuro stimolazione vagale in quanto evita agli effetti collaterali. E agiscono simultaneamente sui complessi Sistemi dell'organismo per riarmonizzare ed integrare le Funzioni alterate e per recuperare i Funzionamenti di fondo compromessi del paziente, mirando a riequilibrare su tutti i livelli l'intero organismo agendo anche sui meccanismi dello stress, e così restituire benessere e salute alla persona.

"Prendersi cura" della persona con cefalea significa non solo curare la malattia ma supportare la persona nella sua globalità e aiutarla nel suo cambiamento al fine di migliorare il benessere e la qualità di vita.

UNO STUDIO CONDOTTO

È stato recentemente condotto uno studio pilota (2018), presso l'ambulatorio delle Cefalee della II Clinica Universitaria di Neurologia del 2° Policlinico di Napoli Vanvitelli (ambulatorio delle Cefalee di 3° livello dell'UOC di Neurologia II), per valutare l'efficacia di un *protocollo specifico effettuato con la metodologia Funzionale* per il trattamento e profilassi delle cefalee. Il protocollo sperimentale di trattamento (L. Rispoli-R. Iannone 2018) è basato su Tecniche Funzionali considerate idonee al ripristino di Funzionamenti alterati o carenti dei pazienti con mal di

testa e sulla reinstaurazione della respirazione diaframmatica.

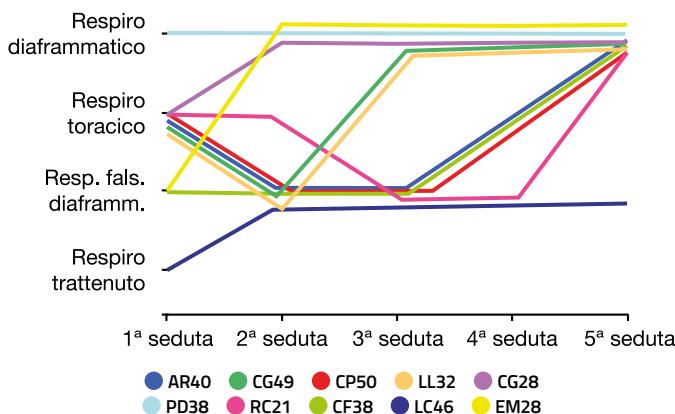


Fig. 4 - Andamento della respirazione diaframmatica

Partendo da una scheda diagnostica Funzionale si rilevava e si confermava la presenza di funzionamenti carenti come ci si aspettava da teoria e sopra riportati, riassumendo: controllo alto, difficoltà a lasciare, soglie del dolore basse, alterazione delle percezioni e delle sensazioni, aumentata reazione allo stress, simpaticotonica cronica e alterazione della respirazione, atteggiamento di costante allarme visibile anche a livello posturale, ipertono muscolare della zona crano-cervico-dorsale, emotività alterata con manifestazioni di rabbia e paura, scarsa fiducia di sé stessi e negli altri, tutti elementi base per un intervento multidimensionale secondo le metodologie Funzionali che appaiono di tipo olistico. Il trattamento proposto in questo studio è stato pensato come terapia coadiuvante ed integrativa delle classiche cure farmacologiche per un intervento polivalente e integrato. La metodologia scelta per il trattamento delle cefalee può essere sintetizzata come una *Terapia del respiro* che risulta spesso toracico in questi pazienti; una *Terapia della tensione cronica* a causa di profonde tensioni e contratture che si riscontrano nei soggetti emicranici e che interessano diversi distretti muscolari: testa, nuca, schiena, torace, gambe;

una *terapia del movimento* che risultano trattenuti, rigidi mentre l'utilizzo attivo di movimenti lenti, morbidi, fluidi permette il recupero di sensazioni, di calma e di benessere. Anche l'utilizzo di immaginazioni guidate, studiate precisamente per ogni Funzionamento, permette di riconnettere le fantasie con le sensazioni e le percezioni corporee legate al rilassamento ed alla piacevolezza. Particolarmente importante il lavoro sul respiro diaframmatico profondo per agire sul sistema vagale, sistema connesso alla calma e al benessere. Studi approfonditi sulla respirazione (ancora in corso) hanno evidenziato come la respirazione diaframmatica profonda, generando vagotonie ha un ruolo essenziale nella neuro-stimolazione del nervo vago che, come citato precedentemente, svolge un'attività antinfiammatoria ed analgesica molto importante che è utilizzata nelle più attuali terapie dell'emicrania.

Gli obiettivi terapeutici individuati nel protocollo Funzionale proposto sono finalizzati, quindi, alla mobilizzazione dei Funzionamenti alterati citati. Lavorando sulle funzioni respiro, movimento, posture ecc. si ottengono modificazioni che permettono di ridurre l'attivazione simpaticotonica, riportando l'organismo verso una condizione vagotonica. È così possibile conseguire effetti significativi con risposte altrimenti ottenibili solamente con il ricorso ad interventi di tipo farmacologico (Di Nuovo, Rispoli 2011).

Tecnica d'intervento attraverso un Protocollo Funzionale per le cefalee.

Gli obiettivi generali di questa ricerca sono stati di verifica per poter affermare che questo specifico trattamento può essere una risorsa di aiuto e trattamento integrato come terapia delle cefalee.

Lo studio condotto al momento anche se il



campione non numericamente ampio è però stato molto accurato, complesso e articolato.

Ipotesi dello studio:

- verificare i concetti teorici rispetto ai funzionamenti di fondo connessi alla personalità dell'emicranico, se essi fossero alterati come da teoria ci si aspettava;
- verificare che agire sulla ricostruzione delle esperienze primarie sia terapeuticamente valido anche in quelle sintomatologie di norma trattate come patologie organiche.

Non per ultimo si è voluto dare un contributo agli studi che stiamo conducendo sugli effetti della respirazione diaframmatica come valida metodica di stimolazione del nervo vago.

L'analisi dei dati si è rivolta a parametri psicofisiologici misurabili e/o osservabile e/o percepiti da cui dedurre, che tramite il ripristino della respirazione diaframmatica e con le tecniche della metodologia Funzionale utilizzate nel protocollo, si attivano efficacemente effetti vagotonici nei soggetti trattati e che i cambiamenti osservati manifestano che la stimolazione non invasiva del Nervo vago è efficace per riequilibrare il sistema neurovegetativo e sfruttare l'attività antiinfiammatoria ed analgesica vagale ed evitare l'abuso di farmaci e la cronicizzazione della malattia.

È stato rilevato anche: riduzione del dolore e riduzione del numero di eventi emicranici durante il periodo di studio.

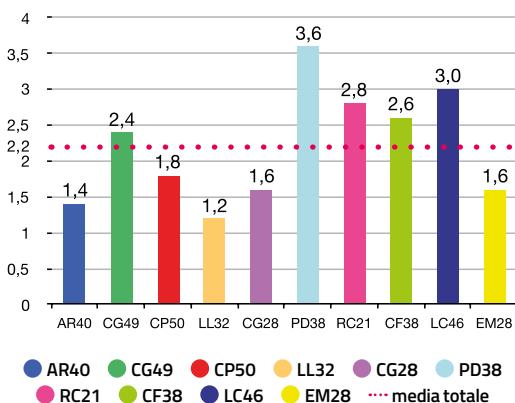


Fig.5 - Frequenza media settimanale di attacchi di cefalea nel periodo di trattamento

CONCLUSIONI

Il Neo-Funzionalismo ha una visione integrata, unitaria e completa della persona e del suo disturbo, e considera, nella presa in carico del paziente e della sua sofferenza, tutti i fattori in gioco come possibili cause o concause del uno squilibrio, rivolgendosi all'intero Sé e ai suoi Funzionamenti di Fondo.

In base a tali premesse, in questo studio sperimentale, si è voluto dimostrare l'efficacia sui pazienti emicranici di un intervento terapeutico specifico e multidimensionale che il Neo Funzionalismo ha messo a punto sviluppando un protocollo di tecniche Funzionali precise e specificatamente scelte proprio per la cura e la prevenzione delle cefalee; e come le stesse possano essere utilizzate affiancate alle classiche cure farmacologiche come tecnica di neuro stimolazione vagale non invasiva. Analizzando i dati complessivi di parametri fisiologici (quali frequenza cardiaca, pressione arteriosa, conduttanza cutanea) si rileva una significativa riduzione dei valori in tutti i soggetti partecipanti allo studio.

La variazione di questi parametri fisiologici indica un'attivazione della funzionalità del Nervo vago e un ripristino e riequilibrio del sistema parasimpatico e anche una riduzione della sintomatologia neurovegetativa che appare così spiccata nel paziente emicranico.

Dall'analisi dei dati raccolti l'utilizzo del protocollo Funzionale specifico per il trattamento delle cefalee molti end-point sono stati soddisfatti e tra cui anche end-points riduzione del dolore e delle crisi. Si auspica di poter condurre nuovi studi simili per aumentare il campione e riportare risultati positivi.

Concludo ringraziando la collega Dott.ssa Giuseppina Sciacca, che ha partecipato alla raccolta di materiale bibliografico e allo studio e trattamento su un campione di pazienti con cefalea, che abbiamo seguito, come supervisori, il Prof. L. Rispoli e la sottoscritta. Un ringraziamento alla Clinica neurolologica "Vanvitelli" del II Policlinico di Napoli per avere collaborato al progetto.

BIBLIOGRAFIA

- Abbate – Daga G, Fassino S, e coll. - Anger, depression and personality dimensions in patients with-migraine without aura. *Psychother Psychosom.* 2007.
- Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. – Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. – *J. Headache Pain* 2011.
- *Atlas of Headache Disorders and Resources in the World* 2011. WHO.
- Barbanti P. e coll Non-invasive vagus nerve stimulation for acute treatment of high-frequency and chronic migraine: an open-label study. *J. Headache Pain.* 2015.
- Bigal et al, *Neurology*, 2007 – Miura et al., *Stress*, 2008.
- Bigal ME, Lipton RB. Obesity is a risk factor for transformed migraine but not chronic tension-type headache. *Neurology* 2006.
- Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache* 2008.
- Breslau N, Andreski P. Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache*. 1995.
- Burstein R. Noseda-Migraine: Multiple Processes, Complex Pathophysiology – *Journal of Neuroscience* 2015.
- D'Agostino VC, Francia E, Licursi V, Cerbo R. Clinical and personality features of allodynic migraine. *Neurol Sci* 2010.
- Fitzgerald Turlough e coll. *Neuroanatomia con riferimenti funzionali e clinici.* – Elsevier 2011.
- Frediani F., G. Bussone, G. Casucci, G. Manzoni, V. Bonavita. *Le cefalee: clinica e terapia* – Raffaello cortina editore – 2015.
- Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine-current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002.
- Iannone R., *Respirazione diaframmatica: L'onda vitale.* Articolo Notiziario Psicopuglia, 2016.
- Juhasz G, Zsombok T, Modos EA, Olajos S, Jakab B, Nemeth J, Szolcsanyi J, Vitrai J, Bagdy G. No-induced migraine attack: strong increase in plasma calcitonin gene-related peptide (CGRP) concentration and negative correlation with platelet serotonin release. *Pain* 2003.
- Lipton RB. Tracing transformation: chronic migraine classification, progression, and epidemiology. *Neurology* 2009.
- Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007.
- Loder E. What is the evolutionary advantage of migraine? – *Cephalgia*, 2002.
- Ploghaus, A. Tracey I, Gati J S, Clare S, Menon R, Matthews B. Dissociating Pain from Its Anticipation in the Human Brain *SCIENCE*, 1999.
- Reddant AC, Russo AF. Calcitonin gene-related peptide in migraine: intersection of peripheral inflammation and central modulation. *Expert Rev Neurol Med* 2011.
- Recober A, Kuburas A, Zhang Z, Wemmie JA, Anderson MG, Russo AF. Role of calcitonin gene-related peptide in light-aversive behavior: implications for migraine. *J. Neurosci* 2009.
- Reed ML, Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Turkel CC, Lipton RB. Prevalence of chronic migraine (CM), headache-related disability and sociodemographic factors in the US population: Results from the American Migraine prevalence and Prevention (AMPP) study. *Headache* 2011.
- Rispoli L. *Articolo Effetti della terapia Funzionale antistress*, 2010.
- Rispoli L. *Articoli sulla respirazione e i suoi effetti*.
- Rispoli L. *Esperienze di base e sviluppo del sé*, 2004. Franco Angeli ed., Milano.
- Rispoli L. *Il corpo in psicoterapia oggi* 2016. Franco Angeli ed., Milano.
- Rispoli L. *Di Nuovo Santo – L'analisi funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata*, Franco Angeli editore, 2011.
- Simon e coll-Mechanism of action of non-invasive cervical vagus nerve stimulation for the treatment of primary headaches. – *Am J Manag Care*. 2017.
- Yuan e Silberstein-Vagus Nerve Stimulation and Headache. *Headache* 2017



IL NOSTRO NATURALE REPERTORIO COME STRUMENTO DI INTELLIGENCE APPLICATA

Mirco Turco

Psicologo, Criminologo, Direttore
Scientifico Forensics Group, membro
Comitato Intelligence Predittiva
UniCalabria

RIASSUNTO

"Non si potrà mai conoscere compiutamente un uomo, osservandolo e avendo rapporti con lui sempre in una medesima situazione" (Hofstatter, P.R.). Osservare una persona non significa solo guardare le fattezze fisiche ma comprendere il suo mondo psichico. L'osservazione è argomento alquanto complesso e delicato nell'Intelligence. Noi stessi, siamo soggetti e oggetti dell'osservazione. Parimente, l'osservazione muta l'oggetto osservato ma è un processo obbligato. Prima di passare nella coscienza ogni contenuto deve essere, infatti, osservato. *"Ogni sguardo si muta in osservazione, ogni osservazione in riflessione, ogni riflessione in interpretazione"* sosteneva Goethe già nel 1810. L'osservazione, ai fini dell'Intelligence ma in genere, per l'esistenza umana, ha un grande limite: l'osservatore. Affinare il nostro "naturale repertorio", significa riappropriarsi del

nostro istinto e di quelle Qualità fondamentali per dare "peso" e valore a ciò che ci circonda e a ciò che viviamo.

In una lotta continua e spasmodica tra ricerca della verità e disvelamento della menzogna, tra illusioni pseudoscientifiche e inganni, è importante anche affinare alcuni modelli che derivano dalla Linguistica, specie quando la fonte di informazione non può essere osservata ma ascoltata e direi "sentita".

PAROLE CHIAVE

osservazione, naturale repertorio, verità, menzogna, linguistica applicata.

IN PUNTA DI PIEDI

Da qualche anno, ormai, viviamo in una condizione di "rivoluzione comunicativa", in cui, paradossalmente, *"la fonte di pericolo, non è più l'ignoranza*

*ma la conoscenza*¹ e dove, sempre più spesso, ci si affida a metodi, tecniche e metodologie tecnologiche che, parimenti, spingono l'animo umano a girovagare senza sosta o meritata noia, fluttuando in una sorta di demenza digitale.²

Mentre da un lato proliferano tecnologie che promettono di estrarre molte informazioni, big data, Artificial Intelligence, ecc, dall'altro, rimane il risonante problema dell'analisi di tale materiale, considerando, soprattutto, che l'attività di intelligence dovrebbe essere, per sua natura, una "lettura interiore"³.

Il limite implicito umano è per altro, quello di ragionare secondo un approccio di tipo verificazionista versus un approccio più scientifico, che di fatto, è falsificazionista⁴.

Le scienze cognitive supportano di sicuro il processo di intelligence. Ogni operatore, infatti, deve necessariamente conoscere i limiti e le potenzialità del proprio sistema cognitivo e mi riferisco alla percezione, all'attenzione, alla memoria, all'apprendimento, al ragionamento e alla decisione.

La prima tappa è quello che va dalla percezione all'attenzione, attraverso i nostri organi di senso in primis. Successivamente, sarà rilevante selezionare quelle informazioni carpite da un processo di osservazione e attenzione, strategiche ai fini dell'attività di intelligence.

L'ARTE DI OSSERVARE

"Non si potrà mai conoscere compiutamente un

uomo, osservandolo e avendo rapporti con lui sempre in una medesima situazione" (Hofstatter, P.R.). Osservare una persona non significa solo guardare le fattezze fisiche ma comprendere il suo mondo psichico.

L'osservazione è argomento alquanto complesso e delicato nell'Intelligence. Noi stessi, siamo soggetti e oggetti dell'osservazione. Parimente, l'osservazione muta l'oggetto osservato ma, nostro malgrado, è un processo obbligato. Prima di passare nella coscienza ogni contenuto deve essere, infatti, osservato. *"Ogni sguardo si muta in osservazione, ogni osservazione in riflessione, ogni riflessione in interpretazione"* sosteneva Goethe già nel 1810.

L'osservazione, ai fini dell'Intelligence ma in genere, per l'esistenza umana, ha un grande limite: l'osservatore. La persona preposta, ovvero il professionista in questo caso, dovrebbe applicare scientificamente l'osservazione senza cadere nelle solite interpretazioni o "allucinazioni": si è grattato il naso in segno di nervosismo; chiude le braccia e accavalla le gambe in segno di chiusura e introversione; ecc. Inoltre, all'Intelligence interessa poco il tratto di malattia del soggetto osservato. Ciò che è rilevante sono gli stati d'animo, il flusso emozionale, le condizioni psicologiche, le abitudini, i punti di debolezza, i timori. È indubbio che la comprensione psichica del soggetto e del suo mondo passi anche attraverso risonanze emotive, empatie, intelligenza sociale, imitazione, ecc. ed è per questo che probabilmente, *l'unica*

¹ U. Beck, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Carocci, Milano. Pag. 255. L'autore tedesco ripensa alla natura del modello sociale, economico e politico che caratterizza la nostra modernità, dal Settecento sino ai nostri giorni, evidenziando come tale modello sia entrato in profonda crisi.

² Per un'interessante e affascinante trattazione, vedere *Demenza Digitale* di Manfred Spitzer, Corbaccio, 2014. "Senza computer, smartphone e Internet oggi si sentiamo perduti. Questo vuol dire che l'uso massiccio delle tecnologie di consumo sta mandando il nostro cervello all'ammasso ...".

³ L'etimologia latina "inter-legere" significa che nel termine intelligence è implicato il concetto di leggere dentro, leggerne i significati e gli sviluppi.

⁴ Agostini, T., Galmonte A. (2016). *Intelligence e scienze psicologiche*. In *Intelligence e Scienze Umane* di Mario Caligiuri. Rubettino editore, Soveria Mannelli.



cosa che su può tentare di insegnare è una valutazione degli indizi, indici, indicatori a dir si voglia⁵.

IL VOLTO COME FONTE DI INFORMAZIONI

Il volto è la maggiore fonte di informazione. *"Esso è direttamente collegato a quelle zone del cervello che intervengono nelle emozioni ... Quando nasce un'emozione, i muscoli facciali si attivano in maniera automatica. È solo per abitudine o per scelta volontaria che impariamo a impedire queste espressioni, creando un modo più o meno efficace di nasconderle. L'espressione iniziale che si affaccia in concomitanza con l'emozione non è scelta deliberatamente, a meno che sia falsa. La mimica facciale è un sistema duplice, volontario e involontario, capace di mentire e di dire la verità, spesso contemporaneamente. È per questo che le espressioni del volto possono essere così complesse, ambigue e affascinanti"* (Ekman P., 1989, pag. 64).

Il volto può mostrare, oltre all'emozione che si sta provando in uno specifico momento, anche la intensità o eventuale mescolanza e commistione con altre emozioni. Se le espressioni emotive sul volto possono essere palesi, almeno quelle principali, più difficoltà incontriamo per codificare e decodificare le microespressioni. Una microespressione, infatti, "passa sul viso" in meno di un quarto di secondo.

Al pari, degne di nota sono le espressioni soffocate: non appena un'espressione emerge sul viso, il soggetto sembra accorgersi di quello che rischia di manifestare e l'interrompe bruscamente. Se non si può ordinare a un muscolo un'espressione fittizia, allora sarà difficile anche inviargli un messaggio di "stop" per bloccarlo quando un'emozione autentica lo mette in azione. La fronte è la sede principale dei movimenti muscolari più difficili da falsificare. Inoltre, il sorriso è la copertura o maschera più comune.

Gli Occhi sono un altro elemento oggetto e soggetto di osservazione. Possono palesare

attenzione, serenità, sorpresa, ecc. Esistono alcuni cambiamenti prodotti dai muscoli che circondano il globo oculare e che andrebbero osservati criticamente. Questi muscoli modificano la forma delle palpebre, la quantità di iride e di bianco visibile, l'impressione generale della zona occhi. Inoltre, è relativamente facile muoverli o inibirli.

Grande attenzione andrebbe data, inoltre, alla direzione dello sguardo ma occorre intelligente cautela nel considerare il cambiamento di direzione come indicatore di verità o menzogna.

L'ammiccamiento può essere eseguito volontariamente, spesso, quando la situazione è tesa, ma è anche una risposta involontaria.

Le pupille si dilatano con l'emozione (non esistono vie nervose volontarie che permettono di riprodurre tale variazione, così come pallore, sudorazione, ...). Anche la luminosità incide, ovviamente, sulla dilatazione pupillare.

Possono essere considerati indicatori di inganno: l'asimmetria, la scelta di tempo, la collocazione nella conversazione.

Nell'asimmetria le stesse azioni compaiono nelle due metà del viso, ma sono più intense in una che nell'altra. Non vanno confuse con le espressioni unilaterali.

Nella mimica volontaria/involontaria, infatti, entrano in gioco circuiti nervosi differenti. Gli emisferi cerebrali dirigono i movimenti volontari del viso, non quelli involontari che sono generati dai centri inferiori, più primitivi del cervello.

Se molte espressioni del viso sono asimmetriche è probabile che non siano sentite.

Le espressioni di lunga durata (>5") sono probabilmente false, a meno che non si tratti di esperienze limite (culmine estasi, rabbia furiosa, depressione, ...).

La durata dell'espressione di pochi secondi indica, invece, autenticità. Ad esempio, se la sorpresa è autentica, tutti i tempi (attacco, stacco e

⁵ Benedetti, A., 2003, Pag. 33.

durata totale) devono essere inferiori al secondo. Se la mimica dura più a lungo, si tratta di sorpresa finta.

Una determinata espressione emotiva deve essere coerente rispetto al flusso di un discorso, inoltre, espressioni del viso non sincrone sono probabili indizi di falso.

Il senso delle espressioni del viso si capisce bene da quanto riportato e dal filone di studi di Ekman⁶.

“Le nostre esperienze ancestrali non ci hanno preparato ad essere astuti cacciatori di bugie. Coloro che hanno una migliore disposizione a cogliere le menzogne avrebbero avuto ben pochi vantaggi ai tempi dei nostri antenati, nei quali la promiscuità e la società chiusa e di piccole dimensioni conferivano alla menzogna dei costi sociali e personali molto alti. Nelle moderne società industrializzate le opportunità di ingannare sono tantissime e l'intimità è una facile conquista, perché ci sono molte porte chiuse. Quando un inganno viene rivelato, le conseguenze non sono poi così disastrose, visto che è sempre possibile cambiare città, lavoro, moglie: la nostra reputazione danneggiata non ci segue. Per questa ragione viviamo in un contesto che incoraggia la menzogna, dove è possibile nascondere l'evidenza e dove la necessità di sapersi difendere dagli inganni è molto alta. Tuttavia, non siamo stati preparati dalla nostra storia evolutiva ad essere sensibili agli indizi comportamentali che potrebbero rivelare una bugia.”⁷

Come esseri umani abbiamo quindi un naturale repertorio che può essere analizzato con una certa attenzione (Turco M., Lodeserto G., 2016). Se la probabilità di distinguere la verità da una menzogna è pari a circa il 50%, la conoscenza di tecniche e metodi di analisi verbale e non verbale, aumenta di molto la nostra probabilità di

“cogliere nel segno”.

Secondo Ekman osservatori addestrati a cogliere gli indizi presenti sul volto, sono in grado di individuare l'inganno con un 70% di accuratezza, che può arrivare fino al 100% se vengono tenuti in considerazione anche la gestualità e i movimenti del corpo. Tali conoscenze possono avere applicazione pratica ai fini delle investigazioni e quindi della Sicurezza? Secondo le ricerche disponibili sarebbe possibile capire anche se una persona è pericolosa o meno affidandosi alla sola osservazione. In America, ad esempio, il sistema Transportation Security Administration (TSA) è costituita da numerosi ufficiali addestrati a cogliere comportamenti sospetti o anomali tra i passeggeri. Questi esperti sono inclusi all'interno di un programma, chiamato Screening Passengers by Observation Technique (SPOT), in cui la metodologia impiegata per l'individuazione delle persone potenzialmente rischiose è l'osservazione.

Anche in Israele esistono persone altamente specializzate che si occupano di Sicurezza “solo” tramite lo strumento dell'osservazione, *“inoltre, sarebbe fattibile un'analisi delle così dette “vitality forms”, che sono espressione dinamica del nostro “stato interno” (Teoria della Mente). Ogni componente del movimento, infatti, ha un suo tempo, una forza, una direzione, uno spazio. Osservando tali componenti, l'osservatore capirebbe lo stato mentale di chi compie l'azione”⁸.*

TRA VERITÀ E MENZOGNA

Secondo una versione che potremmo definire complicata della vita, il linguaggio sarebbe stato inventato in modo da dare la possibilità alla gente di nascondersi reciprocamente ciò che pensa

⁷ Il Prof. Mark Frank dirige il Dipartimento universitario di Scienze comportamentali dell'Università di Buffalo (New York), è consulente di Scotland Yard e di molte altre unità investigative internazionali, oltre a far parte dell'Unità Comportamentale del FBI.

⁸ Turco M., Lodeserto G. (2016). Visual Sentiment Analysis. Nuove prospettive per la Cybersecurity. In IISFA Memberbook, pag. 103 e segg. Forlì, 2016.



veramente (C.M. De Talleyrand). È alquanto certo, allora, che occorre molta cautela nel considerare le parole, le frasi, i discorsi degli esseri umani, tra l'altro, senza scomodare ugualmente O.Wilde con il suo arguto suggerimento di fornire una maschera all'individuo per conoscere la verità! Nel grande calderone investigativo, nonostante i progressi scientifici e tecnologici, la fonte più importante, per fortuna o rassegnata amarezza, rimane sempre e comunque l'uomo.

Nel 1840, Moreu de Tours, usava sostanze come il protossido di sodio, il cloroformio e l'hashish, sostanze capaci di allentare il controllo degli interrogati. Nel 1931, Henry House, creò il Siero della Verità, tramite una composizione chimica di scopolamina della mandragora, mescalina della peyote e barbiturici. Ancor di più recente cronaca, negli Anni '60, la CIA, nel nome del Dr. Cameron, all'interno del Progetto MKUltra ("lavaggio del cervello") somministrò agli interrogati la conosciuta LSD, per poi giungere fino agli Anni '80, in cui veniva adoperata la MDMA (Ecstasy), utilizzata anche in psicoterapia per incrementare le capacità di autoanalisi.

Tutto ciò non ha potuto far altro che comportare degli effetti dannosi per il soggetto, prevedibili o meno, come una regressione psicotica e danni cerebrali irreversibili o comunque utili ai fini pratici dell'interrogatorio, come effetto placebo o tensione psicologica, ai fini di far cedere il sospettato o l'informatore.

Testimonianze di tecniche di interrogatorio risalenti al 900 a.C. sono, ad esempio quelle di Vedas: *"un avvelentatore può essere riconosciuto. Non fa domande, da' risposte evasive, usa frasi senza senso, sfrega l'alluce a terra, ha i brividi, ha il volto pallido, si gratta la testa con le dita e cerca di lasciare casa a tutti i costi..."*. Ma già nel III Secolo a.C. c'è una prima perizia per uno scandalo sessuale. Eristrato, medico greco e anatomista, aveva trovato un metodo apparentemente oggettivo per riconoscere la menzogna: misurare il battito cardiaco. Si narra che Alessandro Magno chiese una consulenza ad Eristrato per valutare se Antioco, figlio di un suo ex generale, avesse avuto una

relazione con la sua matrigna Stratonice. Quando Eristrato valutò il battito cardiaco di Antioco, non ebbe dubbi! Le sue pulsazioni erano troppo tumultuose e quindi aveva avuto tale relazione con il sospettato. Altre tecniche suggestive ma ascientifiche prendono piede nel corso dei secoli. Nel "calvario della bilancia" il presunto colpevole era posto su una bilancia prima e dopo il calvario del giudice. La persona era considerata colpevole in casi di dimagrimento dopo il calvario!

Il metodo del "boccone di riso", diffuso in Cina e India, consisteva nel dare un boccone di riso al sospettato. A seguito di un lungo periodi di preghiera e di suggestione, si suggeriva che una divinità avrebbe bloccato la gola del colpevole, impedendogli di deglutire. La suggestione o la paura spesso bloccavano effettivamente la deglutizione. In Europa, nel periodo dell'Inquisizione esisteva un metodo simile basato su un boccone di pane e formaggio!

Di fatto, la vera svolta nasce con il primo strumento di misura efficace per il battito cardiaco: il pulsilogium di Galileo Galilei del 1581.

Lo studio del battito cardiaco è forse il primo passo che porta l'attenzione degli studiosi sui processi fisiologici ed emotivi. Lancisi, nel 1728 ha scritto "De motu cordis", affermando che l'emozione è prodotta dalla relazione tra funzioni mentali, nervi e coronarie del cuore.

Altri strumenti per lo studio dei processi fisiologici ed emozionali furono: lo sfigmomanometro, il pletismografo di Mosso, l'idrosismografo di Lombroso, sino al poligrafo, volgarmente definito macchina della verità.

Con l'elettrogastrogramma, Hotson, nel 2005, dimostra, inoltre, che in caso di menzogna c'è una riduzione delle onde basse al livello di funzionamento dei muscoli dello stomaco⁹.

Si è così passati, da una ricerca della verità, ad una ricerca simil ossessiva della menzogna.

La menzogna comporta, infatti, un "lavoro psicologico" in grado di provocare tensione fisiologica ed emotiva, oltre a consequenziali stati ansiogeni.

Oggi, si può fare affidamento ad una serie di sistemi, modelli, teorie e strumentazioni scientificamente

riconosciute per l'identificazione della menzogna. Si è passati, infatti, velocemente dalle convinzioni lombrosiane al Lie Detector, passando al Voice Stress Analyzer e al Sistema FACS, sino allo Scientific Content Analysis (SCAN), al Verbal Inquiry Effective Witness (VIEW) ed alla Rilevazione termica del viso. Inoltre, in via sperimentale, si utilizzano anche procedure moderne di neuroimmagine¹⁰. Probabilmente, con la tecnologia è aumentato, al contempo, il potere illusorio e narcisistico dell'animo umano e capita, alcune volte, che l'osservatore/operatore, banalmente, incappi in una serie di errori di decodifica (falsi positivi)¹¹.

PARLIAMO, PARLIAMO...

Fra i vari indici biometrici di riferimento (quali ad esempio nome e cognome, codice fiscale, gruppo sanguigno, DNA...) la voce è quello che ha un grado di complessità elevato, una certa variabilità ed una valutazione più o meno soggettiva.

"Tra le caratteristiche biometriche comportamentali, come calligrafia o stile di battitura, che risultano caratteristiche uniche ma variabili, e le caratteristiche fisiologiche, uniche e invarianti, (come DNA, impronte digitali, occhio...), la voce può essere classificata

tra le caratteristiche biometriche ibride, così come anche i suoni cardiaci". (Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M., 2016, pag. 89,90).

Attraverso la voce trapelano molte informazioni: ansia, paura, nervosismo, stanchezza, orgoglio, dolore, amore. Sovente, anche il temperamento si attribuisce ascoltando una data intonazione. La nostra anima, quindi, è anche nelle corde vocali!

Quando siamo sereni, la nostra voce sarà molto probabilmente "calda" ma ugualmente importante è il ritmo del parlato: lento, veloce, con inceppamenti, rallentato, eccessivo, alto, monotonico, ecc. Un certo stato di emotività, ad esempio, spinge ad aumentare la velocità del parlato così come soggetti in stato depressivo tenderanno ad avere una riduzione di intensità e di velocità vocale. Le parole, in questo caso, denoteranno apatia e rassegnazione.

È importante sottolineare che in alcune culture i parametri sono differenti rispetto al nostro¹². Il livello di voce di un americano è basso secondo un arabo, mentre gli americani sostengono che gli arabi gridino eccessivamente.

Alcuni studi¹³ effettuati attraverso uno

9 Un'interessante disquisizione dell'evoluzione delle tecniche di interrogatorio è stata effettuata dal Forensics Group, nella 1^a Conferenza di Psicologia Criminale, Roma, novembre 2015, a cui hanno partecipato esperti italiani, rumeni e bulgari e che ha visto, tra l'altro, l'intervento del Direttore della Scuola di Formazione dei Servizi di Informazione e Sicurezza della Repubblica.

10 Per una discussione approfondita, si leggano i capitoli Il sistema Facial Action Coding System nella Criminologia, nell'Investigazione e nella Sicurezza e La raccolta di notizie, l'Interrogatorio e la Testimonianza, in Crime Analyst, aspetti psicocriminologici e investigativi, di Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M., 2016, Primiceri ed.

11 Per falso positivo si intende un'erronea smentita dell'ipotesi sulla base di una testimonianza non valida, che porta dunque a considerare per vera l'informazione ottenuta o elaborata. I falsi positivi possono, ovviamente, scaturire da uno stato emotivo alterato da parte del soggetto ascoltato in fase interrogatoria, che quindi può rivelare informazioni passibili per vere, quando in realtà non lo sono. Alcuni esempi di situazioni limite nei quali è possibile produrre dei falsi positivi possono essere: timore di essere scambiato per il colpevole, preoccupazioni di cosa potrebbe accadere durante la custodia e l'interrogatorio, paura che vengano scoperte altre trasgressioni, sindrome di Otello.

12 Si veda La voce in L'osservazione per l'Intelligence e l'indagine, di Benedetti A., 2003, Erga, Genova.

13 Si veda Ostwald (1963) citato in L'osservazione per l'Intelligence e l'indagine, di Benedetti A., 2003, Erga, Genova. pag. 74.



spettrografo, hanno evidenziato che una data patologia mentale influenzi la voce. Ad esempio, la voce "acuta" è stata rilevata soprattutto in pazienti nevrotici; la voce "piatta" è osservata in depressi e dipendenti; la voce "sorda" è stata riscontrata in pazienti cerebrolesi con astenia o esaurimento; la voce "robusta" riscontrata in persone sicure, sane ed estroverse. Ovviamente, anche genere ed età influiscono sulla voce.

Lo studio della voce rientra nell'ambito della Fonetica, mentre la Linguistica studia il ruolo, la forma e il valore che il linguaggio può avere all'interno di un dato contesto. La costruzione di frasi, la scelta delle parole, la punteggiatura, rientrano in uno stile preciso che è caratteristico di una persona. Si parla anche di "stilistica" ¹⁴. Sarebbe possibile, secondo alcuni studiosi, parlare di vere e proprie "impronte digitali stilistiche", di "impronte digitali linguistiche" o addirittura di "DNA linguistico" ¹⁵.

Ma cosa accade quando il processo comunicativo viene mediato da un sistema alternativo? Durante la comunicazione telefonica, ad esempio, in caso di scambio di informazioni o semplice processo comunicativo è così semplice distinguere la verità dalla menzogna? E se il chiamante avesse un ruolo chiave anche in situazioni complicate, come in casi di crimini, omicidi ed altri misfatti? E

banalmente, la credibilità è sempre una proprietà intrinseca di una persona?

I quesiti, ovviamente, diventano rilevanti e intellettualmente intriganti in chiave di Sicurezza. La credibilità è qualcosa che deve, necessariamente, essere riconosciuta dagli altri. Questo, il parere di alcuni sociologi ¹⁶. Ne deriva che essa è qualcosa di soggettivo e non oggettivo e dipende anche dai meccanismi della nostra mente in termini di ricordi, emozioni, esperienze, logiche. Di fatto, la credibilità ha radici specifiche e se vogliamo, diversificate: radice cognitiva, radice etico-normativa e radice affettiva.

Il problema della credibilità si pone, soprattutto, quando le relazioni sono caratterizzate da livelli crescenti di estraneità. In tal senso, entra in gioco il concetto, se vogliamo, parallelo, di fiducia. Il sociologo tedesco Luhmann parla di fiducia in questi termini: *"La fiducia non nasce da un pericolo intrinseco ma dal rischio ... ciò che determina il rischio è un calcolo puramente interiore delle condizioni esterne"*.

Parallelamente, i vari gradi della fiducia possono essere rappresentati, agli antipodi, da "sospetto" e "credulità".

Tale trattazione, prega di ulteriori riflessioni, ovviamente, si colloca in modo strategico in contesti comunicativi delicati (aiuto, soccorso,

14 Vedere anche Elementi di Fonetica e Fonologia Forense in Crime Analyst, aspetti psicocriminologici e investigativi, di Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M., 2016, Primiceri ed.

15 Si legge in Dharma Project, pag. 264 e segg. in Crime Analyst, aspetti psicocriminologici e investigativi, di Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M., 2016, Primiceri ed. "Per quanto riguarda, invece, le dichiarazioni rese da un individuo, l'analisi delle parole utilizzate, la sequenza delle frasi, la lunghezza delle frasi, delle pause effettuate permettono ad uno psicolinguista esperto di stabilire se l'interrogato ha detto la verità o meno, il grado di autenticità ed attendibilità di quanto dichiarato durante un interrogatorio e di valutare la spontaneità di una confessione o di una testimonianza. Ricavare da un testo, redatto con finalità criminali e di autore sconosciuto, informazioni riguardo quest'ultimo che risultino utili nel contesto delle indagini. Una valutazione di questo tipo è molto importante per stabilire il modo di approccio e la condotta negli interrogatori successivi. L'analisi psicolinguistica può fornire delle risposte sulla motivazione e determinazione dell'autore, sulla sua personalità e su alcune caratteristiche demografiche".

16 In La credibilità, quando e perché la comunicazione ha successo, Rubbettino, 2005, Guido Gili affronta in modo sistematico il problema della credibilità indagandone la natura, le radici, i caratteri e i segni.

emergenza, sicurezza), ovvero quando occorre conoscere, in un tempo quasi immediato, se la persona che comunica, magari anche al telefono, è credibile o meno. A tal proposito, si pensi al lavoro del 118, 113, o in generale al lavoro di operatori presso centrali operative di aiuto e soccorso (riferimento anche all'istituzione del 112, ovvero al numero unico di emergenza)¹⁷.

LINGUISTICA RIVELATRICE

Alcuni studi pionieristici evidenziano come l'organizzazione del contenuto di una frase può essere indicativo di innocenza o colpevolezza. La stessa FBI ha elaborato una vera e propria check-list di indicatori linguistici¹⁸.

In generale, occorre da subito rilevare se vi è una richiesta di aiuto o meno e se tale richiesta viene prima della spiegazione del problema. Da notare anche il livello di specificità della richiesta o se al contrario, essa è vaga o aspecifica. Indicativo, anche, l'utilizzo del verbo avere che rappresenterebbe una "possessione del problema".

Partiamo da una prima osservazione base: una persona che parla della sua innocenza, potrebbe esternare banalmente "Sono innocente". Frasi tipo "Mi reputo innocente", "Reclamo la mia innocenza", "Rifiuto tale accusa" risulterebbero, secondo una prima analisi testuale, almeno strane o anomale.

Le telefonate in caso di omicidio sono grande fonte di informazione. Il chiamante potrebbe essere lo stesso autore o un testimone e il modo in cui il chiamante organizza il contenuto può essere indicativo di innocenza o colpevolezza. Questo almeno secondo quanto prevede il FBI, considerando una lista di indicatori precisi. Un indicatore

non può, ovviamente, rappresentare una prova, ma fornisce utili indicazioni. L'FBI Academy fornisce così una lista di indicatori specifici.

Punti primari da considerare:

1. Presenza di una richiesta di aiuto, soccorso, ...
2. Oggetto della richiesta.
3. Presenza del luogo.
4. Immediatezza della chiamata.
5. Ordine degli elementi verbali.

La mente ha la "tendenza" a riordinare gli elementi in termini di importanza. Infatti, nelle telefonate di emergenza, occorre sempre verificare se la richiesta di aiuto e le evidenze di un problema sono poste all'inizio della telefonata, oppure alla fine. In quest'ultimo caso, infatti, occorre sospetto, poiché il soggetto sta tendendo, probabilmente, di dilazionare il tempo.

6. Modulazione della voce.

La voce, nelle chiamate di emergenza, solitamente non è monocorde. Ci si aspetta, infatti, una certa modulazione, specie se oggetto della conversazione è qualcosa di pericoloso e fatale o riguarda, in genere, una percezione del rischio.

7. Chiamante che parla prima della risposta.

Prima che il *dispatcher* parli c'è, solitamente, una pausa di 1 secondo circa. Se siamo in una condizione di richiesta di aiuto e di urgenza, parleremo prima dello stesso dispatcher.

8. Autocorrezioni.

Il presunto "colpevole" pianifica la chiamata e raramente si autocoregghe. L'autocorrezione è più frequente negli innocenti.

9. Informazioni estranee.

Il presunto "colpevole" utilizza informazioni aggiuntive che non sono strettamente connesse

¹⁷ Si veda progetto "One minute may save a life", Erasmus+ 2014-2016, Italia, Inghilterra, Romania, Cipro. Il progetto europeo affronta la tematica rilevante della gestione delle chiamate di emergenza e l'importanza di una formazione specialistica per gli operatori.

¹⁸ Si vedano, in particolare, gli studi e le applicazioni di Susan Adams che specifica, tra l'altro, che le telefonate in caso di omicidio sono grande fonte di informazione. Il chiamante, infatti, potrebbe essere lo stesso autore o un testimone.



con l'emergenza.

10. Cortesia inappropriata.

L'eccesso di gentilezza o in generale il galateo e le buone maniere, non sono tipiche di una chiamata di emergenza, soprattutto in caso di segnalazione di omicidio. Inoltre, il chiamante innocente non rispetterà i turni della conversazione.

11. Accettazione della morte.

12. Accettazione della morte nel caso di un parente.

La morte crea svariati conflitti di accettazione. Di norma, se la vittima è un parente o comunque una persona in stretto legame affettivo, non si dovrebbe usare il termine morte.

13. Possessione del problema.

Si identifica con la frase "... ho un ..." La vittima viene resa oggetto. Più tipico nelle situazioni di colpevolezza.

14. Insultare o incolpare la vittima.

È abbastanza inusuale che il chiamante insulti o incolpi la vittima o che comunque, utilizzi termini e categorizzazioni negative.

15. Minimizzare usando il "solo".

16. Minimizzare usando "appena".

Usare il "solo" o "appena" appare sospetto. La persona, in questo caso, tenta di discolparsi senza che di fatto, nessuno gli ha imputato una colpa. In tal senso, il chiamante si autogiustifica.

17. The "Huh factor".

Il dispatcher ben addestrato deve essere in grado di fare delle domande di specificazione e puntualizzazione. Le "non risposte" del chiamante, infatti, sono dovute al fatto che il soggetto non ha in memoria il dato in questione. Inventarlo sul momento richiederebbe uno sforzo eccessivo ... *huh...*

18. Ripetizione.

Nelle richieste di soccorso veritiero, il chiamante usa spesso ripetizioni ("... ho mio dio, mio dio, mio dio, ...").

19. Resistenza a rispondere.

Il chiamante non fornisce risposte alla domanda o comunque, devia l'argomento.

20. Fatti conflittuali.

Il chiamante fornisce informazioni e dati che non collimano. Il soggetto si contraddice.

Schematizzando, esistono diverse misure da considerare in caso di conversazione nelle telefonate di emergenza¹⁹.

- Misure di immediatezza: richiesta di aiuto, aiuto per vittima *vs* chiamante, luogo, immediatezza, modulazione vocale, chiamante che parla prima del dispatcher.
- Misure distanzianti: insultare, incolpare, accettazione della morte, possessione del problema, cortesia inappropriata, minimizzare.
- Misure di accuratezza: autocorrezioni.
- Misure di estraneità: informazioni estranee.
- Misure di evasione: resistenza a rispondere, "*huh factor*", fatti conflittuali, ripetizioni.

Un aspetto chiave in fase di valutazione delle informazioni sono le "barriere verbali", ovvero parole utilizzate durante una conversazione che, sovente, vengono utilizzate da un mentitore per prendere tempo.

Sarebbe sufficiente eliminare una certa parola durante la conversazione e verificare se la frase muta di significato. Le barriere verbali possono essere di diversi tipi: ponti temporali, intercalari e riempitivi, non-parole, non-sense, ripetizioni di parole, digressioni.

Ponti temporali: e dopo, quindi, dopodichè, a questo punto, a quel punto, ...

Le non parole sono solitamente usate per

19 Argomento trattato analiticamente in Metodi e Tecniche Psicologiche per l'Operatore di Emergenza.

www.oneminutemaysavealife.eu. Best practices exchange and development in dealing with emergency situations.

Erasmus+ Programme, KA2, Vocational, Education and Training – Cooperation from innovation and the exchange of good practices – Strategic Partnerships for vocational education and training.

riempire i silenzi. È una prassi comune che però viene incrementata quanto il nostro carico cognitivo aumenta: vocalizzazioni, raschiare la gola, soffiare, colpi di tosse.

Non sense: sono frasi che includono una contraddizione.

Ripetizioni di parole: consiste nella ripetizione letterale delle stesse parole, più volte. Quando una persona mente, il carico cognitivo sale, per cui il parlante tende a riutilizzare le parole che ha in memoria a breve termine, in quanto si tratta di parole più accessibili in quel momento.

Le variazioni del tempo consistono in cambiamenti nel tempo del verbo e indicano inganno²⁰. Quando una persona rievoca un dato passato, usa solo il verbo al passato poiché colloca l'azione nel passato, non dovrebbe, dunque, collocarla nel presente.

Diminuzione della self-reference: il mentitore non vuole porre attenzione su di sé. A livello psicologico tenderà ad eliminare la particezza "Io" come se si volesse cancellare dalla frase. Possiamo allora avere: cancellazione dell'Io, uso delle frasi impersonali, cancellazione dei pronomi, proiezioni in 2^a e 3^a persona.

L'innocente negherà il comportamento criminale in maniera diretta, dando le evidenze subito, parlando in modo specifico. Il colpevole tende a parlarne in maniera indiretta e a dilazionare o omettere la negazione di un crimine. Non rispondere direttamente ad una domanda indica "dissimulazione".

Importanti sono anche i dettagli sensoriali: visivi,

uditivi, olfattivi, tattili, gustativi. Tali dettagli tendono a diminuire nelle storie inventate.

Chi mente ha un carico cognitivo elevato, sebbene si è dimostrato che vi è un minore livello di complessità cognitiva: riproduzione di conversazioni, interazioni, stati mentali propri e altrui sarebbero ridotti e invece frequenti nelle storie vere. Le persone che mentono, inoltre, sono molto focalizzate sul contenuto e dimenticano di allineare il tono della voce con quanto espresso verbalmente. Riscontreremo, allora un tono monocorde o incongruente.

È stato dimostrato che per gli eventi sperimentati ci sono maggiori informazioni affettive, come le reazioni emozionali e meno esempi di operazioni cognitive. I sospetti o le vittime coinvolte in eventi traumatici possono includere emozioni nelle loro narrative dell'evento. Le vittime che dicono la verità o i sospetti spesso concludono le loro narrative con descrizioni specifiche di paura, rabbia, imbarazzo o shock²¹. Durante l'evento traumatico in se, le vittime sono generalmente non consapevoli delle emozioni; quando la crisi è finita, in ogni caso, le emozioni si sviluppano nella coscienza. Altre ricerche²² parlano del criterio "riportare esperienze soggettive" come un elemento di realtà per distinguere storie veritiero da quelle finte così come lo "stato mentale soggettivo" come uno dei 19 criteri di veridicità della CBCA²³. Si è dimostrato che l'inclusione dell'esperienza soggettiva era significativamente più presente nelle storie vere che in quelle false. Per la Tecnica

²⁰ Studi di Dulaney, 1982; Rudacille, 1994; Sapir, 1996, riportati, tra l'altro, in Crime Analyst, aspetti psicocrimologici e investigativi, di Turco, M., Lodeserto G., Bruscella M., 2016, Primiceri ed.

²¹ Studi riportati in Kaster, 1999; Parker & Brown, 2000.

²² Studi riportati in Dana-Kirby (1997); Steller e Koehnken, 1989; Undeutsch, 1989.

²³ La SVA, Statement Validity Analysis è una tecnica utilizzata per valutare la credibilità nelle testimonianze fornite dai bambini in caso di abusi sessuali. La seconda parte della SVA, è costituita da uno strumento creato per valutare in maniera sistematica la qualità del resoconto prodotto durante l'intervista, chiamato Criteria- Based Content Analysis (CBCA). La CBCA si basa sull'ipotesi di Undeutsch, ovvero sul fatto che un racconto derivato dal ricordo di un evento reale differisce nel contenuto da un altro basato sull'invenzione o sull'immaginazione.



SCAN ²⁴, includere un'emozione al centro della frase è da vedere con sospetto. Inoltre, dovrebbe esserci una sorta di allineamento tra le emozioni espresse non verbalmente e verbalmente.

LA CONCLUSIONE È IL PUNTO IN CUI CI SIAMO STANCATI DI PENSARE.

Tali studi sembrano quasi voler complicare la famosa ricerca della verità ma "tutto è complesso prima di essere semplice"! Occorrerebbero sicuramente approfondimenti e applicazioni anche nel panorama Italiano, estendendo metodi e metodologie anche in altri contesti come quello della Sicurezza. In genere, questo tipo di Linguistica Applicata risulterebbe strategica ai fini delle diverse attività di Intelligence, in stretta combinazione e armonica sinergia con l'Analisi Fonologica, la Stilometria e se vogliamo anche la Sentiment Analysis ²⁵.

I metodi che potremmo implementare ai fini dell'Intelligence sono in realtà più estesi e articolati di quanto si possa pensare. Inoltre, non occorre sempre e comunque affidarsi ai moderni sistemi tecnologici e informatici che sicuramente facilitano le varie attività da un lato, ma andrebbero, comunque e sempre affiancate al nostro "naturale repertorio" che va, obbligatoriamente affinato e alimentato, prima che si affievolisca per normale pigrizia mentale, comodità cognitiva o semplicemente stress, facendo scivolare nell'oblio cognizioni, emozioni e motivazioni umane. Partiamo dunque, sempre e comunque dalla teoria, perché "è la teoria a decidere cosa possiamo osservare" diceva Einstein. Studiare le parole è arte complicata ma ugualmente pragmatica. *"Venite adunque, e scendiamo a confondere il loro linguaggio in modo che non s'intendano più"* (Genesi, 11,7).

BIBLIOGRAFIA.

- Beck U. (2000). La società del rischio. Verso una seconda modernità. Carocci, Milano.
- Benedetti A. (2003). L'osservazione per l'intelligence e l'indagine. Erga, Genova.
- Caligiuri M. (2016). Intelligence e Scienze Umane, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Caso L., Vrij A. (2009). L'interrogatorio giudiziario e l'intervista investigativa. Il Mulino, Bologna.
- Ekman P. (2011). I volti della menzogna. Giunti, Milano.
- Ekman P., Friesen W.V. (2007). Giù la maschera. Giunti, Milano.
- Guido G. (2005). La credibilità, quando e perché la comunicazione ha successo, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Spitzer M. (2014). Demenza Digitale. Corbacchio, Milano.
- Turco M., Lodeserto G. (2016). Visual Sentiment Analysis. Nuove prospettive per la Cybersecurity. IISFA Memberbook, Forlì.
- Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M (2016). Crime Analyst, aspetti psicocriminologici e investigativi. Primiceri, Padova.
- [www.oneminutemaysavealife.eu.,](http://www.oneminutemaysavealife.eu/)
"One minute may save a life", Erasmus+ 2014-2016, Italia, Inghilterra, Romania, Cipro, Metodi e Tecniche Psicologiche per l'Operatore di Emergenza. Best practices exchange and development in dealing with emergency situations. Erasmus+ Programme, KA2, Vocational, Education and Training – Cooperation from innovation and the exchange of good practices – Strategic Partnerships for vocational education and training.

²⁴ SCAN, Scientific Content Analysis è una tecnica scientifica di analisi di una dichiarazione resa in forma scritta. Ogni parola viene analizzata secondo griglie specifiche comparando con le costruzioni linguistiche di chi mente.

²⁵ Si legga anche Dharma Project: integrated analysis, monitoring and profiling in security e Sentiment & Visual Analysis in Crime Analyst, aspetti psicocriminologici e investigativi di Turco. M., Lodeserto G., Bruscella M (2016). Primiceri, Padova.



SESSUALITÀ E ADOLESCENZA DALLA “CICOGLA” ALLA PORNOGRAFIA

Roberta Giusto
Psicologa

RIASSUNTO

Il presente contributo si pone come obiettivo quello di fornire una panoramica sulla sessualità con particolare riferimento alla fase adolescenziale della vita di un individuo. Sensibilizzare ed educare le giovani mente su questo peculiare argomento risulta indispensabile per lo sviluppo della loro identità e personalità. La rassegna prevede un iniziale quadro riguardante le dinamiche sessuali in età adolescenziale; le quali, spesso, subiscono l'influenza e il potere dei mass media e social media. Quest'ultimi forniscono innumerevoli informazioni circa la sessualità in modo immediato, facile e apparentemente sicuro. Il rischio si insidia, però, più velocemente di quanto si possa pensare e i fenomeni di *sexting* e *grooming* ne sono un ampio esempio. Entrambi i fenomeni pericolosi e penalmente perseguitabili fomentanti dall'avvento della tecnologia. I ragazzi sono sempre più precoci nella scoperta di sensazioni forti, che cercano spesso agendo “d'impulso”, senza prevedere le conseguenze nella vita reale e l'impatto sul loro equilibrio psicofisico e su quello delle persone coinvolte. Questa impulsività può portare gli adolescenti

ad incorrere in conseguenze pericolose anche per la salute come la trasmissione di malattie veneree. L'ultimo aspetto che l'autore ha voluto approfondire è quello dell'educazione sessuale soprattutto in ambito scolastico. È chiaramente, quest'ultimo, il luogo educante per eccellenza che dovrebbe prendersi carico di implementare in maniera trasversale, nel proprio processo didattico, anche un processo formativo ed educativo circa la sessualità.

PAROLE CHIAVE

sessualità, adolescenza, sexting, grooming, pornografia, educazione

INTRODUZIONE

La sessualità degli adolescenti è una tra le più diffuse preoccupazioni della società: essa sembra presentare aspetti oscuri ed inquietanti, rischi e pericoli. Si “vede” ovunque, non occorre andarla a cercare; ci troviamo di fronte, però, ad un flusso costante di immagini più o meno velatamente riferite al sesso ma di sessualità non si parla. La reticenza nel riconoscere il giusto spazio ad un argomento come la sessualità



è sintomo di un disagio diffuso, che diventa malessere nel momento in cui viene associata all'adolescenza. Il progresso della tecnologia, poi, ha dato vita ad una rincorsa verso una sessualità facile e immediata. Questo permette all'adolescente un contatto diretto con il mondo che vorrebbe esplorare in autonomia nonostante non abbia le giuste competenze cognitive ed emotive. Basti pensare al fatto che l'avvicinamento alla sfera sessuale è sempre più precoce; purtroppo però, molto spesso e soprattutto per quanto concerne determinati argomenti, il mondo virtuale non è a misura di bambino e/o preadolescente. Potrà diventarlo solo se noi adulti sapremo regolamentare, supervisionare e accompagnare i minori all'interno di un territorio così vasto e complesso.

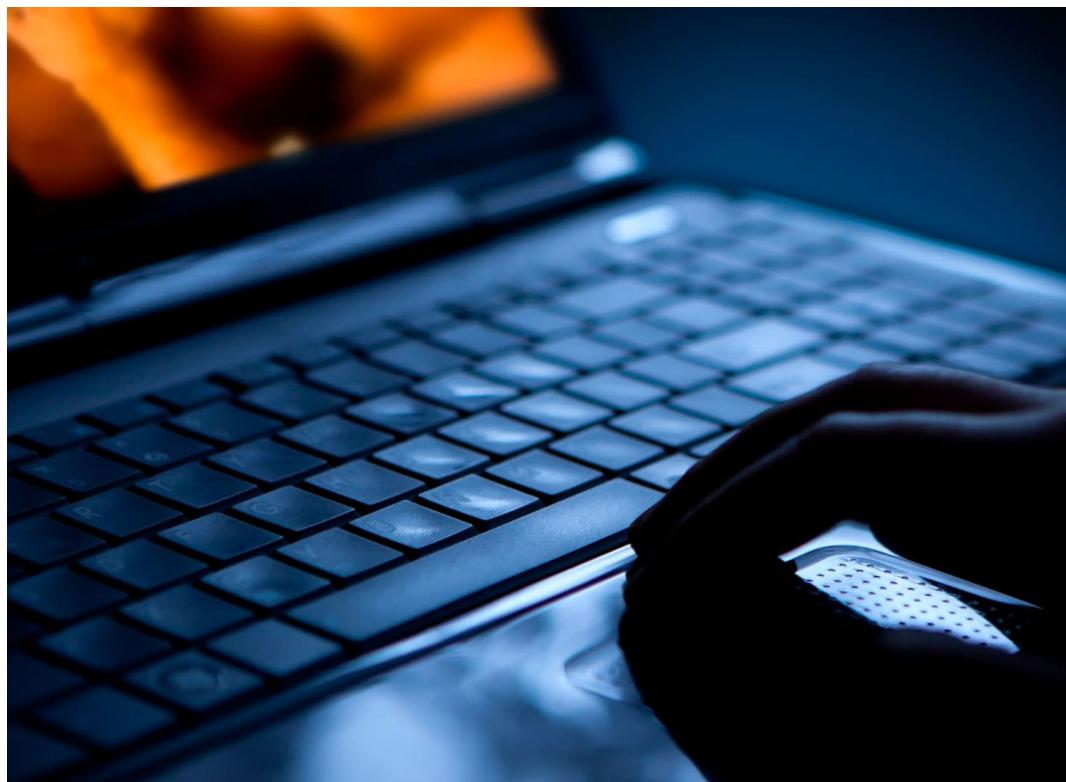
LA SESSUALITÀ IN ADOLESCENZA

La sessualità è una componente dell'identità individuale e, nello stesso tempo, una costruzione sociale. Nell'adolescenza i cambiamenti puberali, che accompagnano lo sviluppo sessuale e la maturità riproduttiva, costringono ad una modificazione dell'immagine del corpo, con possibili rilevanti conseguenze sia fisiche, sia psicologiche, sia sociali. In questa fase delicata della vita la sessualità diventa una realtà concreta ed agitata: ciò fa di essa un periodo particolarmente critico e denso di domande sui significati della sessualità. Individuare le ragioni affettive che sottostanno ai comportamenti sessuali degli adolescenti è importante perché spesso le trasgressioni sono azioni opache, oscure nelle motivazioni e nelle intenzioni, difficili da spiegare e giustificare perfino per il ragazzo stesso o per il gruppo che le mette in atto. Comprendere il significato di un atto aggressivo consente inoltre di fornire risposte adeguate ai bisogni evolutivi che esprime e ai conflitti che rappresenta e di prevenire quindi il passaggio dalla trasgressività a comportamenti delinquenziali. Bisogna aiutare l'adolescente a farsi consapevole del significato inconscio espresso dai suoi comportamenti e ciò permetterà di essere più in grado nell'orientarsi e

controllarli. L'aspetto che non bisogna mai sottovalutare è che tra l'evento fisico della pubertà e le modifiche psichiche non c'è rispondenza né lineare né automatica: ad esempio, manifestazioni psichiche prima di uno sviluppo puberale, non sempre sono attribuibili ad una pseudo-adolescenza. Come pure, la presenza di un corpo con caratteristiche d'avvenuta pubertà nulla garantisce sul processo psichico di genitalizzazione in atto o meno. Quanto al non essere automatica, Green (1998) ci ricorda che esiste uno scarto temporale tra modifiche corporee puberali e modifiche psichiche dell'adolescenza (da lui definitiva seconda latenza post puberale), durante il quale si svolge un lavoro psichico che scongiura la potenzialità psicotica insita in ogni adolescenza se portato a compimento. Questo scarto temporale è collegato anche ai nuovi funzionamenti familiari, basati sul consenso e sull'evitamento di conflitti, non più sull'autorità. I rapporti genitori-figli diventano simmetrici e in stretta mutua dipendenza affettiva e narcisistica: se, da un lato, questo favorisce nei bambini spirito d'iniziativa a rischio di una precoce se non falsa maturazione, dall'altro si assiste ad una persistente intolleranza alle frustrazioni, a fragilità narcisistica, impulsività, a un impoverimento dell'attività immaginativa e un dileguarsi del senso dell'attesa. Gli adolescenti sanno che gli interventi educativi si attuano attraverso la gestione di una certa quantità di regole per le quali è giusto chiedere il rispetto. L'obbedienza e l'osservanza delle norme concordate è fondamentale e gli adolescenti lo sanno e sono in grado di accettarle. Anzi le richiedono. Infatti benché molti ragazzi possono essere contenti di godere di un regime di permissività ampia, spesso sono conscienti di avere dei genitori troppo buoni che concedono tutto, troppo, o insegnanti senza polso con cui si può permettere tutto. Le regole allora sono come dei segni che delimitano uno spazio, danno un orientamento. I limiti danno consistenza alla realtà, segnano un confine (Maiolo, 2006). Un tempo erano molto più marcati mentre oggi sono sbiaditi. Infatti è proprio la

visione delle figure genitoriali che in primo luogo si viene a modificare perché perdono i caratteri idealizzati dell'infanzia, insieme alla percezione complessiva della realtà dove la stessa immagine corporea si trasforma assumendo nuovi poteri. Un fattore importante per questa fase di crescita è rappresentato dalle modalità con le quali i genitori rinegoziano i livelli di controllo e gli spazi di autonomia decisionale concessi ai figli sui diversi ambiti della vita quotidiana. Questo processo mette alla prova le capacità dei genitori di modulare il proprio stile genitoriale (la supervisione sui comportamenti dei figli e il sostengo fornito) in risposta ai cambiamenti attraversati dei figli (cf. Cicognani e Zani, 2003; Cicognani et al., 2005). Le ricerche hanno indicato che lo stile educativo ottimale per lo sviluppo dell'adolescente è quello che contempla livelli elevati di sostegno emotivo accanto a funzioni di controllo e monitoraggio. Non a caso il sostengo

dei genitori è emerso come un fattore di protezione anche rispetto a sintomi depressivi, condotte antisociali e uso di sostanze da parte degli adolescenti (Martinez.Gracia et al., 2002). Con i cambiamenti del corpo sopraggiunge un'intensificazione delle spinte sessuali e aggressive che hanno come primo oggetto le figure genitoriali. Nello stesso tempo i legami con gli oggetti dell'infanzia devono essere sciolti e spostati sulla generazione dei pari. La costruzione dell'identità e il raggiungimento dell'autonomia personale si riassumono nel processo di soggettivazione, cioè «quel processo di assunzione della soggettività che va dalla nascita alla fase conclusiva dell'adolescenza e che consente o meno l'instaurarsi di uno spazio psichico personale, la possibilità di un lavoro interno di trasformazione e creazione» (Cahn, 1998). In questo percorso il corpo viene "personalizzato" anche sessualmente. Bertolini e Neri (2005) sostengono che





sesso e sessualità non nascono integrati: anche in un adolescente sano il sesso esiste prima della sessualità. Le sue componenti pregenitali, vissute nell'infanzia, ricompaiono come tali all'inizio dell'adolescenza. Infatti la maturazione sessuale, con le connesse modificazioni e ri-strutturazioni che impone all'adolescente, avviene sempre più precocemente, mentre l'acquisizione dello *status* di adulto, è sempre più dilazionato nel tempo e si caratterizza per l'assunzione di contorni sempre più indefiniti. L'adolescenza comincia con la pubertà, contraddistinta tra modificazioni endocrine e somatiche, che inducono poi in età adulta ad una piena maturità sessuale e fisica. Lo sviluppo psico-fisiologico dell'adolescente non segue un percorso lineare e identico per tutti i ragazzi/e, ma è il risultato di un'interazione tra individuo e contesto di appartenenza, che è attiva per tutto l'arco della vita e le traiettorie evolutive sono irregolari. L'adolescenza nella recente letteratura non è dunque più intesa come una fase che accomuna tutti gli adolescenti in quanto necessaria conseguenza dello sviluppo fisiologico, ma è un percorso influenzato dalla cultura, dal tipo di contesto, dalle opportunità offerte dall'ambiente, dalle differenze individuali fisiologiche e cognitive. Come sostiene Schaffer lo sviluppo dipende sia dal titolo di esperienza pregressa che dalle capacità della singola persona di rielaborare tale esperienza. A fronte di tutto questo, è chiaro come acquisire la capacità di vivere serenamente la propria sessualità rappresenta per l'adolescente una complessa sfida, che diviene tanto più articolata quanto più quel ragazzo non ha sviluppato le competenze sociali, emotive e cognitive necessarie per realizzare un'esperienza sessuale, capace di promuovere lo sviluppo dell'identità e l'acquisizione di una maggiore autonomia affettiva dal nucleo familiare di origine. A questo si aggiunge che la maggior libertà sessuale delle nuove generazioni sembra rendere più precoce l'età di esordio dei primi rapporti sessuali senza una adeguata maturazione affettiva. Quest'ultima, che può essere definita come "la capacità

che il ragazzo sviluppa nel controllare le pulsioni e nell'integrare le emozioni, incanalandole ed esprimendole nel rispetto dell'armonia intra e inter personale e nel partecipare con simpatia agli avvenimenti della vita" (Fornari, 1997), è rallentata e poco sviluppata rispetto alla maturità intellettuiva. Questo comporta un'incapacità, da parte dell'adolescente, di provare emozioni sane non "sporate" da una lente razionale e ostile. Affinché, quindi, un adolescente realizzi un'esperienza sessuale positiva è necessario aver acquisito alcune competenze quali: riconoscere e opporsi ai tentativi di manipolazione, regolare i propri impulsi e le proprie emozioni, rispettare le esigenze del partner, usare strategie di negoziazione interpersonale in un contesto che è emotivamente carico, comprendere e valutare le conseguenze del proprio comportamento sul piano relazionale e riproduttivo, essere in grado di procurarsi ed utilizzare un metodo contraccettivo efficace ed infine accettare le nuove sensazioni genitali e godere dell'esperienza sessuale. Tali competenze scaturiscono dall'intreccio tra caratteristiche individuali (livello di maturazione sessuale e cognitiva) ed opportunità ambientali, come ad esempio la scolarizzazione, che media l'acquisizione di capacità cognitive superiori. Queste molteplici competenze contribuiscono a connotare in modo positivo o negativo la transizione alla sessualità, non conseguono automaticamente dal possedere un corpo adulto ed in grado di procreare, ma si costruiscono nel percorso naturale di sviluppo di ciascun ragazzo che diventa uomo. Se queste competenze vengono a mancare, la sessualità può andare incontro a diverse tipologie di rischio che attengono all'area fisica (malattie a trasmissione sessuale e gravidezze precoci), a quella psicosociale (gestione della maternità in adolescenza con conseguente abbandono scolastico e riduzione di realizzazione personale e professionale) ed infine a quella psicologica (relazioni non paritarie dipendenti o violente). La sessualità assume un significato personale, affettivo e relazionale del tutto peculiare e caratteristico poiché include non solo la

parte mera del sesso ma anche la percezione di esprimersi, di entrare in relazione con gli altri e di sentire e viversi l'amore. La costruzione dell'identità sessuale si delinea già dalla prima infanzia e raggiunge il suo compimento solo durante l'adolescenza, periodo in cui si incontrano trasformazioni fisiche ed ormonali con esigenze di espressione dei propri interessi e desideri verso l'altro sesso. Diventa importante sottolineare che non per tutti gli adolescenti è cosa facile accettare i propri impulsi e ciò che essi comportano nell'ambito relazionale interno ed esterno alla famiglia. Finché l'adolescente non si sente autorizzato a gestire il proprio corpo o si sente insicuro nel farlo, potrà vivere una scissione tra la propria psiche e il proprio corpo, rischiando di vivere la sessualità come qualcosa di sporco o "proibito" (Ferrarsi, 2001). In riferimento ai primi approcci sessuali è bene sottolineare alcune differenze di genere. Mentre nei ragazzi le esigenze biologiche sono specifiche e volte ad uno scarico della tensione dell'orgasmo, nelle ragazze il desiderio sessuale è più aspecifico, pervaso da sensazioni corporee diffuse. Gli impulsi sessuali sono generalmente legati a sentimenti d'amore per le ragazze e possono essere del tutto separati per i ragazzi (Pellegrini; Veglia, 2003). Ciò che rimane comune ad entrambi i generi e che le sollecitazioni multimediali a cui l'adolescente oggi è esposto continuamente innescano il rischio di un'ipersessualizzazione della società occidentale contemporanea, ostacolando il giovane ragazzo nella costruzione di una relazione affettiva e sessuale soddisfacente (Werner-Wilson et al, 2004).

L'INFLUENZA E IL POTERE DEI MASS MEDIA

I media quotidianamente forniscono analisi ed interpretazioni delle più diffuse o spettacolari trasgressioni adolescenziali, con il rischio di un'elevata stereotipizzazione, che non serve a "capire meglio i giovani", ma al contrario contribuisce a farne i destinatari delle proiezioni degli adulti. La fragilità dell'identità adolescenziale, instabile perché ancora in costruzione, la rende

particolarmente sensibile a questi processi di attribuzione ed "etichettamento": tale vulnerabilità può rendere gli adolescenti più recettivi proprio nei confronti delle immagini negative, che hanno il vantaggio di apparire più differenziate da quelle degli adulti (Maggiolini; Riva, 2003). Inoltre a causa del venir meno dei modelli tradizionali nella gran parte delle società, sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo, i ragazzi rimangono privi di indicazioni univoche e positive e si relazionano con genitori che si sono spesso trovati impreparati nel dare risposte adeguate. Questa inadeguatezza lascia gli adolescenti in balia dei mass media e dei social media che offrono a riguardo, il più delle volte, una informazione spersonalizzata, ludica, spesso pessimista e senza attenzione per le diverse tappe di formazione e di evoluzione dei giovani, sotto l'influenza di un distorto concetto di libertà e in un contesto privo di valori fondati sulla vita, sull'amore e sulla famiglia. È chiaro quindi come il mondo dei mass media si rivela una dimensione importante per la nostra vita affettiva e sessuale che, di base, non dovrebbe aver nulla di virtuale. L'indebito uso del sesso da parte dei mass media si fa più rilevante là dove più incisivamente sono presenti le variabili del tempo d'esposizione, della disponibilità, della familiarità e dell'attrattiva del mezzo, nonché della sovrapposizione dei messaggi. La televisione include tutte queste variabili e prevede informazione, istruzione e ricreazione (Migliorini, 1971). I diversi usi della televisione, infatti, la separano e la pongono al di sopra degli altri mass media, dandole plusvalenze rispetto al resto dei mezzi di comunicazione. Essa risulta utile sia per usi sociali: svago, relazioni personali, identità personale, sorveglianza (McQuail, Blumler, Brown, 1972); per usi strutturali: compagnia, regolazione del tempo "scandisce il tempo e l'attività familiare" (Lull, 1990); per l'agglutinamento interpersonale (Katz, Foulkes, 1962) e infine per la fuga da sé o dalla società (Walters, Stone, 1975). La televisione, dunque, più di ogni altro mezzo di comunicazione sociale dovrebbe essere gestita



secondo principi che ne regolino la moralità e l'invasività. L'incalzante esposizione di richiami sessuali ed i paradigmi di comportamento costruiti su modelli imposti dalla televisione – conformemente alle tecniche di mercato – assolve una funzione economico-politica e poiché i poteri preposti alla gestione ed il controllo sono coincidenti, di fatto non esiste una vera autorità che possa realmente arginare questa esposizione. D'altronde, va anche considerato che i prodotti televisivi – indipendentemente dal mezzo che li diffonde – sono comunque espressione della società in cui circolano ed il loro insinuarsi tra le fragilità umane è possibile anche perché le resistenze morali si sono assai indebolite. Quindi i rimandi, più o meno esplicativi, alla sessualità trasmessi con inflessibile continuità rappresentano una vera e propria aggressione verso l'innocenza dei bambini, le cui dinamiche psichiche sono altamente plasmabili. Il bambino, per sua natura, carente di strutture critiche sufficienti per orientare le esperienze, al contrario costruisce e rinforza convincimenti e modelli attraverso le esperienze (F. Avenia, 2005). Invadere l'adolescente, sin dalla prima infanzia, di stimoli sessuali anzitempo – e certamente al di là della sua volontà – non solo significa forzarlo nella creazione del suo immaginario, ma sottrarlo all'educazione familiare, costituendo interferenze che possono destabilizzarlo. Analogo discorso può essere fatto e diffuso per tutti quei soggetti immaturi psicologicamente, emarginati socialmente o affetti da psicopatologie. Se, da una parte, non si può fruire della televisione agendo continuamente sul telecomando per cambiare canale e non si può ipotizzare una vigilanza senza soluzione di continuità sui minori, dall'altra è decisamente impossibile avere controllo nel *cyber spazio*, ossia in Internet. Il processo di agglutinamento sopra citato è legato anche all'utilizzo del personal computer, strumento che è diventato sempre più multifunzionale e consente molteplici operazioni nel campo della scrittura, della memorizzazione, della grafica, della riproduzione e trasmissione di suoni e immagini. Il computer

è stato segnalato più volte come oggetto altamente simbolico e rappresentativo della società contemporanea. La tendenza agglutinante del computer si può osservare ad almeno tre livelli (Gasparini, 2009):

1. Il primo è quello della compresenza di una quantità di files di contenuto disparato a cui l'utente ha immediato accesso in quanto "risorse del computer" (testi, documenti, rubriche, immagini);
2. Il secondo livello è quello, di enorme ampiezza, consentito dall'allacciamento alla rete Internet con tutte le sue potenzialità di accesso a una miriade di dati e di siti;
3. Il terzo livello, in realtà una specifica del precedente, è costituito dalla posta elettronica, con la possibilità di interagire con un numero enorme di utenti disparati: di fatto, la schermata di un computer che registra la posta in arrivo ci presenta sullo stesso piano, agglutinati insieme, una quantità e varietà di messaggi che riguardano i settori più diversi, da quelli personali a quelli professionali, dalle informazioni di ogni tipo alle reti di interazioni e alla pubblicità.

Un altro oggetto da indicare accanto al computer, in termini di agglutinamento di funzioni ed esperienze è il telefono cellulare, che proprio negli ultimi anni ha via via assunto caratteristiche prettamente multifunzionali. Oramai il telefono non assolve più solo alla funzione di telefonare, mandare messaggi o segnatempo, grazie all'introduzione di Internet si è sviluppata la messaggistica istantanea che ti permette di essere continuamente in comunicazione con gli altri interlocutori.

Entrambi questi mezzi di comunicazione tecnologici, ormai indispensabili nella nostra vita comune, operano nel senso di ostacolare la separazione dalle esperienze di ogni tipo, anche sessuali. Esperienze che possono essere potenzialmente dannose ma allo stesso tempo estremamente sottovalutate soprattutto dagli adolescenti che non ne comprendono, non subito perlomeno, i rischi.

ADOLESCENTI E SEXTING

L'uso significativo delle tecnologie della comunicazione da parte di bambini e adolescenti rappresenta una circostanza non priva di rilevanza giuridica. Di fatto, la rivoluzione di Internet ha determinato un cambiamento nello scenario criminologico, specialmente per quanto concerne gli abusi o sfruttamenti sessuali del minore. Il fenomeno dello *sexting* consiste nello scambio di messaggi o immagini sessualmente esplicativi con il partner o con uno sconosciuto, attraverso telefoni cellulari e/o Internet. Il motivo di interesse principale degli adolescenti riguardo gli usi sessuali dei nuovi media, è da individuare in ragioni psicologiche o sociali che portano l'adolescente a mettere alla prova l'autorità degli adulti, sfidando le norme e i limiti posti dai grandi e cercando di sottrarsi al controllo dei genitori; pertanto il fatto di essere al tempo stesso vittime o aggressori costituisce un motivo di paura ma anche di fascino. (Livingstone, 2010). A fronte di questo concetto è chiaro come agli occhi di un ragazzo i contenuti erotici offerti dalla Rete, costituiscono risorse preziose per il loro processo di crescita. Questo perché Internet consente un'esplorazione della sessualità, del desiderio e del proprio corpo in modo più rapido e, apparentemente, in modo più sicuro perché basta un *click* per passare dalla vita reale a una o più esperienze virtuali. Quindi quello che si viene, paradossalmente, a creare è un equilibrio favorevole per il ragazzo grazie alla ricerca attiva di situazioni di rischio. Tuttavia, se le loro capacità di navigare in rete, potrebbe in teoria consentirgli di mettersi al riparo non appena individuato un pericolo online, dall'altro la loro immaturità cognitiva e affettiva li rende troppo spesso vittime di sfruttamento a stampo sessuale, talvolta anche autoprodotti. *Sexting* è solo una parola relativamente nuova (*sex + texting*), perché la pratica di mandarsi lettere o messaggi erotici è ben più antica, si pensi alle lettere che Oscar Wilde o Virginia Woolf scambiavano con i propri amanti. Se ai tempi degli *sms* vi erano solo parole, con gli *smartphone* entrano in gioco i materiali

multimediali: fotografie, video, fino ad arrivare ai *selfie*. L'evoluzione tecnologica dei messaggi erotici è stata più volte oggetto di analisi e studi: nel 2011 il *New York Times* riportava che circa il 17% degli americani aveva dichiarato di ricevere immagini erotiche via messaggio, e secondo una ricerca condotta quello stesso anno dalla ricercatrice di psicologia all'università dell'Indiana, Michelle Drouin, riportò che l'80% degli studenti di età compresa tra i 18 e i 25 anni, avevano scambiato messaggi esplicativi con il loro partner, di cui un buon 60% erano fotografie. Si tratta quindi di "un gioco pericoloso" che dilaga ormai da anni anche in Italia. Tutto inizia con messaggi, o scatti fotografici mandati al proprio fidanzato e ad amici, per puro divertimento o piacere sessuale, ma il rischio è dietro l'angolo. Le foto e i video diffusi, spesso finiscono in mani sbagliate, o semplicemente possono essere utilizzate dai destinatari come vanto, vendette a seguito di una rottura sentimentale o come arma di minaccia. Spesso sono le ragazze tra i 12 e i 17 anni che inviano le proprie immagini o video anche a sconosciuti che in cambio offrono ricariche telefoniche o postali. Queste immagini come tutto ciò che accade nel mondo virtuale, si diffondono a macchia d'olio seguendo un flusso incontrollabile, tale da creare seri problemi personali e legali.

IL PERICOLO DEL GROOMING

La tecnologia ha creato un complesso di comunicazioni potenzialmente infinito e continuo che non può essere facilmente circoscritto ad un singolo Stato. Ne deriva l'estrema difficoltà di disciplinare il *web*, con la conseguente impossibilità di verificare e regolamentare tutti i contenuti che transitano in Internet. La navigazione può diventare insidiosa per i più piccoli che possono facilmente divenire oggetto di truffe o, peggio, di molestie. Chi molestia attraverso internet, oggi, commette un reato, il *cyberstalking*: rischia l'arresto da sei mesi fino a quattro anni. Per *Grooming*, in particolare, si intende l'adescamento dei minori attraverso Internet. Si tratta della condotta



di un adulto che comunica tramite i new media con un minorenne e/o compie altre azioni finalizzate ad incontrarlo, con l'intento di commettere reati come abuso sessuale e prostituzione. Molto spesso l'adescatore svolge preventivamente su Internet delle appurate ricerche di quelle che possono essere le potenziali vittime, cercando di capire i loro gusti, le loro fantasie e gli argomenti che possono essere più idonei per instaurare sin da subito una interazione, guadagnando immediatamente la loro attenzione. L'adescamento online è un processo ciclico che si compone di cinque fasi per scandire dal predatore (O'Connel, 2003):

1. Friendship Forming Stage: si tratta della fase dell'approccio. Il *groomer*, adeguatamente celato dietro un nickname scelto ad hoc per attirare l'attenzione della propria vittima osservata in precedenza, instaura un contatto

e molto spesso chiede l'invio di una fotografia o l'attivazione di webcam per riscontrare l'età della preda ed evitare che l'identità sia falsa e costituisca una trappola della polizia giudiziaria.

- 2. Relationship Forming Stage:** si tratta della seconda fase in cui il *groomer*, dopo aver "rotto il ghiaccio" con la vittima, cerca di rompere il muro dell'imbarazzo creando un legame che lo porterà a ricontattarla anche successivamente. Il predatore cerca di diventare il confidente della vittima offrendo un luogo sicuro dove rivescare frustrazione, dispiaceri e paure.
- 3. Risk Assessment Stage:** in questa fase l'adescatore sonda il terreno per comprendere il contesto in cui vive la vittima, rileva i possibili rischi in cui incorreggerebbe qualora lui le proponesse un incontro, e se, anche la relazione



virtuale, è di fatto esposta a ulteriori rischi quali ad esempio quello di essere scoperta da un adulto.

4. ***Exclusivity Stage***: in questa quarta fase l'adescatore scava nell'intimità della vittima facendo in lui affiorare le sue fantasie e i suoi desideri. Inizia l'approccio più intimo che sfocia ben presto sul piano sessuale e volto a capirne anche una compatibilità amorosa, mostrandosi alla vittima come l'unico in grado di soddisfarlo.
5. ***Sexual Stage***: si tratta dell'ultima fase, quella in cui si compie l'abuso sessuale ai danni del minorenne. L'abuso può consumarsi in due modalità diverse: la prima attraverso un incontro personale che può sfociare in una congiunzione carnale più o meno violenta, la seconda anche solo virtualmente con lo scambio di materiale pedopornografico o l'interazione di *webcam chat* in cui vengono praticati atti di autoerotismo.

A fronte di questo fenomeno il Consiglio d'Europa il 25 ottobre 2007 adotta la c.d Convenzione di Lanzarote in materia di "protezione dei minori dallo sfruttamento degli abusi sessuali". In particolare, la Convenzione impone a tutti gli Stati aderenti di adoperarsi per inserire nel proprio apparato normativo una fattispecie di reato in grado di punire le condotte perpetrare dagli adescatori soprattutto attraverso l'uso di Internet. La norma del nostro codice, punisce il predatore già al compimento della prima fase dell'adescamento (*Friendship Forming Stage*) ossia alla mera costruzione del rapporto di fiducia purché l'agente sia comunque animato da fini sessuali e a prescindere che questo possa rimanere confinato nella sua mente. In conclusione, il *grooming* assume attualmente le caratteristiche di un fenomeno criminale vero e proprio, al pari di molti altri, seppur - anche a causa del tema sessuale da sempre tabù - questo rimanga sommerso.

L'INCONTRO CON LA PORNOGRAFIA ONLINE

Con il termine *Online Sexual Activity (OSA)* si intendono tutti quei tipi di attività (compresi testi scritti, file audio, grafici) che riguardano la sessualità, indipendentemente dalle finalità che esse hanno, che possono essere di tipo supportivo, ricreativo, educativo, di intrattenimento, ecc. Il *cybersex* è una sottocategoria degli OSA. Esso viene inteso come "l'uso di materiali digitali a contenuto sessuale (audiovisivo o scritto) ottenuto tramite Internet o supporti computeristici allo scopo di ottenere attivazione, stimolazione e gratificazione sessuale" (Scheneider, Weiss, 2001). Da questa definizione si può quindi definire la *cybersex addiction* come la dipendenza compulsiva di ricerca di materiale pornografico, facendo ricorso a tutti i mezzi disponibili grazie ad Internet, allo scopo di gratificazione sessuale. È importante sottolineare che le attività sessuali attuabili in rete possono avere una connotazione positiva (ad esempio la possibilità per una coppia, separata dalla distanza, di condividere un momento intimo) ma anche connotazione negativa quando si ha a che fare con la compravendita di materiale pedo-pornografico; fermo restando che non è il mezzo di Internet di per sé negativo o positivo ma è l'utilizzo che se ne fa a dargli tali connotazioni. Di certo l'evoluzione del web ha aumentato la gamma, il volume e l'accessibilità delle immagini sessualmente oscene, ivi comprese quelle di pornografia infantile (Krone, 2004), dunque non ha solamente aiutato ad amplificare le conseguenze delle condotte criminali, ma grazie all'anonimato, ha ideato una sorta di laboratorio per la "sperimentazione di diverse entità, permettendo di mettere in scena aspetti inesplorati del proprio sé che nella vita reale possono subire qualche tipo di inibizione" (Baldoni, Bisi, 2015). Pertanto il connubio tra Rete e pornografia, ha ampliato la portata del mercato a livello globale, rendendo i contenuti accessibili a un pubblico indeterminato di soggetti attraverso diversi e sempre più innovativi ambiti virtuali di diffusione: dai siti *web*, ai circuiti *peer-to-peer*, dai *forum* ai *MUD*, fino alle *chat*. Nel dettaglio:



- Il materiale pornografico può essere ricercato attraverso i siti *web*, che forniscono materiale illecito gratuitamente o, dietro il versamento di una "quota associativa", che varia secondo il periodo, la tipologia e la quantità di materiale presente. Quest'ultimo può essere caratterizzato non solo da corpi nudi o rapporti sessuali ma anche da reali perversioni, molte delle quali delittuose (pedofilia, stupri, violenze, necrofilia, ecc.)
- Ulteriore circuito utile per ottenere materiale pornografico è quello dei circuiti *peer-to-peer* che consentono all'utente di condividere i propri *files* con altri utenti in tempo reale. Strumenti semplici, immediate che garantiscono anonimato e riservatezza.
- I *forum* sono comunità virtuali gestite da un computer che attraverso un software permette agli utenti esterni di comunicare; sono costituiti da una bacheca elettronica suddivisa per argomenti.
- I *MUD (Multi-Users Domains)* sono comunità virtuali in cui gli utenti interpretano personaggi inventati rappresentati da *avatars*. E quest'ultimi mettono in atto qualsiasi tipo di comportamento illecito o sessualmente esplicito.
- Le *chat* sono spazi online, spesso a chiaro contenuto pornografico, in cui gli utenti non solo comunicano in tempo reale, ma acquistando la fiducia nell'interlocutore propongono materiale illecito, a volte autoprodotto.

A prescindere dalla piattaforma, il *web* offre troppo spesso agli adolescenti immagini erotiche, e permette loro di confrontarsi con le proprie emozioni o parti di sé ancora inesplorate, in un ambiente che appare sicuro e protetto (dentro le mura domestiche con il proprio computer) ma che può attirare l'attenzione di maniaci o pedofili dediti alla compravendita di materiale pornografico e pedopornografico, tanto da segnare la personalità non ancora ben formata della vittima di giovane età. L'incontro e la visione della pornografia inoltre trasmette anche il cattivo messaggio dei rapporti sessuali effettuati senza

precauzioni, questo potrebbe portare le giovani mente a interiorizzare tale stile di vita sessuale.

GLI ADOLESCENTI E RISCHIO HIV

Ogni anno in Italia si registrano nuove diagnosi di infezione da HIV in età adolescenziale. Solo nel 2015 le nuove diagnosi negli adolescenti (15-17 anni) hanno rappresentato il 1,8% di tutte le nuove diagnosi (l'incidenza maggiore è avvenuta nel 2017); nonostante Internet sia un mezzo che consente di reperire in poco tempo quantità notevoli di informazioni, su qualsiasi argomento ricercato, anche quindi informazioni inerenti la sessualità. Inoltre il mondo virtuale è una rete che dà la possibilità di trovare gruppi di discussione, in cui si può discutere e comunicare con altri utenti che condividono uno stesso problema, facendo nascere così dei veri e propri gruppi di auto-aiuto virtuali che si incontrano e che si sostengono on-line (Tepper, Owens, in Cooper 2002). Tuttavia, nonostante la vastità di informazioni, non sempre si trovano indicazioni affidabili e sicure. Ciò diventa di particolare importanza nel caso in cui i soggetti siano adolescenti, visto che il "processo di conoscenza della sessualità" è in corso ed è fortemente influenzato dai mass media e dal gruppo di pari (Roffman, Shannon, Dwyer 1997). Tra le innumerevoli informazioni è possibile trovare anche quelle inerenti l'infezione da HIV, il problema che si viene a creare però è che informazioni di questo spessore non vengono ricercate. Non si ha la necessità di informarsi perché o non si è a conoscenza della problematica (inclusa la modalità di trasmissione, la caratteristica asintomatica della patologia) o non viene percepita la minaccia dell'HIV almeno nei termini della vulnerabilità e dell'esigenza di progettare interventi di prevenzione. Le conoscenze da sole, tra l'altro, non sono certo sufficienti per la modifica dei comportamenti a rischio, ma restano un importante prerequisito, soprattutto con gli adolescenti, che spesso si trovano a prendere decisioni sui comportamenti sessuali senza le adeguate conoscenze. Considerato che tra le piattaforme utilizzate per la conoscenza della

sessualità e del piacere ritroviamo siti pornografici, quest'ultimi trasmettono il messaggio di una perversa sessualità caratterizzata spesso dalla sottomissione della donna e dal non utilizzo delle precauzioni visive, come i profilattici. Questo messaggio visivo è molto più d'impatto di qualsiasi altra informazione trasmessa oralmente o in forma scritta. Ne deriva che tale stile di vita sessuale può essere interiorizzato e reso proprio. Conoscere l'esistenza di questo comportamento, la definizione delle sue caratteristiche e conseguenze è forse il primo passo per poterne discutere con chi tale comportamento metto in atto. Il tabù che ancora sovrasta l'argomento della sessualità non aiuta in questo processo di educazione. Tuttavia diventa indispensabile sfatare questo tabù e affrontare la sessualità in un'ottica di sensibilizzazione e aumento di consapevolezza perché purtroppo l'unica vera cura per la sindrome da immunodeficienza (HIV) è la diagnosi precoce. Pertanto risulta fondamentale impegnarsi per concretizzare una vera educazione sessuale caratterizzata anche dalla possibilità di attuare consulenze contraccettive specifiche e adeguate alle singole fasi di crescita degli adolescenti che richiedono tale sostegno. Infatti la promozione della salute, a partire da quella riproduttiva, tra gli/le adolescenti deve rappresentare una priorità assoluta in sanità pubblica, perché costituisce l'intervento con più alto valore aggiunto se si tiene conto che si ha a che fare con la parte della popolazione che sta meglio, che è coinvolta nei processi della formazione e che quindi maggiormente può valorizzare il proprio patrimonio di salute e allo stesso tempo essere promotore di conoscenze, competenze e consapevolezze per l'intera comunità sociale.

DA UN PUNTO DI VISTA PRATICO: EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ

Considerando la maggiore incidenza di nuove diagnosi di HIV registrata tra i giovani adulti si evince che c'è una scarsa consapevolezza del virus e soprattutto della prevenzione dello stesso. Molti confondono la prevenzione delle

gravidanze indesiderate con la prevenzione HIV. Molti altri invece si vergognano a comprare i profilattici. È chiaro come sia, quindi, estremamente necessario introdurre l'educazione sessuale in maniera preponderante nelle scuole con annessa distribuzione gratuita di preservativi agli studenti. La scuola diventa fondamentale perché l'impatto dei cambiamenti fisiologici e dello sviluppo intellettivo sulla trasformazione adolescenziale non può essere scisso dall'influenza esercitata su quest'ultima dall'ambiente sociale. L'ambiente condetermina i cambiamenti cognitivi e fisiologici e, se si pensa all'impatto della scolarizzazione sullo sviluppo intellettuale, la scuola è ritenuta una delle più importanti agenzie educative che, insieme alla famiglia, concorre in modo determinante alla costruzione della personalità dei ragazzi (Maiolo, 2004). Una sana educazione sessuale ha l'obiettivo di costruire una sessualità non fluida ma consistente, che diventi una dimensione strutturata e tangibile nel percorso di crescita, e preveda tappe e azioni differenziate in base al grado di sviluppo e maturazione del minore. Come adulti (professionisti e genitori) dobbiamo diventare capaci di prevedere il loro livello di competenza in questo campo in un momento specifico e aiutarli a compiere la scelta giusta per la propria vita. Il sesso non sarà quindi "possibile a prescindere", ma sarà contestualizzato e riferibile a una determinata situazione emozionale, cognitiva e di relazione, affinché diventi parte della struttura e dell'identità dell'individuo. In altre parole, ciascun ragazzo sarà messo nelle condizioni di integrarlo nella sua vita all'interno di una cornice che dà senso e significato a ciò che sta facendo (Pella, 2005). Nonostante il progresso e il bombardamento di informazioni sulla sessualità c'è tutt'ora parecchia confusione tra:

- Sessualità biologica, quella che appartiene alla "natura". Non necessiterebbe di alcun apprendimento in quanto comportamento istintivo.
- Sessualità psicologica che appartiene soltanto all'uomo; implica il "mettersi nei panni dell'altro" e assumersi delle responsabilità verso coloro che vengono coinvolti nei rapporti



ti affettivi (il partner, i figli, gli amici, gli allievi). Per sessualità psicologica deve infatti essere intesa la capacità di entrare in relazione con la persona e non quella di "usare l'altro" come una cosa al fine di raggiungere il proprio piacere o soddisfare un proprio bisogno quale potrebbe essere quella di averla come specchio della propria identità. Tale sessualità psicologica, che non altro è la risultante dell'integrazione tra la sessualità biologica e i valori della cultura umana, deve essere "appresa" in quanto, per giungere al suo pieno sviluppo, deve percorrere una lunga e difficile strada: quella degli affetti.

- Le norme che la cultura pone in materia di sessualità.

Per questo motivo la scuola non può esimersi dalla responsabilità di garantire percorsi formativi congrui con le esigenze cognitivo-affettive, con le pulsioni sessuali e con le trasformazioni corporee tipiche di quest'età, in modo da consentire all'adolescente di progredire nella propria crescita in modo articolato. La scuola, quindi, può e deve diventare quello spazio formale che può offrire al giovane la possibilità non solo di ricevere informazioni anatomo-fisiologiche sulla sessualità, ma può rappresentare anche una preziosa occasione per riflettere sulla costruzione dei primi legami affettivo-sentimentali, sui propri comportamenti sessuali, sulla gestione della contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e dei comportamenti sessuali a rischio. È necessario comprendere quello che è il loro punto di vista. I ragazzi vivono in un mondo in cui il sesso è connotato dai seguenti quattro aggettivi (Pella, 2005).

1. È fluido, perché può essere estemporaneo, vissuto con il compagno di una sera, senza conseguenze particolari. Contraccezione e pillola del giorno dopo sono disponibile anche per i più precoci ed è calato il livello di guardia contro il rischio di malattie veneree, oggi che l'infezione da HIV permette la sopravvivenza a lungo termine e non significa più la condan-

na a morte.

2. È possibile, perché ora non ci sono più resistenze di sorta nei confronti dell'attività erotica di qualsiasi natura, a qualunque età.
3. È accessibile, perché non esistono limiti esterni all'accesso allo stimolo erotico. Un tempo il concetto di "vietato ai minori" rappresentava una barriera socialmente condivisa, adesso è facilmente sorpassabile anche questo confine.
4. È normalizzato. Questo dato in realtà è di per sé assolutamente positivo e segna una notevole differenza tra le generazioni attuali e le precedenti. Tuttavia per vivere liberamente la sfera erotica è fondamentale essere in grado di gestire la complessità che comporta.

La nostra epoca ha normalizzato nei giovanissimi il concetto di "fare sesso", svalutando l'idea di "fare l'amore". Questo ha portato alla errata convinzione che l'attività sessuale sia normale a prescindere e che rappresenti un'attività ludica finalizzata a procurarsi eccitazione, sensazioni forti e piacere. L'educazione sessuale pertanto può essere intesa come un progetto educativo generale di sviluppo della personalità nella sua globalità e delle potenzialità di ognuno. L'importante è ribadire il primato dell'educazione sull'informazione, per sviluppare nei giovani la responsabilità della loro stessa libertà senza l'affanno di dover compiere forzatamente determinati passi solo per la pressione sociale dei coetanei. La sessualità non deve essere concepita come una corsa sulle montagne russe. Invece, troppi ragazzi la vivono così, senza cinture di sicurezza. Una sperimentazione inconsapevole e superficiale, priva di responsabilità ed estemporanea, rischia di trasformarsi in un boomerang nel percorso di crescita e di fare più male che bene (Pella, 2005).

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosiano, I., Ferruzza, E., Nicolini, C. (2007). *Sessualità a rischio nei giovani adulti: un focus group psicoanalitico*. Psicologia clinica dello sviluppo, Il Mulino Editore, pp. 185.

-
- Baldaro Verde, J., Del Ry, M. (2004). *Identità sessuale e progetti per un'educazione sessuale integrata*. Franco Angeli Editore, pp. 288.
 - Bazzo, G., Del Re, G. (2002). *Educazione sessuale e relazionale-affettiva. Unità didattiche per la scuola elementare*. Erickson Editore, pp. 408.
 - Blos, P. (1988). *L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo*. Armando Editori, pp. 341.
 - Bonino, S. (2005). *Il Fascino del rischio negli adolescenti*. Firenze, Giunti Editore, pp. 179.
 - Bonino, S., Ciairano, S., Giannotta, F. (2004). *Le funzioni dell'uso di sostanze psicoattive e dei rapporti sessuali: il punto di vista degli adolescenti*. Psicologia della salute, Fascicolo 3, p. 15.
 - Confalonieri, E., Olivari, M.G. (2017). *Questioni di cuore. Le relazioni sentimentali in adolescenza: traiettorie tipiche e atipiche*. UNICOPLI Editore, pp. 234.
 - Consoli, A., Graziano, F., Pertosa M.A. (2012). Educare alla sessualità e all'affettività in preadolescenza: le fonti di informazione e le domande dei ragazzi e delle ragazze. *Psicologia della salute*, Vol. 2, pp. 16.
 - Curti, S., D'errico, R., Gaietta, M., Garavelli, E., Greco, M., Pellai, A., Trovati, S., Visco, F. (2010). *Internet e vittimizzazione sessuale: cosa sappiamo, cosa dice la ricerca, cosa è prioritario in prevenzione*. Maltrattamento e abuso dell'infanzia, vol. 2, pp. 14.
 - Fabris, G. (2001). *Amore e sesso al tempo di Internet*. Milano, Franco Angeli Editore, pp. 192.
 - Fitzharris, JL., Morissey, KM., Werner-Wilson, RJ. (2004). *Adolescent and parent perceptions of media influence on adolescent sexuality*. *Adolescence*, Vol. 39, pp. 313.
 - Galli, N. (1998). *L'educazione sessuale nell'età evolutiva*. Milano, Vita e Pensiero Editore, pp. 555.
 - Gasparini, G. (2009). *Tempi e ritmi nella società del duemila*. Milano, Franco Angeli Editore, pp. 129.
 - Krone, T. (2004). A tipology of Online Child Pornography Offending. Australian Institute of Criminology, Trends ad Issued in crime and Criminal Justice, n. 279.
 - Livingstone, S. (2010). *Ragazzi online. Crescere con internet nella società digitale*. Vita e Pensiero Editore, pp. 360.
 - Macilotti, G. (2018). *Pedopornografia e tecnologie dell'informazione – devianza e controllo sociale nella realtà italiana e francese*. Franco Angeli Editore, pp. 260.
 - Maggiolini, A., Riva, E. (2003). *Adolescenti trasgressivi – le azioni devianti e le risposte degli adulti*. Milano, Franco Angeli Editore, pp. 192.
 - Maiolo, G. (2006). *Adolescenze spinose. Come comunicare senza fare (e farsi) del male*. Erikson Editore, pp. 256.
 - Manzoni, A. (2010). *Psicologia delle condotte sessuali su internet*. Armando Editore, pp. 83.
 - Marmocchi, P. (2012). *Nuove generazioni: genere, sessualità e rischio tra gli adolescenti di origine straniera*. Milano, Franco Angeli Editore, pp. 237.
 - Moore, S., Rosenthal, D. (1999). *Adolescenza e sessualità*. Franco Angeli Editore, pp. 336.
 - O'Connel, R. (2003). *A typology of cyberexploitation and online grooming practice*. Cyberspace Research Unit, University of Central Lancashire.
 - Pella, A. (2005). *Tutto troppo presto: l'educazione sessuale dei nostri figli nell'era di internet*. DeAgostini Editore, pp. 224.
 - Pellegrini, R., Veglia, F. (2003). *C'era una volta la prima volta. Come raccontare il sesso e l'amore a scuola, in famiglia, a letto insieme*. Trento, Erikson Editore, pp. 133.
 - Porrovecchio, A. (2012). *Sessualità in divenire – adolescenti, corpo e immaginario*. Franco Angeli Editore, pp. 272.
 - Rossi, G. (2015). *Internet e minori*. Key Editore, pp. 56.
 - Simonelli, C. (2000). *La formazione alla salute nell'età evolutiva: gli adolescenti e il rischio HIV*. Sessuologia clinica, vol. 1, pp. 11.
 - Vizzardi, M. (2015). *Il delitto di adescamento di minorenni (art. 609-undecies c.p)*. Diritto Penale Contemporaneo.



LA PREVISIONE E LA DIAGNOSI DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO IN ETÀ INFANTILE E ADOLESCENZIALE

LA CORRELAZIONE FRA GLI INDICI DEI TEST RORSCHACH, REATTIVI GRAFICI, MMPI-A E WISC-IV

Maria Giovanna Ginni
Psicologa e Psicodiagnosta

RIASSUNTO

Dopo una breve introduzione storica, nel presente articolo viene definito il disturbo ossessivo-compulsivo effettuando un paragone tra due grandi manuali diagnostici, ossia il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5, APA, 2014) e il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2, Lingiardi e Mc Williams, 2018). Oltre alla sua descrizione, viene effettuata una panoramica degli indici che ne possono rilevare o ipotizzare la presenza in un individuo già in tenera età e in adolescenza, passando attraverso i principali e più potenti strumenti diagnostici, proiettivi e non, quali il test di Rorschach (metodo Klopfer), i reattivi grafici, quali il Disegno dell'albero di Koch, il Disegno della figura umana, il Disegno della famiglia, il Disegno della persona sotto la pioggia (Castellazzi, 2017), l'MMPI-A (Butcher e L.Williams, 2014) e la Wechsler Intelligence Scale

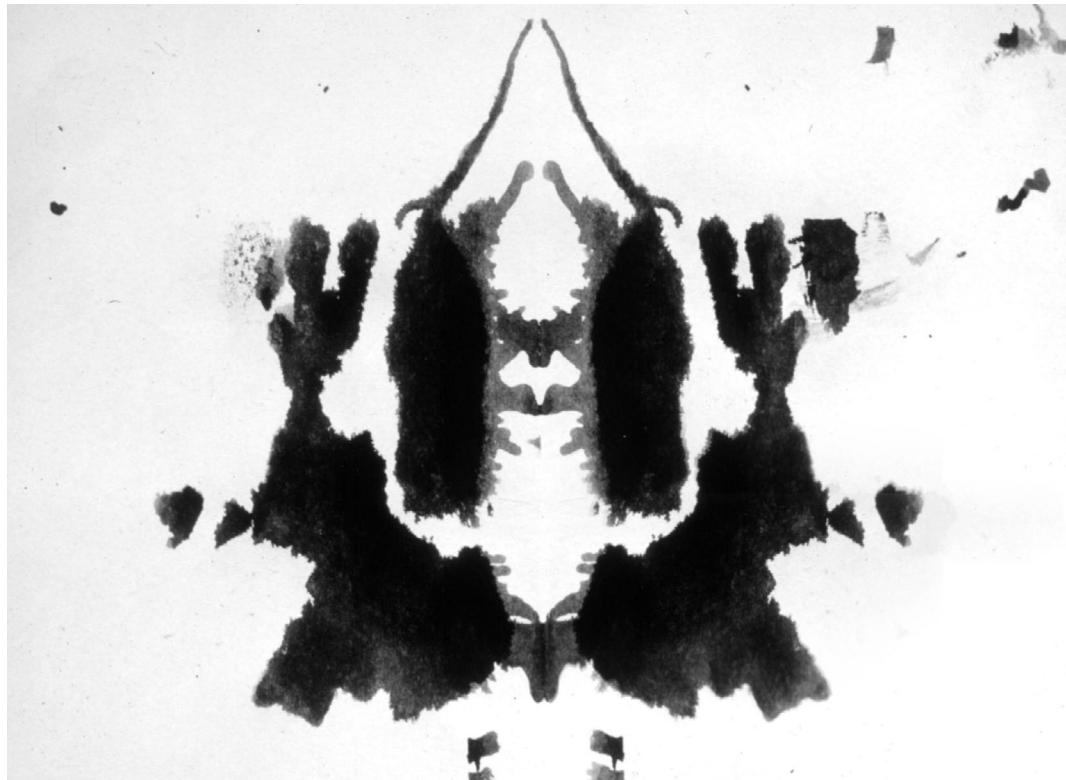
for Children (Wisc-IV, Lang, Di Pierro, Michelotti, Squarza, 2017). Insieme agli indici statistici, vengono descritti gli aspetti qualitativi che occorre osservare prima di affermare con un certo grado di certezza la presenza di un OCD, come per ogni valutazione diagnostica effettuata con i giusti criteri professionali.

PAROLE CHIAVE

Disturbo ossessivo-compulsivo, reattivi grafici, Rorschach test, MMPI-A, WISC-IV.

CENNI STORICI

Le prime testimonianze cliniche di disturbo ossessivo-compulsivo risalgono a Freud nel 1909, quando egli parlò del caso dell'Uomo dei Topi e della sua Nevrosi Ossessiva, che gli provocava ossessioni e timori deliranti (es. impulso di tagliarsi la gola o il timore di provocare la morte



della donna amata), per i quali egli ricorreva di frequente a formule protettive come l'uso della parola *Aber*, accompagnata dal gesto di cancellare, allontanare qualcosa. Freud definiva la Nevrosi Ossessiva come un conflitto psichico caratterizzato da idee ossessive e deliranti e da atti compulsivi. Egli riteneva che l'idea ossessiva occupasse il corso dei pensieri in modo egodistonico e che in tale maniera fossero vissuti anche gli atti compulsivi. "Nella lotta contro queste idee e tendenze, - affermava - il paziente fa ricorso a riti di scongiuro, a forme di pensiero magico ed onnipotente. Tutto il pensiero assume caratteristiche particolari di lavorio e ruminazione mentale, per cui la persona che soffre di questo disturbo sminuzza continuamente sul piano intellettuale qualsiasi cosa; [...] dunque i sintomi dell'ossessivo riguardano il pensiero". Secondo Freud il quadro pulsionale del paziente ossessivo, la sua vita affettiva ed emotiva, era

caratterizzato dall'ambivalenza, da un conflitto tra amore e odio e da una fissazione allo stadio anale dello sviluppo psichico.

Testimonianze di rituali ossessivi nell'infanzia le osserviamo nell'articolo *La personificazione del gioco infantile* (1929) in cui Melanie Klein parlava di Rita, una bambina di due anni e nove mesi che soffriva di una serie di fobie, angosce e problematiche legate all'addormentamento. Ogni sera, prima di dormire, Rita doveva avvolgere sé stessa e la sua bambola nel lenzuolo per evitare che un topo portasse via il suo *Butzen* (probabile simbolo legato all'angoscia della perdita materna). Oltre a Rita, la Klein raccontava di Erna, una bambina di sei anni che presentava manifestazioni ossessive gravi, come la paura dell'arrivo dei ladri in casa, che la bimba cercava di scongiurare sdraiandosi ogni sera bocconi sul letto e sbattendo la testa sul cuscino, dondolandosi e



succhiandosi il pollice. Tali manifestazioni angosciose, Klein le associava al timore per la perdita dei propri genitori ed al mancato superamento del complesso edipico.

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO OGGI

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2017) definisce il Disturbo ossessivo-compulsivo [300.3 (F42)] come caratterizzato da presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi, in cui le *ossessioni* sono definite da pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi e indesiderati, che causano ansia e disagio marcati, e che il soggetto tenta di ignorare o sopprimere neutralizzandoli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione). Le *compulsioni* sono definite da comportamenti ripetitivi (es. lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (es. pregare, contare) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione; i comportamenti e le azioni mentali sono volti a prevenire l'ansia o eventi temuti.

Il DSM-5, inoltre, definisce la Personalità ossessivo-compulsiva come caratterizzata da un'eccessiva preoccupazione per l'ordine e da un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (l'ossessivo compulsivo è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi), ma anche da un'eccessiva preoccupazione per i dettagli, le liste, le regole, in maniera completamente disfunzionale, tanto da favorire la perdita, il più delle volte, dello scopo principale dell'attività. L'ossessivo compulsivo mostra una morale rigida, un'eccessiva scrupolosità e dedizione al

lavoro (o alle attività scolastiche nel caso di minori). Tuttavia, nei bambini, spesso il ricorso ai rituali non è accompagnato da ragioni spiegabili dal punto di vista logico, poiché non sono ancora in grado di articolare questa forma di pensiero.

Secondo il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2, Lingiardi e Mc Williams, 2018) il prototipo empirico dell'adolescente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è quello di un ragazzo che si aspetta di essere sempre "perfetto" ed è esageratamente preoccupato delle regole, delle procedure, dell'ordine e dell'organizzazione; egli tende ad aderire rigidamente alla routine giornaliera e si dedica eccessivamente



alla scuola, ai compiti, alla produttività in generale, trascurando il divertimento, il piacere e le amicizie. Tende a vedersi come una persona logica, razionale, non influenzata dalle emozioni; nelle relazioni l'adolescente con tale personalità risulta competitivo, controllante e poco generoso. Il PDM spiega come le motivazioni alla base del formarsi di tale personalità sia legata alle pressioni da parte di familiari, amici, professori e alle aspettative che riguardano i progetti di vita, il rendimento scolastico, la chiarezza del futuro professionale. Queste pressioni possono creare un'ansia esistenziale molto intensa che richiede il ricorso a strategie difensive sotto forma di istanze perfezionistiche e iper-organizzate dalle quali

l'adolescente giudica costantemente le proprie debolezze, i difetti e gli errori, mentre si sforza di presentare al mondo un'immagine opposta. Molte ossessioni possono presentarsi anche sul versante fisico e richiedere comportamenti compensatori come l'abuffarsi e poi ricorrere ai lassativi, fare esercizio fisico, mangiarsi le unghie, tagliarsi o mettere in atto altri comportamenti ripetitivi e compulsivi finalizzati alla riduzione dell'ideazione ossessiva. Tali comportamenti compensatori sono spesso tenuti nascosti ai genitori, agli insegnanti e ai coetanei, così da mantenere una parvenza di "normalità".

Tuttavia, per valutare la presenza di tali sintomi, il clinico deve necessariamente svolgere indagini ben più approfondite mediante l'utilizzo dei più potenti strumenti diagnostici oggi a disposizione, accompagnati da indagini di tipo qualitativo.

I "BIG" DELLA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E LA PREVISIONE/RILEVAZIONE DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Se prendiamo come riferimento i principali test diagnostici per la valutazione cognitiva e della personalità di un individuo, che possa essere un adulto, un adolescente o un bambino in età scolare, è possibile osservare attraverso l'analisi di alcuni indici specifici, la presenza di indicatori che rimandano all'eventuale presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo o alla formazione di una personalità ossessivo-compulsiva. Quelli che possiamo annoverare fra i "big" della psicodiagnosica, in quanto a valore statistico, potenza del costrutto e delle teorie di base, validità e attendibilità dei risultati sono: il test di Rorschach (qui si fa riferimento alla siglatura con metodo Klopfer) e i reattivi grafici (disegno della figura umana, il disegno della famiglia, il test dell'albero di Koch, il test della persona sotto la pioggia) che rientrano nella modalità testistica proiettiva; il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (in questo caso per Adolescenti, MMPI-A) specifico per la valutazione della personalità ed infine il test WISC-IV, "fratello minore" del test

neuro-cognitivo WAIS, che insieme alla valutazione delle componenti cognitive e performanti di un individuo, è in grado di suggerirci l'affondamento di alcuni aspetti problematici della personalità di un soggetto.

Nella somministrazione ed in seguito nella siglatura e analisi del test di Rorschach, ad esempio, la rilevazione di una grande abbondanza di risposte *D e d*, associata ad un livello formale medio o alto, può significare che il soggetto si sente in un certo qual modo insicuro e cerca una sicurezza tenendosi saldamente attaccato alle cose più evidenti e ovvie. Una percentuale superiore al 15% di *d*, viene associata spesso al bisogno di essere precisi e corretti. Se sono presenti in abbondanza anche risposte *dd* (ossia aree molto piccole ma chiaramente definite), esse possono indicare tendenza ossessiva verso la meticolosità e la pedanteria. Inoltre, una percentuale di *F* superiore all'80% è patologica se associata ad un buon livello formale, poiché viene interpretato come alto grado di costrizione o di mancanza di spontaneità, spesso riscontrati proprio in stati compulsivi.

Nei reattivi grafici, invece, ciò che si osserva è il tratto, la pressione sul foglio, le linee, le proporzioni tra le parti grafiche ed il tempo di esecuzione. Ciò che rimanda a tratti ossessivi nell'Albero di Koch, ad esempio, è la presenza di rami storti e contorti, che può far riferimento anche a problematiche con la disciplina, l'autocontrollo, ansia e inibizione; la chioma ripassata è spesso indice del bisogno di controllare tutto, di insicurezze di base, tipici di una personalità tendenzialmente ossessiva; la presenza di stereotipie nel disegno globale e dunque la presenza di una regolarità esagerata rimanda ad un eccessivo schematismo e a tratti di nevrosi ossessiva. Nelle figure umane e nella famiglia, gli indici di ossessività generalmente sono: tratto ritmicamente ripetuto, tratto ripassato, raddoppiato, tempo di esecuzione molto lungo, cancellature eccessive, disegno eccessivamente dettagliato e ripetizione di contenuti. Nello specifico, nelle figure umane,



sono possibili indici di ossessività (soprattutto nei bambini) la testa più piccola rispetto al corpo (Machover, 1949; Urban, 1963; Jolles, 1964; Gilbert, 1969), l'omissione del volto (Haworth, 1962; Koppiz, 1968), l'omissione degli occhi, (Haworth, 1962; Koppiz, 1968; Schildkrout et Al., 1972), l'omissione della bocca (Haworth, 1962; Vane ed Eisen, 1965; Urban 1963; Koppiz, 1968), abiti con disegni ripetuti, abiti a strisce (Schildkrout et al., 1972), bottoni se numerosi, scarpe con dettagli minimi (Gilbert, 1969), stringhe, ecc.; nella famiglia, ad esempio, la presenza di una madre che pulisce o qualsiasi altro riferimento alla pulizia, potrebbe, tra le altre cose, essere un indice di ossessività.

Nel Minnesota Multiphasic Personality Inventory per adolescenti (MMPI-A), la possibile presenza di un disturbo o di una personalità ossessivo-compulsiva è rilevabile in primis dalle scale di base: infatti, come già scoprirono Hathaway e McKinley (1942b) in uno studio sperimentale, un'elevazione nella scala 7 Psicastenia (Pt) che supera il cut-off di 65, è indice di disturbo d'ansia con tratti ossessivo-compulsivi. Nel caso specifico degli adolescenti, Cashel et al. (1998), attraverso un loro studio effettuato su ragazzi reclusi, hanno fornito la più forte conferma empirica della validità della scala 7 su adolescenti. I descrittori della scala 7 per questi ragazzi includevano umore depresso, difficoltà di concentrazione, inquietudine, iperattività, ansia generalizzata, paura di morire o di perdere il controllo, paura di parlare in pubblico, ossessioni e compulsioni, problemi nel portare a termine le proprie attività, prepotenza e molestie. Molti degli item della scala 7 trattano di pensieri incontrollabili o ossessivi, sensazioni di paura e/o ansia, dubbi su di sé e disturbi fisici. Hathaway e Monachesi (1963) hanno ipotizzato che la scala Pt potrebbe riflettere uno stile di personalità rigido che non diviene problematico fintanto che non si raggiunge l'età adulta.

Studi effettuati da Butcher et al. nel 1992 su un

campione clinico, hanno riportato che elevazioni della scala Pt sono correlate alla depressione e a disaccordi con i genitori per quanto riguarda le ragazze del campione, e a una storia di abuso sessuale per quanto riguarda i ragazzi.

Oltre alle scale di Base, anche quelle di contenuto possono fornirci informazioni sull'eventuale presenza di una sintomatologia ossessivo-compulsiva: infatti, gli adolescenti che ottengono un alto punteggio nella scala A-obs riferiscono di preoccuparsi eccessivamente, spesso per faccende di poco conto. Riferiscono inoltre di avere grande difficoltà nel prendere decisioni e di frequente temono di dover fare dei cambiamenti nella loro vita. Hanno periodi in cui sono incapaci di dormire a causa delle loro preoccupazioni; hanno spesso rimpianti su cose che possono aver detto o fatto, possono rimuginare su "cattive parole" o possono dar peso a cose senza importanza. Spesso il feedback che questo genere di persone ricevono dall'esterno non è positivo, poiché gli altri perdono facilmente la pazienza a causa di questi loro comportamenti. Uno studio di William et al. del 1992 ha trovato correlazioni tra la sintomatologia di questi ragazzi ed alcune loro condizioni personali e familiari: hanno visto che le ragazze che ottengono alti punteggi alla scala A-obs con molta probabilità vivono disaccordi crescenti con i loro genitori e tendono ad avere pensieri suicidari fra le loro ossessioni; invece, i ragazzi con elevazioni in questa scala possono rivelarsi eccessivamente dipendenti e attaccati agli adulti, ossessionati ed eccessivamente preoccupati del futuro.

Tuttavia, nel caso di un test come l'MMPI, come nella maggior parte dei test che indagano la personalità, tener conto delle elevazioni di una singola scala o di un paio di esse, per rilevare una problematica, sarebbe errato poiché vi sono sempre altri indici appartenenti ad altre scale che combinati fra loro possono validare la presenza di un disturbo o bilanciarne la gravità.

Ultimo, ma non per grado d'importanza, a fornirci

suggerimenti sulla presenza di una sintomatologia ossessiva nei bambini e negli adolescenti è il test Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV). Anche se si tratta di un test cognitivo, esso presenta aspetti qualitativi che in combinazione con le capacità critiche e osservative del clinico, possono rimandare a problematiche del minore che prescindono dalle sue caratteristiche cognitive. Per la valutazione dell'intelligenza, la scala WISC si serve di quattro indici fondamentali: l'indice di comprensione verbale (ICV), l'indice di ragionamento perettivo (IRP), l'indice di memoria di lavoro (IML) e l'indice di velocità di elaborazione (IVE). Un focus particolare spetta a quest'ultimo: misurato attraverso i sub test Cifrario (principale), Ricerca di simboli (principale) e Cancellazione (supplementare), l'indice di velocità di elaborazione è una misura dell'abilità di eseguire rapidamente compiti facili e ripetitivi di natura visuo-motoria. Esso misura le capacità di prestare attenzione, di scansionare visivamente, di discriminare e di conservare nella memoria a breve termine stimoli semplici di natura visiva ed è misura anche della capacità di coordinazione visuo-motoria. (Wechsler, 2003, ed. it. 2012; Kaufman, Raiford et al. 2016; Sattler, 2014). I sub test dell'Indice implicano l'attivazione di molteplici abilità come l'attenzione, la memoria e l'apprendimento incidentale. Tuttavia, per decidere se il punteggio conseguito sia basso perché la velocità di elaborazione del soggetto è inferiore a quella attesa oppure perché alcuni dei suoi tratti specifici (accuratezza, distraibilità ecc.) lo rallentano nell'esecuzione, il clinico dovrà considerare altri dati che provengono dalla valutazione complessiva del caso (Holdnack, Drozdick et al. 2013). Una delle cause di basso punteggio nell'IVE può essere proprio un'attitudine al perfezionismo o tratti ossessivi: essi infatti possono generare uno specifico stile di risposta (per esempio, particolarmente lento per la necessità di precisione e controllo), che rende complesso valutare la maggiore vs la minore adeguatezza della velocità di elaborazione.

Affidarsi totalmente ai risultati di una batteria di test come quella di cui si è discusso finora

è importante ma al contempo non ancora sufficiente per affermare, un certo margine di sicurezza, che si è di fronte ad un disturbo o ad una personalità ossessivo-compulsiva. La storia e le esperienze cliniche insegnano che è importante approfondire la conoscenza di un soggetto attraverso colloqui, anamnesi e osservazioni, tutte tecniche qualitative che permettono di ottenere il quadro complessivo della persona che abbiamo di fronte, ricostruirne il passato, comprenderne i meccanismi di funzionamento, le sue risposte allo stress, la presenza di eventuali traumi, le relazioni familiari, l'immagine di sé, ecc. Tutto questo ci permette di comprendere non solo gli aspetti disfunzionali di un soggetto, ma anche (e soprattutto) i suoi aspetti sani, le sue risorse e punti di forza, strumenti dai quali partire in direzione del raggiungimento di un equilibrio bio-psico-sociale della persona portatrice di un disagio come quello descritto.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, (2014), *Criteri Diagnostici DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Butcher James N. e Williams Carolyn L., (2014), *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A* (seconda edizione). Firenze: Giunti O.S.
- Castellazzi V.L., (2014), *Il test del disegno della famiglia* (sesta edizione). Roma: LAS
- Castellazzi V.L., (2017), *Il test del disegno della figura umana* (quinta edizione). Roma: LAS
- Castellazzi V.L., (2018), *Il test del disegno della persona sotto la pioggia* (seconda edizione). Roma: LAS
- Ciocca A., (2005), *La Psicoanalisi: clinica e teoria*. Edizioni scientifiche Abruzzi
- Lang M., Di Pierro P., Michelotti C., Squarza C., (2017), *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children: lettura dei risultati e interpretazione clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Lingiardi V., McWilliams N., (2018) *PDM-2 Manuale diagnostico psicodinamico* (seconda edizione). Milano: Raffaello Cortina Editore



CAMBIARE IL PUNTO DI VISTA NEGLI IAA

GLI EFFETTI SUL BENESSERE DELL'ANIMALE

Rosanna Duggento

Psicologa clinica, Psicoterapeuta
sistematico relazionale

Federica Stranieri

Laureata in Evoluzione del
Comportamento Animale e dell'Uomo,
Naturalista Etologa

RIASSUNTO

Per secoli l'uomo ha notato che gli animali possono avere un'influenza positiva sul funzionamento umano. La tendenza naturale degli animali nel creare legami con l'uomo, la loro semplice ricerca d'affetto e di interazione, favoriscono un'atmosfera calda e sicura, che, se proiettata in una sessione terapeutica, consente di costruire una relazione che rappresenta un ponte per il rapporto tra psicologo e paziente. Ad oggi, i vantaggi di queste interazioni all'interno degli IAA godono di supporto scientifico. Numerosi studi hanno documentato risultati che includono valori decrescenti in merito a misure di ansia, paura, solitudine e depressione e valori aumentati nella socializzazione.

Tuttavia, la prospettiva prevalente negli IAA si basa sulla domanda "cosa possono fare gli animali per noi?", con una scarsa considerazione

su ciò che la IAA potrebbe causare nell'animale. Lo studio degli effetti fisiologici e comportamentali dell'animale durante gli IAA può migliorare la nostra comprensione del benessere degli animali. Questo è stato comunemente valutato anche attraverso i livelli di cortisolo circolante, che, tuttavia, subisce anche l'influenza genetica e delle esperienze passate. L'incoerenza bibliografica che ne consegue illustra la sfida nel correlare i parametri fisiologici e comportamentali. Inoltre, spesso i conduttori non sono adeguatamente formati e una manipolazione inesperta può facilmente portare l'animale in uno stato di confusione, frustrazione e apatia. Gli IAA dovrebbero essere di natura interdisciplinare e dovrebbero combinare la teoria con una buona formazione pratica, nel campo dell'etologia e delle interazioni uomo-animale, con un occhio di riguardo al benessere psicosociale degli animali.

PAROLE CHIAVE

Pet-therapy, animali, IAA, benessere, etica

INTRODUZIONE

Il cane è stato un fedele servitore dell'uomo fin da un tempo molto remoto, ma non ancora ben definito, sicuramente già 15.000 anni fa. Il rapporto uomo-cane può dirsi evolutosi tramite quello che gli ecologi chiamerebbero, in senso lato, mutualismo: una relazione del tipo ++, benefica per entrambe le specie. Infatti, la relazione ha, da un lato, spinto l'uomo ad approfittare del primordio del cane per la guardia o per la caccia, e, dall'altro, ha permesso al cane di sfruttare gli avanzi dell'uomo per sopravvivere e, quindi, riprodursi. Fu probabilmente così che cominciò la domesticazione del cane.

Ancora oggi il rapporto uomo-cane e, più in generale, il rapporto uomo-animale, è "una relazione reciprocamente vantaggiosa e dinamica tra le persone e altri animali, influenzata da comportamenti essenziali per la salute e il benessere di entrambi", come definito dall'American Veterinary Medical Association nel 1998. L'utilizzo degli animali a fini terapeutici ha radici molto antiche e c'è una lunga storia di dipendenza umana da animali per i benefici terapeutici. Mentre probabilmente esiste in vari gradi dalla domesticazione di cani e gatti, l'uso sistematico di animali a fini terapeutici risale almeno al Medioevo (Cantanzaro, 2003a). Per secoli l'uomo ha notato che gli animali possono avere un'influenza positiva sul funzionamento umano. Il primo uso documentato di animali in terapia avvenne nel 1792 a York, in Inghilterra, dove gli animali da fattoria venivano utilizzati per migliorare l'atteggiamento dei pazienti mentali. Nel 1860 la fondatrice dell'assistenza infermieristica, Florence Nightingale, ha documentato i benefici degli animali nelle strutture terapeutiche, osservando che "un piccolo animale domestico è spesso un eccellente compagno per i malati", suggerendo che un uccello può essere la principale fonte di piacere per quelle persone confinate sempre nella stessa

stanza a causa di problemi di salute (McConnell, 2002).

Nel XX secolo gli animali sono stati utilizzati in svariate professioni sanitarie: psicologia clinica, assistenza infermieristica, per terapie ricreative, fisiche, occupazionali e del linguaggio. Nel 1919, al St. Elizabeths Hospital di Washington D.C., per la prima volta fu istituito un programma di salute mentale che prevedeva l'utilizzo di animali.

Lo psicologo infantile Boris Levinson notò dei progressi significativi nelle sedute di terapia o assistenza, dove era presente anche il suo cane Jingles, rispetto alle sedute durante le quali il cane non era presente. Notò, inoltre, che bambini non comunicativi interagivano positivamente con il cane. Così Levinson, nel 1962, pubblicò un documento intitolato "Il cane come co-terapeuta nell'igiene mentale" e, nel 1969, un libro sull'uso degli animali nella psicologia infantile.

L'impiego di un animale in terapia può essere utile dal momento che gli animali sembrano avere una tendenza naturale a creare legami con le persone. Un buon animale da terapia cercherà affetto e interazione con il paziente. Pertanto, la presenza degli animali può favorire un'atmosfera calda e sicura, che può essere considerata autonomamente terapeutica, e dunque aiutare i pazienti ad accettare gli interventi offerti dallo psicologo o dal professionista (Nimer e Lundahl, 2007).

L'uso degli animali spazia da animali da compagnia, che forniscono cameratismo e supporto emotivo; da assistenza, che forniscono supporto fisico-funzionale diretto; terapeutici, che aiutano con l'abilitazione-riabilitazione nella terapia fisica, occupazionale, linguistica e ricreativa. Gli animali terapeutici comprendono tartarughe, pulcini, conigli, uccelli, gatti, maiali, cani e cavalli. Ogni animale ha determinate abilità, temperamento e attitudini specifiche: ad esempio, i cani sono molto amichevoli e facilitano la comunicazione e l'interazione, mentre i cavalli offrono un'esperienza di guida che



facilita la normalizzazione del tono muscolare. Gli animali più utilizzati sono senza dubbio i cani, i quali, grazie alla lunghissima storia di co-evoluzione, hanno sviluppato un sistema comune di comunicazione con l'uomo. Durante l'ultimo decennio, inoltre, all'interno del concetto del *"Green Care"*, il ruolo terapeutico di cavalli, asini e dei cosiddetti *"farm animals"* è stato ampiamente finalizzato al miglioramento della qualità di vita di persone con problemi fisici, psichiatrici o sociali.

L'espressione *Pet Therapy* va sostituita con la più corretta *"Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)"*, che indica diversi tipi di prestazioni a valenza terapeutica, riabilitativa, educativa, didattica e ricreativa. Questi interventi prevedono il coinvolgimento di animali domestici e sono rivolti prevalentemente a persone affette da disturbi della sfera fisica, neuromotoria, mentale e psichica, dipendenti da qualunque causa, ma possono essere indirizzati anche a individui sani.

Le organizzazioni di interazione uomo-animale continuano a proliferare globalmente, fornendo tali servizi IAA classificati in:

- **Terapia Assistita con gli Animali (TAA):** intervento terapeutico, di supporto ad altre terapie (co-terapia), finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale. Questo è rivolto a soggetti affetti da patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime, di qualunque origine. L'intervento è personalizzato sul paziente, richiede apposita prescrizione rilasciata dal medico di medicina generale e viene condotto da uno psicologo o altro professionista della salute umana, al fine di raggiungere un obiettivo specifico e misurabile.
- **Educazione Assistita con gli Animali (EAA):** intervento di tipo educativo e/o rieducativo, destinato sia a soggetti sani sia a soggetti diversamente abili e a persone affette da

disturbi del comportamento. L'EAA si pone l'obiettivo di migliorare il livello di benessere psico-fisico e sociale e la qualità di vita della persona, rinforzarne l'autostima e ricreare il senso di normalità del soggetto coinvolto. Dunque, l'EAA trova applicazione in diverse situazioni, quali: prolungata ospedalizzazione o ripetuti ricoveri in strutture sanitarie; difficoltà dell'ambito relazionale nell'infanzia e nell'adolescenza; disagio emozionale; difficoltà comportamentali e di adattamento socio-ambientale; situazioni di istituzionalizzazione di vario tipo (istituti per anziani e per pazienti psichiatrici, residenze sanitarie assistenziali, orfanotrofi, comunità per minori, carceri, etc.).

- **Attività Assistita con gli Animali (AAA):** intervento meno formale, ludico-ricreativo a carattere occasionale, indirizzato a varie categorie di utenti, sia a soggetti sani che diversamente abili, volto a migliorare la qualità della vita (Kruger e Serpell, 2010). Nelle AAA la relazione con l'animale costituisce fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali; tali attività sono rivolte al singolo individuo e/o a un gruppo di individui (anziani, soggetti con disabilità intellettiva e/o fisica, minori ospitati in comunità di recupero, persone ospedalizzate, alunni nel contesto scolastico). Le AAA, in alcuni casi, sono propedeutiche all'EAA o alla TAA e sono finalizzate a: sviluppo di competenze attraverso la cura dell'animale, accrescimento della disponibilità relazionale, nonché alla stimolazione dell'attività motoria.

Ad oggi, i vantaggi delle forme di interazione uomo-animale godono di supporto scientifico. Se da un lato la semplice proprietà abituale degli animali domestici è collegata a risultati benefici quali l'abbassamento della pressione sanguigna, il minor rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, la minore concentrazione di ormoni indicatori di stress e il rilascio di neuromodulatori (ossitocina) per la facilitazione



dei rapporti sociali; dall'altro, gli interventi assistiti da animali (IAA) si sono dimostrati efficaci nell'alleviare le difficoltà mentali e mediche. Numerosi studi hanno documentato risultati per diverse popolazioni di pazienti, risultati che includono valori decrescenti in merito a misure di ansia, paura, solitudine e depressione e valori aumentati nella socializzazione (Barker, Pandurangi, & Best, 2003).

TERAPIA ASSISTITA CON GLI ANIMALI

La TAA prevede l'inclusione di un animale, come parte integrante del processo, in un piano di trattamento capace di soddisfare criteri specifici (AVMA, 2009). In particolare, il riconoscimento nell'animale del ruolo di co-terapista

rappresenta un fattore di successo nella TAA, permettendo lo sviluppo di una buona relazione tra l'animale e il paziente, necessaria per un risultato ottimale.

Durante la terapia, lo psicologo guida le interazioni tra un paziente e un animale per raggiungere obiettivi specifici (Chandler, 2005) e promuovere il miglioramento di funzioni fisiche, sociali, emotive e cognitive negli esseri umani. Infatti, l'introduzione di un animale appositamente addestrato in varie situazioni cliniche per assistere le persone, sia fisicamente che psicologicamente, è progettata per ottenere risultati altrimenti difficili da raggiungere o per arrivare a risultati migliori attraverso l'esposizione a un animale (Delta Society, 1996).



La TAA è stata impiegata in diversi contesti sanitari. Ad esempio, questa è stata utilizzata come coadiuvante della terapia fisica, al fine di aumentare la forza muscolare e migliorare il controllo delle capacità motorie dei pazienti, come coordinamento, equilibrio e postura, attraverso l'interazione con un cane (McCowan, 1984). Se da una parte, in terapie di questo tipo, le attività progettate intendono raggiungere determinati obiettivi di miglioramento delle condizioni fisiche e motorie, dall'altra la capacità dell'animale di essere attento al paziente può favorire l'aumento dell'interesse di quest'ultimo nei confronti delle attività (Chandler, 2005). La TAA, anche quando applicata a pazienti con problemi di salute mentale, può generare effetti benefici. In particolare, l'interazione con l'animale, se applicata a un bambino, può sensibilizzare questo a un tocco appropriato, ridurre i suoi livelli di ansia e di solitudine, aumentare il suo senso di connessione con un essere vivente, nonché favorire lo sviluppo delle sue abilità (Chandler, 2005; Delta Society 2006).

Nonostante sia esclusivamente un'integrazione, la TAA è stata applicata in diversi contesti clinici: nello spettro autistico (Redefer e Goodman, 1989), in condizioni mediche (Havenar et al., 2001), nel funzionamento mentale compromesso (Kanamori et al., 2001), nelle difficoltà emotive (Barker e Dawson, 1998), nei comportamenti indesiderati (Nagengast et al., 1997) e nei problemi fisici (Nathanson et al., 1997).

La struttura della TAA varia rispetto a diversi fattori, primo fra tutti l'animale impiegato, ma anche l'ambiente in cui si svolge la terapia (ad es. struttura a breve o lungo termine), la durata dell'intervento (a breve o lungo termine) e il numero dei pazienti coinvolti, se l'intervento è effettuato in gruppo o individualmente.

RISULTATI DEGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

Sono numerose le ricerche pubblicate che si trovano d'accordo circa la riduzione dello

stress associata alla proprietà di un animale. In uno studio randomizzato e controllato, coppie normotensive sono state sottoposte stress mentali e fisici in quattro condizioni: da soli, con un amico o un animale domestico, con un coniuge e con un coniuge e un animale domestico o un amico (Allen, Blascovich e Mendes, 2002). I ricercatori hanno notato una pressione sanguigna più bassa, minore reattività cardio-vascolare e recupero più rapido a seguito degli stressanti nella condizione in cui era presente l'animale.

Un ulteriore supporto è fornito da uno studio su donne adulte normotese, che si sottopongono a un compito di stress mentale da sole, con il loro cane da compagnia o con un'amica (Allen et al. 1991). Sono state monitorate la pressione sanguigna e la frequenza di risposta della conduttanza cutanea e la più bassa reattività autonomica è stata trovata quando erano presenti gli animali, mentre la più alta era con la presenza di amici.

In un'altra ricerca, condotta presso la Medicare in California (Siegel, 1990), è emerso che il numero di visite mediche, indipendentemente da dati anagrafici e stato di salute del paziente, era correlato al numero di eventi stressanti della vita e che i proprietari di animali domestici ne erano meno soggetti: i cani tamponavano l'impatto degli eventi di vita stressanti (Barker et al., 2010).

Gli effetti della terapia assistita con gli animali si riscontrano anche fisiologicamente: passare 20 minuti accarezzando un cane può indurre un aumento delle concentrazioni di ossitocina, che ha un ruolo cruciale nei legami sociali, e influenzare positivamente altre risposte endocrine, diminuendo cortisolo, epinefrina e noradrenalina (Beetz et al., 2012), associati alla lotta o alla fuga e alla risposta allo stress (Beetz et al., 2012). Una qualsiasi interazione con un animale può anche ridurre la pressione sanguigna (Barker e Dawson, 1998), la frequenza cardiaca e migliorare la variabilità della frequenza cardiaca (Kuhne et al., 2014). Sulla

base di questi risultati, l'implicazione è che l'interazione uomo-animale può alleviare la risposta allo stress (Beetz et al., 2012).

In un certo qual modo le Terapie Assistite con gli Animali possono aiutare anche nelle difficoltà linguistiche. Secondo Chapey (2001) le persone con afasia possono provare ansia, depressione, frustrazione, panico e altri disturbi dell'umore, e i logopedisti, mentre tentano di migliorare la funzione del linguaggio, possono effettivamente esacerbare questi disturbi dell'umore ricordando alle persone con afasia la loro difficoltà di linguaggio. Queste circostanze possono rendere il paziente maledisposto nel partecipare alla terapia. Tuttavia, con l'applicazione della TAA si potrebbe aumentare la motivazione, il desiderio di comunicazione e di collaborazione con lo psicologo e, in generale, migliorare l'umore del paziente. Inoltre, dal momento che gli animali manifestano un'accettazione incondizionata attraverso i movimenti della coda, le espressioni facciali e l'abbaiare, indipendentemente dalle difficoltà linguistiche della persona, risulta più facile costruire un rapporto di fiducia con il paziente (Macauley, 2006). Gli animali consentono di costruire una relazione priva del timore del giudizio, che diventa ponte per il rapporto tra lo psicologo e il paziente, aumentandone le potenzialità.

Numerosi studi si sono concentrati sui benefici della Terapia Assistita da Animali in pazienti psichiatrici ospedalizzati. Barker e Dawson (1998) hanno esaminato l'efficacia di una sessione di TAA nella riduzione dei livelli di ansia dei pazienti psichiatrici ospedalizzati; i risultati dell'indagine hanno evidenziato riduzioni statisticamente significative dei valori di ansia in quei pazienti con disturbi psicotici e dell'umore. Inoltre, una sessione di 15 minuti, durante la quale i pazienti avevano interagito con un cane, aveva ridotto significativamente la paura in pazienti in attesa della terapia eletroconvulsiva

(Barker, Pandurangi e Best, 2003).

La Terapia Assistita con gli Animali si è dimostrata uno strumento di successo anche nel miglioramento della socializzazione, delle attività della vita quotidiana e del benessere generale (Barak et al., 2001). In una ricerca condotta presso un reparto psicogeriatrico, infatti, sono stati valutati gli effetti della TAA, della durata di un anno, su 10 soggetti anziani con schizofrenia e 10 soggetti di controllo abbinati. La TAA prevedeva sessioni settimanali di 4 ore che miravano alla mobilità, al contatto interpersonale, alla comunicazione e alle attività di vita quotidiana (ADL) – compresa l'igiene personale e la cura personale indipendente – attraverso l'uso di cani e gatti come *"modeling companions"*. Quando sono stati confrontati i punteggi pre e post test, il gruppo TAA ha mostrato miglioramenti più significativi rispetto ai soggetti di controllo abbinati.

A tal proposito, anche Fick (1993) ha notato una differenza significativa tra i residenti delle case di cura durante le sessioni di Terapia Assistita con gli Animali. C'è stato, infatti, un notevole incremento delle interazioni verbali tra i residenti quando il cane era presente, con un significativo aumento della socializzazione e un conseguente miglioramento del clima sociale e della reattività all'ambiente circostante (Marr et al., 2000).

Banks e Banks (2002) hanno, invece, analizzato gli effetti della TAA sulla solitudine nei residenti delle strutture di assistenza a lungo termine. I risultati del loro studio hanno indicato che la TAA ha ridotto significativamente i valori di solitudine, sebbene questi risultati debbano essere esaminati con cautela dal momento che, durante le sessioni di TAA, è sempre stato presente anche un adulto, oltre al cane, che potrebbe aver contribuito alla riduzione della solitudine.

L'inclusione degli animali nella terapia è



risultata efficace anche nel favorire la riabilitazione delle persone con schizofrenia (Kovacs et al., 2004). In uno studio di Kovacs et al., i partecipanti che si sono sottoposti a sessioni di TAA settimanali per un periodo complessivo di nove mesi, hanno mostrato, al termine della terapia, un significativo miglioramento delle attività domestiche e sanitarie.

Peculiare è stata la ricerca condotta da Edwards e Beck (2000), i quali hanno cercato di scoprire se la presenza di acquari con pesci potesse influenzare l'apporto nutrizionale degli individui con la malattia di Alzheimer (AD). Effettivamente, come predetto, l'apporto nutrizionale delle persone con AD è aumentato significativamente quando sono stati introdotti gli acquari e ha continuato ad crescere durante le sei settimane seguenti, così come è aumentato anche il peso dei pazienti. Gli autori hanno concluso che la presenza degli acquari con pesci ha migliorato il clima delle strutture, migliorando, così, anche l'umore dei residenti e incrementando il loro appetito.

DAL PUNTO DI VISTA DELL'ANIMALE

Anche se un sempre più crescente numero di studi supporta i benefici per le interazioni uomo-animale per gli umani, esistono prove limitate per documentare gli effetti di tali interazioni sugli animali (Zenithson et al., 2014). La prospettiva prevalente negli Interventi Assistiti con gli Animali si basa sulla domanda "cosa possono fare gli animali per noi?", con una scarsa o totalmente assente considerazione di ciò che il programma potrebbe causare agli animali. Qualsiasi attenzione nei confronti degli animali è perlopiù limitata a ciò di cui l'animale necessita esclusivamente per il successo della terapia (Hatch, 2007). Ad esempio, gli animali dovrebbero essere lavati, sterilizzati o castrati, avere tutte le vaccinazioni aggiornate, devono essere ubbidienti e con un temperamento calmo. Ci sono degli studi che si concentrano, anche, su eventuali problematiche che gli animali possono

causare all'uomo, come la trasmissione di zoonosi (Walter-Toews, 1993) o di pulci (Brickel, 1979), la manifestazione di allergie (Beck, 2000), conseguenze negative per l'uomo associate alla morte o alla malattia di un animale (Fine, 2000b) o eventuali lesioni fisiche, come graffi e morsi (Arkow, 1987b). Tuttavia, la bibliografia è ancora oggi carente a proposito dei possibili effetti negativi degli Interventi Assistiti con gli Animali sugli animali stessi.

Nel 1991 Iannuzzi e Rowan sollevano per primi una serie di questioni etiche all'interno dei programmi di Interventi Assistiti con gli Animali, con preoccupazioni rivolte, ad esempio, all'accesso limitato all'acqua, alle alte temperature negli ambienti di lavoro, alle elevate aspettative per la durata della sessione terapeutica e allo stress complessivo che tale lavoro può creare negli animali. Serpell, Coppinger e Fine (2000) accusano i metodi di addestramento inappropriati che vengono applicati sugli animali da terapia, sostenendo, inoltre, che spesso l'animale si trova in situazioni che non può evitare o dalle quali non può sfuggire, condizioni che possono avere un notevole effetto negativo sul loro benessere fisico e mentale.

Il benessere degli animali è stato riferito alla capacità di un animale di adattarsi e far fronte alle esigenze imposte dal suo ambiente (Broom and Fraser, 2007). Ne deriva, pertanto, la necessità di approfondire la ricerca nell'ambito, ponendo particolare attenzione sugli effetti, positivi e negativi, che gli Interventi Assistiti con gli Animali provocano sugli animali stessi.

Gli animali, ed in particolare ci concentreremo sui cani, possono sperimentare stress mentre assistono le persone, che li induce a concentrare le proprie energie su alcuni meccanismi o risposte di *coping* (Scholz e VonReinhardt, 2007), indipendentemente dal fatto che siano cani da compagnia (Blecha, 2000; Moberg, 2000), cani TAA (Haubenthaler e Kirchengast, 2006, 2007), o cani guida (Fallani et al., 2007). Secondo svariati autori, alcune interazioni sociali

rappresenterebbero i principali fattori di stress per un cane (McEwen e Wingfield, 2003). Le interazioni con i pazienti, infatti, possono essere imprevedibili e richiedono, quindi, all'individuo di adattarsi costantemente a livello fisiologico e comportamentale, per mantenere l'omeostasi (Karatsoreos e McEwen, 2011).

A condizione che vengano soddisfatti i criteri della Therapy Dogs Inc. (TDI) (Cheyenne, WY), negli Interventi Assistiti con gli Animali è possibile coinvolgere cani di qualsiasi razza, taglia, età o sesso. Il cane deve passare attraverso un rigoroso processo di selezione, deve essere sottoposto ad un test del temperamento e sopportare più fasi delle sessioni di addestramento (Davis, 1992; TDI, 2010), volte a promuovere la migliore esperienza lavorativa e la minima quantità di stress per il cane durante la terapia. Tuttavia Dunbar (1987) sostiene che un solo test del temperamento potrebbe non essere sufficiente, dal momento che "un test del temperamento riflette solo le qualità buone e cattive relative dei singoli animali nel giorno in cui sono stati testati".

Tuttavia, sebbene i cani da terapia debbano superare un'attenta valutazione, la maggior parte di queste non tiene conto della disposizione; quindi un cane potrebbe essere certificato come cane da terapia, ma essere comunque stressato in situazioni non familiari. Esistono due diverse qualifiche per i cani da terapia:

- prevedibile, ciò significa che il cane è prevedibile in circostanze normali;
- complesso, il che significa che il cane si comporta in modo appropriato in ambienti complessi (Pet Partners, 2014).

Benché i cani siano valutati in base al loro potenziale comportamento in ambienti di diverse complessità, ciò non garantisce l'insensibilità del cane allo stress durante una sessione di terapia. Perciò, valutare lo stress dei cani in terapia in ambienti complessi, come un ambiente ambulatoriale in ospedale, è vitale per comprendere il benessere del cane coinvolto (Clark,

Smidt e Bauer, 2019).

Segni comportamentali di stress nei cani includono risposte allarmanti, l'ansimare, la dilatazione pupillare, il tremore, lamenti, leccate eccessive (leccate d'aria), sbadigli e una generale postura del corpo abbassata (Dreschel and Granger, 2005; Handelman, 2008). Se il cane che mostra questi segni comportamentali di stress non ha un meccanismo per riprendersi dallo stress cronico a lungo termine, allora può ammalarsi; le malattie da stress cronico colpiscono i sistemi cardiovascolare, gastrointestinale, immunitario e urinario (Scholz and Von Reinhardt, 2007). Tuttavia, analogamente alle conclusioni tratte da Rehn e Keeling (2011) e Shiverdecker et al. (2013), Glenk et al. (2014) suggeriscono che il leccamento delle labbra e lo scuotimento del corpo possono essere segnali comunicativi dei cani che non corrispondono necessariamente a un'esperienza stressante ma, al contrario, possono aiutare l'animale a gestire il proprio stress.

DAL PUNTO DI VISTA FISIOLOGICO

Lo studio degli effetti fisiologici e comportamentali nell'animale, durante gli Interventi Assistiti, può migliorare la nostra comprensione del benessere degli animali. Il benessere animale è stato comunemente valutato, oltre che attraverso l'osservazione del comportamento associato allo stress, anche tramite i livelli di cortisolo circolante, il principale indicatore fisiologico dello stress nei cani (Dreschel e Granger, 2009), come nell'uomo.

La limitata ricerca che coinvolge i cani da terapia ha spesso indicato un aumento dei livelli di cortisolo salivare in seguito alle sessioni di terapia, così come sono stati evidenziati livelli elevati nei giorni di terapia rispetto ai giorni di controllo (Haubenofer e Kirchengast, 2006). Allo stesso modo King, Watters e Mungre (2011) hanno riportato significativi aumenti dei livelli di cortisolo salivare dopo un'ora di TAA in un ambiente ospedaliero. E, sebbene gli effetti



a breve termine dell'aumento del cortisolo abbiano una funzione adattativa nella regolazione dei processi corporei di un organismo, livelli elevati di cortisolo per tempi prolungati possono portare a malattie legate allo stress e sono stati associati ad effetti negativi sulla salute (Chrousos, 2009).

È interessante notare che i livelli di cortisolo erano significativamente più elevati in quelle sessioni che erano state condotte in un ambiente nuovo per il cane (Zenithson et al., 2014). Questo risultato è in accordo con altri studi precedenti, nei quali si era già notato che i cani introdotti in un nuovo ambiente mostrano una maggiore attivazione simpatica (Pagani et al., 1991) ed una maggiore attività dell'asse ipotalamo-ipofisario (HPA), che controlla le reazioni allo stress e ne regola i vari processi fisiologici (Beeraet al., 1997), con un aumento dei livelli di cortisolo (Tuberet al., 1996).

Sebbene il cortisolo salivare sia usato come biomarcatore per lo stress, ci sono una serie di fattori che svolgono un ruolo nella variabilità delle sue concentrazioni, tra cui il sesso del conduttore del cane. Schöberl et al. (2017) hanno notato che i cani maschi con conduttori di sesso femminile hanno maggiori probabilità di sperimentare migliori strategie di *coping* ed hanno una minore variabilità del cortisolo.

Tuttavia, secondo alcuni autori, il cortisolo salivare è solo una misura associata alla risposta allo stress e, da solo, non può determinare se un cane è stressato o meno (Hecht, 2016). Per valutare più precisamente il benessere e il potenziale stato di stress nei cani terapeutici i ricercatori dovrebbero raccogliere ulteriori dati oggettivi, biologici e comportamentali, utilizzando visite standardizzate per l'analisi comportamentale (Clark, Smidt e Bauer, 2019).

Dunque, la concentrazione di cortisolo come *marker* di stress ha dei limiti. Infatti, il rilascio di cortisolo è attivato da svariati stimoli mentali e fisici, come situazioni ed emozioni

straordinarie (Beerda et al., 1998), e, sebbene venga emesso in risposta ad eventi negativi, il cortisolo può anche essere rilasciato in risposta a situazioni come il corteggiamento, la copulazione e la caccia (Handlin et al., 2011). Poiché l'attivazione dell'asse HPA non è specifica per il tipo di cambiamento nell'omeostasi, è difficile determinare se un aumento del livello di cortisolo è associato a emozioni positive o negative (Boissy et al., 2007).

Inoltre, bisogna sempre considerare che la risposta del cortisolo dipende da una combinazione della percezione individuale dello stimolo e da altri fattori individuali, sia genetici sia legati alle esperienze passate (Haubenhofer e Kirchengast, 2007). Ogni animale risponde allo stress indotto dall'ambiente in modo diverso, perché le risposte allo stress variano in base alle storie individuali dell'animale (Wolfle, 2000). Pertanto, ha senso testare ogni animale individualmente invece di fare ipotesi basate sull'età o sulla razza e si dovrebbero usare metodi precauzionali che prevengano l'interpretazione errata dell'aumento di cortisolo circolante (Blackwell et al., 2010).

L'INCOERENZA BIBLIOGRAFICA

Effettivamente non tutta la bibliografia è concorde sull'aumento dei livelli di cortisolo del cane da lavoro in seguito ad una sessione di TAA. Vari autori hanno riportato risultati antitetici.

Uno studio relativamente recente ha determinato che i livelli di cortisolo salivare non differiscono tra le impostazioni domestiche e terapeutiche nei cani da terapia (Glenk et al., 2013). Gli stessi risultati sono emersi nello studio di Zenithson et al. (2014), nel quale i 60 minuti di AAA con studenti universitari in un dormitorio non hanno causato una significativa attivazione dell'asse HPA o aumenti dei comportamenti associati allo stress nei cani da terapia coinvolti. In particolare, non vi era alcuna differenza nei livelli di cortisolo salivare tra l'attività di terapia e le impostazioni domestiche. Tali

risultati in sessioni di Attività Assistite con gli Animali aumentano di valore se si tiene conto del fatto che, normalmente, le sessioni di AAA sono più variabili delle sessioni di TAA, e quindi più stressogene, alla luce degli studi di cui si parlerà in seguito.

Questa incoerenza bibliografica illustra la sfida nel correlare i parametri fisiologici e comportamentali (Hansen e Jeppesen, 2006). Non tutti i cani esprimono i comportamenti associati allo stress nello stesso modo perché il temperamento e la personalità sono influenzati da molte variabili, tra cui età, razza ed esperienza passata (Hiby et al., 2006); infatti, come già detto, cani diversi hanno spesso diverse risposte e strategie per far fronte allo stesso stimolo (Jonesand Gosling, 2005; Rooney et al., 2007). Il cervello e lo sviluppo del corpo coordinano i meccanismi biologici in risposta ai principali fattori di stress per anticipare e riprendersi

da essi nel futuro, nel tentativo di mantenere l'omeostasi (Karatsoreos e McEwen, 2011). Inoltre, è importante considerare che il cambiamento dei livelli di cortisolo è un continuum e non è preciso per un singolo evento, di conseguenza può essere influenzato dai fattori che circondano l'interazione (Zenithson et al., 2014). È possibile, ad esempio, che un effetto attenuante dello stress derivante dall'essere accarezzato per un momento sia stato controbilanciato dall'effetto stimolante dell'ambiente (Zenithson et al., 2014).

Un'altra considerazione riguarda il temperamento e l'addestramento dei cani appositamente scelti per la terapia, i quali sono stati scelti per tali caratteristiche e potrebbero mostrare comportamenti apparentemente calmi e rilassati anche in situazioni stressanti (Piva et al., 2008; Viau et al., 2010). Questo sottolinea l'importanza della misurazione del comportamento in combinazione con il cortisolo.





COME RIDURRE LO STRESS DEL CANE SUL LAVORO

Dal momento che i cani da terapia lavorano costantemente in ambienti mutevoli, sono interessanti i risultati trovati da Haverbeke et al. (2008), i quali hanno studiato i fattori che influiscono sullo stress sociale, visivo e uditivo nei cani da lavoro, ed hanno notato livelli aumentati di cortisolo nell'esposizione iniziale a determinate sfide, che venivano meno se l'evento stressogeno si ripeteva (Haverbeke et al. 2008).

Allo stesso modo è emerso che il cortisolo salivare diminuisce quando i cani da terapia effettuano le visite due volte a settimana, suggerendo che la familiarità può svolgere un ruolo nel livello di comfort dei cani da terapia durante le visite in ambito ambulatoriale (Schöberl et al., 2017) e che i cani che visitano più frequentemente la stessa area sperimentano livelli inferiori di stress (Clark, Smidt e Bauer, 2019). È anche possibile, come avanzato da Glenk et al. (2014), che i cani da terapia si abituino ai pazienti in sessioni ripetute con gli stessi partecipanti, ma per trarre una conclusione, sono necessari ulteriori studi sugli effetti dell'abituazione.

I cani, inoltre, potrebbero essere più reattivi o frustrati se la libertà di movimento è limitata (Haug, 2008) e i livelli di cortisolo possono aumentare, specialmente se tirati al guinzaglio (Beerda et al., 1998). Allo stesso modo, si è scoperto che i cani da terapia che lavorano al guinzaglio hanno livelli più elevati di cortisolo rispetto a quelli che ne sono privi e sono, quindi, liberi (Glenk et al., 2013).

Vi sono prove che indicano che la secrezione di cortisolo nei cani è anche positivamente influenzata dal contatto con l'uomo (Kotrschal et al., 2009). Comportamenti positivi, interazioni e gioco tranquillo con l'uomo possono ridurre il cortisolo nei cani (Shiverdecker et al., 2013), mentre comportamenti punitivi e minacce ottengono l'effetto opposto (Horváth et al., 2007). I risultati dello studio condotto da Glenk et al. (2014) indicano che se i cani in terapia

si muovono liberamente, ricevono attenzione positiva e premi in cibo durante sessioni ripetute di un'ora in un gruppo chiuso di persone che hanno familiarità con i cani, allora i livelli di cortisolo diminuiscono.

In uno studio del 2011, King, Watters e Mungre si sono interrogati circa l'efficacia del gioco per alleviare lo stato di stress dell'animale (McMillan, 2002). Il gioco è definito come un'interazione piacevole, un modo per praticare i normali comportamenti funzionali, che riduce la tensione (Beaver, 1999) ed ha molti benefici per il cane; si svolge in uno stato di basso stress e può anche aiutare ad apprendere le abilità di socializzazione con altri cani ed esseri umani (King, Watters e Mungre, 2011). Tuttavia, gli elevati livelli di cortisolo, raggiunti all'inizio della sessione, sono diminuiti alla fine del turno di lavoro, indipendentemente dal fatto che i cani abbiano avuto o meno la sessione di "time-play". Probabilmente anche i cani possono adattarsi al carico di lavoro entro la fine del turno ed avere, così, una naturale riduzione dei livelli di cortisolo.

DAL PUNTO DI VISTA ETICO

La questione etica sull'uso degli animali come ausili terapeutici sorge da una tensione tra interessi. Nel corso della storia, l'uomo ha sempre usato gli animali per soddisfare i propri interessi, ma, d'altra parte, alcuni attivisti per i diritti degli animali sostengono che anch'essi hanno i propri interessi, nell'evitare dolore, paura, angoscia o danni fisici e nel perseguire i propri bisogni e obiettivi attraverso l'esecuzione di quei modelli di comportamento che sono tipici delle specie.

Negli ultimi anni, sono stati compiuti diversi sforzi per professionalizzare il settore degli Interventi Assistiti con gli Animali e stabilire standard di selezione e formazione che mirino a ridurre al minimo i rischi di danno a tutti i partecipanti alla sessione, animali compresi (Hines & Fredrickson, 1998). In parallelo gli IAA hanno visto crescita esplosiva e, in molti casi, questi

standard sono stati fissati in assenza di una valutazione sistematica ed empirica dei potenziali rischi per gli animali imposti dalle pratiche attuali. Pare vi sia una sensazione generale, tuttavia priva di fondamento in tutto il settore, secondo cui si tratta di attività non "nocive" per gli animali coinvolti (Serpell e Coppinger, 2006).

Il concetto di benessere è stato variamente definito dagli scienziati del benessere degli animali. Alcune definizioni sottolineano la presenza di stati mentali o emotivi spiacevoli (Dawkins, 1980), mentre altri fanno riferimento alla misura in cui gli stress e le tensioni ambientali superano la capacità dell'animale di far fronte o adattarsi (Fraser & Broom, 1990). Serpell e Coppinger, nel loro manuale "Handbook on Animal-Assisted Therapy" (2006), preferiscono considerare il benessere come una combinazione di entrambe le definizioni.

Nel rispetto del benessere dell'animale come essere senziente, innanzitutto sembra ragionevole aspettarsi che l'animale sia sempre al sicuro da ogni incidente e abuso o comportamento aggressivo da parte di qualsiasi paziente (Granger e Kogan 2000). È fondamentale che l'animale possa sempre essere in grado di trovare un rifugio sicuro nell'ambiente di lavoro, in cui andare se si sente esausto o stressato. Negare il controllo degli animali sul loro ambiente fisico e sociale può avere importanti effetti negativi sul loro benessere fisico e mentale (Hubrecht et al., 1992). Inoltre, durante il resto del giorno, l'animale coinvolto nella sessione di IAA deve interrompere il contatto effettivo con il paziente (Serpell e Coppinger, 2006).

Bisogna considerare che spesso gli animali allevati con l'intento di utilizzarli in Interventi Assistiti con gli Animali crescono in un ambiente forzato e impoverito, dove le motivazioni dei conduttori sono principalmente legate all'assistenza sanitaria e all'efficacia dei costi. Difficilmente si presta attenzione allo sviluppo neurologico e cognitivo dei cuccioli, nonostante

l'importanza dei periodi sensibili nella formazione permanente del carattere e di quello che sarà il cane adulto. A tal proposito, Serpell e Coppinger (2006) ritengono che difficilmente i test del temperamento e del carattere dei cuccioli possono essere considerati uno strumento predittivo efficace, proprio dal momento che il sistema nervoso dei cuccioli si sta ancora formando e il suo sviluppo in un senso piuttosto che in un altro dipende dall'ambiente in cui essi si stanno adattando.

Se si prestasse particolare attenzione alla formazione degli animali – e del loro sistema nervoso – sin dai primi mesi, questi potrebbe persino imparare a divertirsi nell'esecuzione del suo lavoro; verrebbero meno, in tal modo, tutte o almeno parte di quelle questioni legate allo stress discusse sopra.

Molti cani utilizzati negli IAA sono spesso recuperati dai rifugi, con l'obiettivo di salvare la loro esistenza. Ad esempio, un gran numero di levrieri vengono utilizzati nel lavoro terapeutico, non perché siano la migliore razza per il lavoro, ma perché molti vengono eliminati dalle corse e verrebbero altrimenti uccisi. Il recupero di questi cani ha chiaramente un impatto benefico sul loro benessere, ma alcuni professionisti dubitano dell'affidabilità di questi soggetti, più che altro per paura che emergano comportamenti latenti e inaccettabili che possono causare lesioni al paziente o al conduttore (Serpell e Coppinger, 2006).

CONCLUSIONI

Sfortunatamente, gli psicologi e gli altri professionisti che conducono sessioni di Interventi Assistiti con gli Animali hanno, talvolta, una scarsa conoscenza dei bisogni e delle necessità degli animali ed una esperienza insufficiente nel maneggiare o addestrare i cani. Di conseguenza, ai cani, o più in generale agli animali, possono essere dati comandi inappropriati o non programmati, possono essere puniti per non aver risposto a questi comandi, o essere premiati nei momenti sbagliati e così via



(Coppinger et al., 1998). Questo può facilmente portare l'animale in uno stato di confusione, frustrazione e apatia a causa di una tale manipolazione inesperta (Serpell et al., 2006).

Hines e Frederickson (1998) sottolineano che, senza un'adeguata formazione sui metodi, i terapisti possono incorrere in procedure inappropriate che non massimizzeranno i risultati del trattamento, anzi ne peggioreranno l'efficacia.

Secondo Turner, i programmi educativi dovrebbero essere di natura interdisciplinare e dovrebbero combinare la teoria con una buona formazione pratica, nel campo dell'etologia e delle interazioni uomo-animale, con un occhio di riguardo al benessere psicosociale degli animali.

Un conduttore adeguatamente formato può influenzare la percezione dell'ambiente del cane e minimizzare la risposta allo stress facilitando interazioni controllate e prevedibili. Al contrario, la mancanza di conoscenza dei segnali calmanti e di altre reazioni allo stress dell'animale potrebbe comportare l'incapacità di lettura e l'interpretazione errata da parte del conduttore. Negli IAA esiste il potenziale per maltrattamenti, indipendentemente da quanto intenzionalmente possa agire l'essere umano (Zenithson et al., 2014). Senza un'adeguata conoscenza, i conduttori possono rafforzare le reazioni di paura o stress dell'animale, che potrebbero, di conseguenza, avere effetti dannosi sulla salute e sul benessere degli animali (Carlstead e Shepherdson, 2000).

Proprio perché gli esseri umani traggono beneficio dall'interazione con i cani da terapia, la salute comportamentale e fisiologica dell'animale da terapia dovrebbe essere, oggi, attentamente considerata (Stetina e Glenk, 2011). Sebbene esista un dovere legale e morale di massimizzare il benessere degli animali da terapia (Rooney et al., 2009, p. 128), non esistono manuali standardizzati su come gestire i cani da terapia durante gli IAA. Tuttavia, in

assenza di regolamenti legali, sono comunque stati fatti alcuni passi iniziali e alcune organizzazioni (ad es. International Association of Human Animal Interaction Organizations, International Society for Animal-Assisted Therapy, European Society for Animal Assisted Therapy) hanno fornito delle direttive al fine di preservare il benessere degli animali durante gli IAA e monitorare attentamente i segni di disagio o stress degli animali.

In Italia, in particolare, le realtà che si occupano di IAA delineano un settore consistente e in continua evoluzione. Nel 2015 il Reparto di Neuroscienze comportamentali dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), insieme al Centro di Referenza Nazionale "Interventi Assistiti dagli Animali" (IAA) e al Ministero della Salute, ha tentato di colmare il vuoto legislativo in materia di IAA e di rispondere all'esigenza formativa delle varie figure professionali coinvolte (veterinari, medici, psicologi, educatori, educatori cinofili ed etologi), con la stesura di linee guida in un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. L'obiettivo è quello di garantire le corrette modalità di svolgimento degli Interventi Assistiti con gli Animali, al fine di tutelare la salute dell'utente ed il benessere dell'animale coinvolto e favorirne la corretta interrelazione. Queste linee guida costituiscono una realtà unica a livello internazionale e stabiliscono delle regole omogenee sul territorio italiano. Con l'approvazione di tale accordo da parte della Conferenza Stato Regioni e Province autonome, l'Italia conquista il primato, rappresentando il primo Paese al mondo ad avere stabilito una norma di riferimento nella mediazione uomo-animale. Inoltre, se le realtà di IAA internazionali sono di natura privata, l'Italia può vantare un Centro di referenza nazionale sugli IAA con mandato ministeriale, dunque di natura pubblica, che si occupa principalmente della promozione della ricerca per la standardizzazione di protocolli operativi per il controllo

sanitario e comportamentale degli animali coinvolti in IAA e del potenziamento delle collaborazioni fra medicina umana e veterinaria.

Dunque, a fronte del notevole sviluppo degli Interventi Assistiti con gli Animali negli ultimi anni, emerge sempre più la necessità di trovare un continuum tra l'esperienza e l'elaborazione teorica e definire protocolli di base che scaturiscano da risultati di rilevanza scientifica.

Grandi passi si stanno già muovendo e gradualmente gli psicologi e gli altri professionisti stanno adottando un approccio integrato e meno antropocentrico, con una visione sia dal punto di vista umano sia dal punto di vista dell'animale. Non si potrebbe parlare di relazione uomo-animale se non fosse tutelato il benessere dell'animale, anche attraverso una sua esperienza positiva e motivante durante la terapia.

BIBLIOGRAFIA

- Barker, S., Knisely, J. S., McCain, N. L., & Best, Al M. (2005). *Measuring stress and immune response in healthcare professionals following interaction with a therapy dog: a pilot study*. Psychological Reports, 96, 713-729.
- Barker, S., Knisely, J. S., McCain, N. L., Schubert, C. M., & Pandurangi, A. K. (2010). *Exploratory study of stress-buffering response patterns from interaction with a therapy dog*. Anthrozoös, 23, 79-91.
- Clark, S. D., Smidt, J. M., & Bauer B. A. (2019). *Welfare considerations: salivary cortisol concentrations on frequency of therapy dog visits in an outpatient hospital setting: a pilot study*. Journal of Veterinary, 30, 88-91.
- Farina, L., De Santis, M., & Contalbrigo, L. (2015). *Interventi assistiti con gli animali*. Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.
- Glenk, L. M., Kothgassner, O. D., Stetina, B. U., Palme, R., Kepplinger, B., & Baran, H. (2014). *Salivary cortisol and behavior in therapy dogs during animal-assisted interventions: a pilot study*. Journal of Veterinary Behavior, 9, 98-106.
- Hatch, A. (2007). *The view from all fours: a look at an animal-assisted activity program from the animals' perspective*. Anthrozoös, 20, 37-50.
- King, C., Watters, J., & Mungre, S. (2011). *Effect of a time-out session with working animal-assisted therapy dogs*. Journal of Veterinary Behavior, 6, 232-238.
- Macauley, B. L. (2006). *Animal-assisted therapy for persons with aphasia: a pilot study*. Journal of Rehabilitation Research & Development, 43, 357-366.
- Nimer J., & Lundahl B. (2007). *Animal-assisted therapy: a meta-analysis*. Anthrozoös, 20, 225-238.
- Serpell, J., & Coppinger, R. (2006). *The welfare of Assistance and therapy animals: an ethical comment*. In Fine, A. H. (Ed.), *Handbook on animal-assisted therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (pp. 415-431). Academic Press
- Zenithson, Y. Ng, Pierce, B. J., Otto, C. M., Buechner-Maxwell, V. A., Siracusa, C., & Werre, S. R. (2014). *The effect of dog-human interaction on cortisol and behavior in registered animal-assisted activity dogs*. Applied Animal Behaviour Science, 159, 69-81.

SITOGRAFIA

- *Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)". 2015 from <http://archivio.statoregioni.it/DetttaglioDoc25f9.html?IDDoc=46922&IdProv=13952&tipodoc=2&CONF=CSR>*
- Farina, L., De Santis, M., & Contalbrigo, L. (2015). *Interventi assistiti con gli animali*. Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. From <http://www.anagrafecaninarer.it/acrer/Portals/0/files/interventi-assistiti-animali.pdf?ver=2017-11-12-202914-017>



LA TEORIA DELLA MENTE IN ADOLESCENZA

Stefania Zecca

Psicologa Clinica

Master di II Livello in

"Esperto in disturbi dell'apprendimento
e difficoltà scolastiche"

RIASSUNTO

La Teoria della Mente (ToM) è l'abilità sociocognitiva che permette all'individuo di attribuire stati interni a se stessi e agli altri, nonché di comprendere i legami che esistono tra tali stati mentali e il comportamento manifesto. Il ruolo fondamentale di questa abilità in età evolutiva, nello specifico per il successo nel gruppo dei pari, per le competenze sociali e per i risultati accademici, sollecita interventi di potenziamento e promozione della ToM. Favorire un livello di mentalizzazione più elevato, durante l'adolescenza, periodo in cui il rapporto con i pari si intensifica e diventa prioritario e le relazioni sociali diventano sempre più complesse e articolate, costituisce, dal punto di vista applicativo/educativo, una opportunità per sostenere il benessere dell'alunno a diversi livelli, in particolare in ambito scolastico.

PAROLE CHIAVE

adolescenza, mentalizzazione, Teoria della Mente, Psicologia scolastica.

INTRODUZIONE

Secondo una rilevante formulazione teorica, l'abilità di comprendere gli stati mentali (pensieri, credenze, intenzioni e desideri) di altri individui, e predirne i comportamenti, è definita "Teoria

della Mente" (TOM). Si ritiene che tale costrutto comprenda due diverse sottocomponenti: la componente cognitiva (la capacità di comprendere intenzioni e pensieri degli altri) ed una componente affettiva (abilità di inferire le emozioni di altri individui).

La TOM, in generale, è una funzione complessa che permette ad ogni individuo di *«assumere il punto di vista degli altri per capire quello che pensano in modo tale da comprendere meglio le ragioni del loro comportamento»* (Lecce, Bianco, 2018) pertanto costituisce un'abilità socio cognitiva che favorisce la possibilità di considerare i punti di vista altrui e di essere, quindi, meno centrati su se stessi, superando quell'atteggiamento egocentrico ed autoreferenziale che porta a considerare solo il proprio punto di vista, la propria soggettività. In virtù di tale fondamentale abilità gli individui possono raggiungere una visione più complessa ed articolata del mondo sociale, possono essere in grado di riflettere sulle proprie attività cognitive (metacognizione), possono manifestare una regolazione emotiva e una cognizione sociale in grado di favorire un comportamento interpersonale adeguato e, più in generale, sviluppare un maggiore e più efficace adattamento sociale (Peterson, Slau-ghter e Paynter, 2007). Pertanto la Teoria della

Mente è estremamente importante per la convivenza sociale, per la vita sociale e relazionale di ogni individuo, permette ad ogni essere umano di porsi in relazione con le altre persone, di comprendere i loro pensieri e i loro stati d'animo e di comunicare con loro in modo opportuno.

LA TEORIA DELLA MENTE: IL RUOLO DEL LINGUAGGIO E DELLE FUNZIONI ESECUTIVE

Più in generale, i compiti che richiedono la teoria della mente si basano anche sull'uso di molti processi non specifici, come il linguaggio, le funzioni esecutive e la percezione delle azioni. A partire dagli anni '90 si sono sviluppati numerosi filoni di ricerca finalizzati alla conoscenza e all'approfondimento delle fasi di sviluppo infantile della Teoria della Mente cercando anche di individuare, nella primissima infanzia, i precursori della teoria della Mente, importanti presupposti che sostengono le prime forme di conoscenza dell'altro come soggetto di stati mentali. Alla base del complesso processo che, nel normale corso evolutivo dell'individuo, «è favorito da un desiderio innato a comunicare in modo intenzionale» (Frith, 1989) si possono individuare, in una sorta di continuità, processi sottostanti e precedenti l'acquisizione del linguaggio verbale, forme di comunicazione intenzionale di tipo dichiarativo (attenzione condivisa e gesti proto-dichiarativi) (Camaioni, 1995) che segnalano, nel bambino, l'acquisizione della comprensione e della relazione sociale della comunicazione.

In tale processo di sviluppo infantile, in cui si intrecciano ed influenzano reciprocamente fattori biologici e sociali, si esplicitano ben presto capacità di interazione con l'ambiente sociale, anzitutto nella struttura di interazione madre-bambino già a livello gestuale o comportamentale (Schaffer, 1977, Benelli, D'Odorico, Levorato, Simion, 1983). E' proprio in questa struttura dell'interazione che il bambino acquisirebbe le caratteristiche del *processo* di comunicazione, a cui molto più tardi si aggiungeranno dei *contenuti* e soprattutto le caratteristiche

inerenti alle nozioni di reciprocità e intenzionalità fondamentali per la costituzione del concetto di dialogo.

Numerosi studi (Bates, 1974, Camaioni 1995) hanno evidenziato che i bambini, ancora privi di un codice linguistico convenzionale, riescano a capire e a farsi capire utilizzando il proprio bagaglio comunicativo (gesti e condivisione), cognitivo e sociale che sfocerà progressivamente nell'acquisizione del fondamentale strumento della comunicazione umana che è il linguaggio verbale.

Conquistate le abilità di condivisione e comprensione di semplici eventi, che implicano abilità di tipo sociale e abilità di previsione di emozioni di persone, o attribuzioni di intenzioni comunicative ad espressioni facciali, il secondo livello, strettamente linguistico, mira a sviluppare le prime forme grammaticali. La capacità di cogliere dell'altro, ad esempio, l'intenzionalità attraverso la direzione del gesto e dello sguardo, la postura, l'espressione facciale ecc, permette al bambino di sviluppare abilità linguistiche e abilità di interpretazione di eventi complessi come mentalizzazione dell'evento stesso.

Su queste prime forme di interazione, in cui adulto e bambino con i loro reciproci comportamenti "si scambiano dei significati", se ne innestano progressivamente altre sempre più complesse, dando luogo a quella struttura di intersoggettività che, secondo la Ryan (1974), consiste in un mutuo riconoscimento di certi tipi di intenzioni. Il linguaggio assume, in tal modo, un ruolo decisivo nella capacità del bambino di comprendere la mente (Astington & Baird, 2005).

Pertanto le acquisizioni cognitive basilari che il bambino raggiunge nei primi due anni di vita riguardano due ambiti, quello di interazione con il mondo fisico e di interazione con il mondo sociale, progressivamente integrati. Nel contesto delle interazioni con l'adulto, infatti, il bambino arriva a comprendere ed utilizzare modalità comunicative di tipo linguistico e ad adottare un approccio, non più tradotto direttamente in



azione, bensì mediato da forme linguistiche più strutturate. La possibilità "referenziale", che permette di dare e ricevere informazioni su una realtà esterna condivisa da entrambi gli interlocutori, attraverso una serie di sussidi gestuali e linguistici, costituisce così il presupposto per la possibilità di predicare qualcosa su di esso (Bruner, 1976). Dal momento che ciò che l'adulto dice è costituito da commenti sulla realtà e sulle azioni del bambino ad essa relative, è evidente che il linguaggio che il bambino ascolta in tali circostanze può da lui venire ben presto considerato come riferito alle cose che sta osservando, manipolando o facendo. Secondo Camaioni (2001), la comunicazione dichiarativa, volta a condividere con l'interlocutore l'attenzione e l'interesse su un evento/oggetto della realtà, costituisce un precursore della ToM. Il "Gesto di indicare", nel secondo anno di vita del bambino, assume così anche un valore più complesso, un valore "dichiarativo" la cui finalità è quella di richiamare l'attenzione dell'altro su un oggetto per condividere l'interesse verso esso (Camaioni, 1997); in tal modo il bambino si rivolge all'altro, attribuendogli intenzionalità e stati mentali (interesse, attenzione, curiosità), perché crede di poterne influenzare l'attenzione. Il gesto di indicazione avrebbe un importante ruolo nell'acquisizione del linguaggio in quanto consentirebbe l'instaurarsi di formati di attenzione condivisa, un primo passo verso lo sviluppo simbolico (azione referenziale prodotta in un contesto sociale). È all'interno di questi particolari contesti interattivi, in cui adulto e bambino centrano l'attenzione sul medesimo segmento di realtà, che sarebbe possibile il referente delle prime parole (Camaioni, Volterra, 1979).

La comparsa del gioco simbolico (gioco di "finezza"), nel secondo anno di vita, segna nello sviluppo individuale, l'acquisizione fondamentale di rappresentarsi mentalmente la realtà, diversa da quella percepita, proprio come nell'attribuzione all'altro di stati mentali diversi dai dati di fatto (Leslie 1987), costituendo, pertanto, un ulteriore indice precursore della ToM.

Questa abilità di Teoria della Mente, pertanto, si sviluppa nel tempo e col tempo, derivando certamente da una serie di attitudini acquisite e da esperienze verificatesi durante la prima infanzia, portando alla formazione di rappresentazioni mentali proprie ed altrui; le esperienze di natura sociale, in particolare, appaiono decisive nell'acquisizione della abilità del bambino ad interpretare messaggi comunicativi di tipo emozionale o stati interni e di previsione delle azioni altrui.

Numerosi autori hanno evidenziato, a tal proposito, che l'esposizione a conversazioni ricche di riferimenti e di spiegazioni a stati mentali, facilita la comprensione nei bambini degli stati mentali altrui; Nelson (2007) ha suggerito, nello specifico, che tali conversazioni permettono ai bambini di entrare nella "comunità delle menti" offrendo la possibilità di riflessione sulle proprie esperienze sociali e sulle differenze tra stati mentali propri e altrui. Quei bambini che sono stati educati a porre attenzione ai pensieri altrui, che hanno avuto la possibilità di ascoltare e partecipare a conversazioni che hanno come oggetto la mente e che hanno buone capacità linguistiche e di autocontrollo, saranno quelli che svilupperanno una teoria della mente più veloce e in modo più completo (Lecce, Bianco, 2018).

La crescente capacità del bambino di parlare della mente, o meglio, di utilizzare il lessico psicologico (Lecce e Pagnin, 2007), denota, pertanto, lo sviluppo della teoria della mente. L'uso di termini che si riferiscono a stati mentali interni, propri o altrui, (termini di tipo volitivo, emotivo e cognitivo), costituiscono la manifestazione della avvenuta acquisizione della comprensione dell'esistenza degli stati mentali umani, attribuendo ad essi un valore esplicativo dei comportamenti umani. Nella produzione spontanea, nella seconda infanzia, di termini psicologici prevalentemente emotivi, si rileva proprio quell'interesse spontaneo del bambino verso i fenomeni mentali utilizzati anche per dare un senso alla realtà circostante.

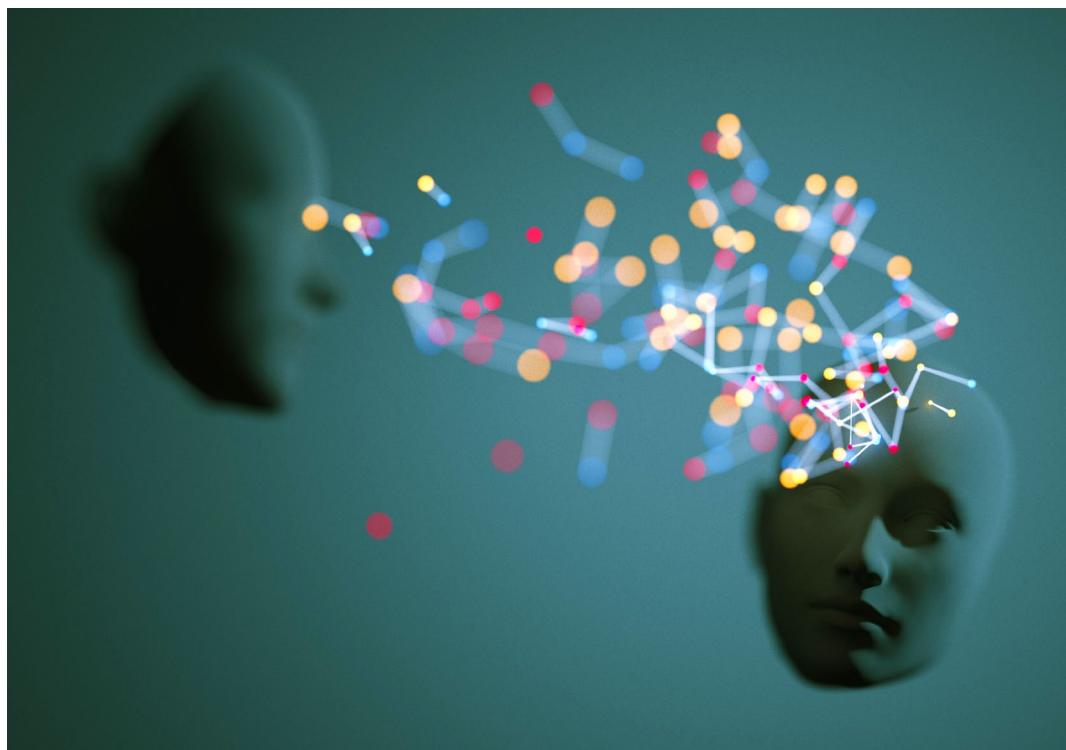
La ToM fa riferimento complessivamente ad un

complesso di abilità utilizzabili in modo diverso: un'altra area che risente dello sviluppo della teoria della mente riguarda le funzioni esecutive. Le funzioni esecutive della generazione di strategie, pianificazione, inibizione e individuazione delle regole, durante la loro azione specifica, iniziano, coordinano, mantengono e bloccano le altre funzioni cognitive. La cognizione sociale, d'altra parte, comprende anch'essa una gamma di funzioni tra cui: la consapevolezza emotiva, l'empatia, la ToM: alcune ricerche hanno evidenziato come lo sviluppo di tali funzioni, esecutive e sociali, seguano traiettorie di sviluppo divergente del cervello basato sulla topografia neuronale. Tuttavia, lo sviluppo delle funzioni esecutive e sociali può rispecchiare la maturazione/crescita del cervello e le variazioni ambientali (Hughes ed Ensor, 2009), ad esempio cambi di vita o nelle amicizie (Taylor et al., 2013).

La media infanzia costituisce, in particolare, una fase dallo sviluppo in cui le funzioni esecutive

subiscono un notevole incremento (Davidson, Amso, Anderson & Diamond, 2006) che sono determinanti anche per l'influenza diretta per le abilità della ToM (Carlson & Moses, 2001).

Il concetto di "funzioni esecutive" si riferisce ad una serie di processi altamente controllati e selettivi riconducibili prevalentemente all'attività delle aree prefrontali del cervello (Stuss e Alexander, 2000). Avendo come principale elemento di identificazione il correlato neuronale, queste funzioni non nascono dalla riflessione su un unico e ben precisato meccanismo cognitivo, ma sono abbastanza eterogenee. E' comune, comunque, che i processi più attivi di attenzione, memoria di lavoro, e metacognizione siano ricondotti all'interno dei processi esecutivi. Certamente assumono una particolare importanza la soluzione dei problemi e la pianificazione, categorizzazione e flessibilità nell'uso delle regole ecc. Queste abilità di programmazione e controllo della cognizione e del comportamento,





così come la cognizione sociale, mostrano uno sviluppo protratto fino alla tarda adolescenza e la prima età adulta (Taylor et al., 2013). In questo periodo specifico della vita si assiste ad uno sviluppo continuo delle reti frontali, sottese nelle funzioni esecutive (Barker et al., 2010) e in alcuni aspetti della cognizione sociale (Carrington e Bailey, 2009). Tali abilità, in questa fascia di età sono particolarmente importanti proprio in relazione al passaggio dell'adolescente verso un'autonomia e indipendenza personale. In questa fase critica dello sviluppo, con una crescita dinamica del cervello, i cambiamenti psicologici, comportamentali e sociali dell'adolescente richiedono molteplici adattamenti flessibili resi possibili proprio dalle funzioni esecutive e da uno sviluppo socio-emozionale.

LE BASI NEURALI DELLA TOM

Attualmente gli studi sulla TOM permettono di approfondire il comportamento umano e di soggetti in età evolutiva non solo principalmente nell'ambito della psicologia dello sviluppo, ma anche in ambito neuropsicologico, in ambito forense e più in generale in ambito clinico.

La TOM, dal punto di vista neuropsicologico, sarebbe sostenuta da un'ampia rete neurale di cui fanno parte l'amigdala, l'ippocampo, il polo temporale, la giunzione parieto-occipitale e le corteccce fronto-orbitaria e fronto-mediale, nonché i gangli della base ed il cervelletto (Vallar, Papagno, 2011). All'interno di queste strutture, in particolare quelle frontali, si è proposto che un ruolo importante sia giocato dal sistema dei cosiddetti "neuroni specchio". Questi neuroni premotori si attivano nelle scimmie non solo quando compiono delle azioni, ma anche quando osservano le azioni altrui. Si ritiene che i neuroni specchio siano coinvolti negli umani non solo nell'imitazione ma anche nella rappresentazione e comprensione dei movimenti e delle intenzioni altrui, nell'empatia e, quindi, nella socializzazione.

Diverse regioni della corteccia prefrontale sembrano mediare le due componenti della TOM: la

corteccia prefrontale dorso laterale, prevalentemente nell'emisfero destro, avrebbe un maggiore ruolo nell'aspetto cognitivo della TOM, mentre la corteccia orbito mediale sarebbe soprattutto coinvolta nella componente affettiva (Vallar, Papagno, 2011).

La funzione riflessiva, implicita nella "Teoria della mente", cioè l'interpretazione del pensiero altrui, così come il riconoscimento e la comprensione delle emozioni delle persone con cui si interagisce, costituisce, inoltre, un'area d'indagine importante nell'ambito della Psicologia Forense, in particolare nell'ambito della Psicologia della Testimonianza di minori coinvolti, ad esempio, in casi di abuso sessuale. La narrazione autobiografica e traumatiche di esperienze di abuso sessuale è influenzata, per alcuni aspetti, dal livello di età e dallo sviluppo cognitivo e linguistico. I bambini più grandi, di età adolescenziale, in particolare, appaiono maggiormente competenti divenendo sempre più capaci di organizzare mentalmente gli eventi da un punto di vista temporale e causale, di narrare in modo completo e coerente, producendo testimonianze più ricche di elementi descrittivi, riflessivi e meta cognitivi (Berliner, Hyman, Thomas & Fitzgerald, 2003; Di Blasio, 2001; Qin & Davis, 2002; Howe, Cicchetti, Toth & Cerrito, 2004).

LA TEORIA DELLA MENTE NELLO SVILUPPO ATIPICO

Alcuni studi hanno evidenziato la tendenza ad iper-mentalizzare, cioè ad usare la TOM in maniera eccessiva, da parte degli adolescenti borderline; tale tendenza può essere attribuita agli episodi di trauma associati a BPD (Zanarini, 2000; Zanarini et al., 1989). Un recente studio sugli animali suggerisce che i traumi infantili possono colpire l'asse ipotalamico-pituitario-surrenale (HPA) (Oitzl et al., 2000). Un ulteriore studio, che ha coinvolto bambini traumatizzati e donne adulte vittime di abusi sessuali durante l'infanzia, ha dimostrato costanti cambiamenti nell'asse HPA (Heim et al., 2000, 2001). Infatti, una anormale ricettività allo stress (Rinne

et al., 2002) è stata dimostrata in adulti con BDP. Una crescente ricettività allo stress, a sua volta, colpisce la capacità di mentalizzazione. Uno studio recente (Smeets et al., 2009) evidenzia che le donne sono responsive ad un alto livello di cortisol: dopo l'induzione allo stress commettevano più errori di mentalizzazione – (dovuti soprattutto ad una tendenza a iper-mentalizzare) – in tal modo si dimostra che la ricettività allo stress regola la mentalizzazione o TOM.

Più in generale numerosi studi recenti individuano una serie di correlazioni tra la TOM ed una serie di condizioni cliniche, psicopatologiche in soggetti adulti ed in età evolutiva: la teoria della mente o la mentalizzazione sono state proposte per spiegare i disturbi del comportamento interpersonale e della disregolazione emotiva nel disturbo della personalità borderline (BPD) in adolescenti, nei casi di sociopatia acquisita e di alterazioni da disinibizione (Adolphs, 2003, Vallar Papagno, 2007) di soggetti incapaci di rappresentarsi lo stato emotivo degli altri e di comprendere le conseguenze dei propri atti aggressivi a causa di danni selettivi della corteccia orbito mediale frontale. Numerose ancora le ricerche, recenti e copiose della neuropsicologia dell'autismo (in cui manca la TOM), così come lo studio della schizofrenia in cui il paziente non riesce a riflettere sui propri contenuti mentali, è incapace di monitorare le credenze e le intenzioni altrui, di inferire il contenuto della mente altrui con conseguenti strategie di interazione sociale stereotipate e ritualistiche, più in generale è incapace di allineare le proprie rappresentazioni mentali con quelle altrui.

LO SVILUPPO DELLA TEORIA DELLA MENTE

Come tutte le capacità cognitive, la TOM ha diverse tappe dello sviluppo; la ricerca scientifica degli ultimi trent'anni ha evidenziato principalmente i fattori responsabili dello sviluppo della TOM, si è focalizzata sull'efficacia per il bambino nel rapporto con i pari e nel rendimento accademico ed anche sulla sequenza evolutiva di acquisizione. Quest'ultima è di estrema importanza

perché individua, nelle diverse fasi dello sviluppo cognitivo del bambino, le basi di un comportamento sociale competente ed adattato.

Tale abilità assume caratteristiche diverse in relazione al periodo evolutivo del bambino, pertanto in età scolare comunemente vengono utilizzati ragionamenti complessi sulle credenze delle persone (*ragionamento ricorsivo di secondo ordine*), viene compreso il processo che regola la manipolazione, attraverso gesti e parole, di stati mentali altrui (*persuasione*), o di capire situazioni ed implicazioni di "gaffe sociali" o fenomeni di doppio inganno (*doppio bluff*), di comprendere comunicazioni verbali e non verbali di tipo sarcastico, di comprendere, infine, gli stati mentali, con diverse credenze e pensieri, degli individui in situazioni in cui tali differenze generano *fraintendimenti*.

Tale capacità in particolare, aumenta durante la fanciullezza, periodo in cui il rapporto con i pari si intensifica e le relazioni sociali diventano più complesse ed articolate pertanto i ragazzini sono in grado di incrementare tale tendenza a ragionare sugli stati mentali degli altri, utilizzando abilmente tali abilità di TOM in situazioni e contesti più complessi come quelli caratterizzati da "faux pas", fraintendimenti, bugie bianche, sono inoltre capaci di comprendere maggiormente ed usare l'ironia.

I risultati di lavori recenti mostrano come lo sviluppo della TOM prosegua oltre i primi anni della scuola primaria, (Miller, 2012), prolungandosi nell'adolescenza ed età adulta (BosaKi e Astington, 1999; Devine e Hughes, 2013; Goldstein e Winner, 2012) (Bosco, Gabbatore, e Tirassa, 2014; Filippova e Astington, 2008) (Apperly, 2011; Devine & Hughes, 2013). Questi studi si riferiscono ad una prospettiva di studio della TOM nel ciclo di vita (Apperly, 2011; Hughes, 2011).

PROMUOVERE LA TEORIA DELLA MENTE IN ADOLESCENTI ALL'INTERNO DEL CONTESTO CLASSE

La ricerca sui cambiamenti chiave durante lo sviluppo riguardo le abilità della ToM ha evidenziato



la natura dinamica e flessibile degli stati mentali: essi non sono statici ma cambiano nel corso del tempo.

Ragazzi di una fascia d'età quale quella adolescenziale, dovrebbero già aver acquisito tale abilità sociocognitiva di Teoria della Mente in linea con i modelli teorici e i dati empirici della ricerca scientifica che individuano proprio in tale periodo evolutivo, il completamento ed il perfezionamento della Tom. Tale capacità, infatti, subisce un notevole incremento proprio durante l'adolescenza, periodo in cui il rapporto con i pari si intensifica e diventa prioritario, e le relazioni sociali diventano sempre più complesse e articolate (Banerjee et al, 2011).

Occorre puntualizzare come la maggior parte delle proposte operative in ambito scolastico, realizzate nella direzione di incrementare processi di sviluppo della Tom, con risultati certamente positivi, hanno riguardato principalmente soggetti della scuola primaria, o Secondaria di primo grado, con effetti diretti a livello individuale e a livello scolastico. I copiosi risultati ottenuti, evidenziano come la TOM sia fondamentale per il benessere sociale e lo sviluppo cognitivo del bambino con sviluppo tipico, con evidenti e successive ripercussioni positive anche nell'apprendimento scolastico e, più in generale, nella vita scolastica caratterizzata da dinamiche relazionali tra pari e tra pari e docenti.

Pur all'interno di una variabilità interindividuale, attività di training sulla TOM, dovrebbero favorire nuove e più mature modalità di interazione sociale in grado di influire positivamente anche nelle complesse dinamiche interpersonali all'interno del gruppo classe. Un training per favorire l'abilità di comprensione degli stati mentali e di previsione delle azioni altrui (Kerr & Durkin, 2004) costituisce una importante possibilità esperienziale in grado di incidere, se adeguatamente interiorizzata, su numerose abilità di tipo socio cognitivo di soggetti adolescenti alle prese, in una fase importante della loro vita, con nuovi e complessi cambiamenti psicologici

in cui le esperienze sociali, relazionali assumono un valore particolarmente importante per la strutturazione della loro personalità.

Ciò appar vero soprattutto nella situazione attuale: la realtà adolescenziale manifesta una complessa varietà di aspetti problematici o semplicemente nuovi già rispetto a pochi anni fa, si esprime attraverso nuove modalità di comunicazione interpersonale, di gestione del tempo libero, di condivisione di interessi, di modalità relazionali ed affettive, alle quali l'adulto con fatica riesce ad accedere con una comprensione profonda. Adolescenti alle prese con una realtà molto più complessa, caratterizzata da richieste e sollecitazioni continue dal mondo degli adulti (genitori ed insegnanti) e da un sistema scolastico e sociale competitivo, mutevole, complesso che controlla ansiosamente prestazioni e comportamenti in linea con un modello ideale, virtuale spesso lontano dai bisogni profondi degli adolescenti stessi. Il mito della perfezione, del successo, della popolarità, della felicità, del denaro, a cui i new media hanno fortemente contribuito nell'immaginario dei ragazzi, contrasta terribilmente con una realtà umana di ragazzi alle prese, invece, con famiglie disgregate e confuse, con adulti spesso immaturi o, comunque, non all'altezza del compito educativo, ragazzi che devono fronteggiare una realtà più aggressiva ed individualista e con un futuro incerto e difficile. Adolescenti "sempre connessi ma soli" o meglio spaventati dalla solitudine, incapaci, spesso, di tollerare la noia, di accettare frustrazioni, alla ricerca di una apparente emancipazione dal nucleo familiare ma, di fatto, spesso profondamente dipendenti da essa. I profondi cambiamenti della società degli ultimi anni e la realtà di un sistema educativo in crisi, coinvolto da nuove esigenze, nuovi compiti, nuovi linguaggi, in cui coesistono situazioni eterogenee e complesse, impongono riflessioni comuni e nuove modalità di azione ed intervento da parte degli adulti. Rapporto adulti/adolescenti sempre più difficile nella società della comunicazione multimediale:

«Un muro fatto di codici incomprensibili, di nascondigli virtuali, di incontri pericolosi, di linguaggi ermetici: Una zona franca dove può accadere di tutto e dove gli adulti, anche volendo, non sanno come e dove entrare, pur possedendo magari password e chiavi di ingresso. Genitori che guardano sgomenti il computer dei figli, figli che aggirano con destrezza ogni forma di parental control. Internet, afferma un nutrito gruppo di esperti inglesi, è diventata la barriera tra generazioni, la tecnologia sembra aver triplicato le distanze anagrafiche e la divisione tra chi sa e chi non è diventata, d'un tratto, abissale.» (De Luca M. N., 2009)

In questi ultimi decenni, di conseguenza, la scuola e i docenti sono stati fatti segno di molteplici richieste: sociali, morali, psicologiche, culturali, politiche, questa dispersione di compiti ha spesso, disorientato sia i docenti, sia i genitori, sia gli alunni: le Scuole non sempre dispongono delle competenze e delle capacità per far fronte a tutte queste richieste. La didattica, inoltre, nella maggioranza dei casi, appare per di più molto legata a modelli tradizionali in cui le varie strategie innovative ("circle time", peer-to-peer, flipped classroom, role playing ecc) rimangono, quando conosciute, teoria astratta o iniziativa sporadica; la didattica cerca di promuovere lo sviluppo nell'alunno di "competenze" (anche personali e sociali) ma, di fatto, rimane ancora profondamente legata all'acquisizione/valutazione prevalente delle conoscenze nell'alunno. Di fronte a problematiche frequenti nelle Istituzioni Scolastiche, quali l'abbandono precoce, l'insuccesso scolastico, la presenza di disagi psicologici e dinamiche interpersonali sempre più difficili, è importante, al contrario, rilanciare, rinforzare e costruire appropriati modelli di interazioni sociali, tra pari e tra adulti e pari.

La strutturazione e valorizzazione di un ambiente scolastico sereno in cui l'insegnante appare creativo e motivato rispetto al suo ruolo professionale, in cui vengano promosse nel quotidiano meta-cognizioni, cioè un modello di didattica attiva che metta in campo strategie

per l'apprendimento volte a rendere protagonista lo studente, non sembra ancora costituire un modello generalizzato nella realtà scolastica. È importante ricordare, a tal fine, come, solo collocando nel contesto di una attività di questo tipo tutte queste variabili socio affettive e motivazionali, sia possibile favorire un più efficace apprendimento personale. Ciò implica un cambiamento di atteggiamento anche degli studenti: più disponibile all'ascolto dell'altro e più riflesivo rispetto ad un approccio impulsivo e giudicante, spesso egoriferito, tipico dell'età adolescenziale. Il riscontro reale, nella vita quotidiana, l'effettiva utilità o vantaggio, viene sottolineato in termini di maggiore capacità di espressione libera della propria personalità (idee, sentimenti), di maggiore accettazione dell'altro, di acquisizione e/o sviluppo della capacità di confrontarsi e chiarirsi all'interno dei rapporti interpersonali, ma anche in termini di maggiore motivazione all'apprendimento.

Numerosi sono i dati empirici relativi all'importanza, in età evolutiva, delle stimolazioni di natura sociale per affinare una visione più complessa ed articolata della realtà, in cui ognuno, esprimendo una propria soggettività costituita da emozioni, valutazioni, credenze, interpretazioni, è in grado di relazionarsi adeguatamente tenendo conto di tutti i diversi punti di vista.

Sullo sfondo di queste riflessioni, pertanto, occorre rafforzare l'idea progettuale di opportunità formativa, sia per ogni singolo soggetto adolescente, sia per l'intero gruppo-classe, nelle sue dinamiche interpersonali, costituita dallo sperimentare esperienze sociali in grado di attivare comportamenti adattivi di comprensione e gestione delle situazioni sociali, sulla possibilità di implementare interventi di potenziamento di Teoria della Mente in età evolutiva adolescenziale in soggetti con sviluppo tipico.

BIBLIOGRAFIA

- Adolphs, R.(2003) *Cognitive neuroscience of human social behavior*, in *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.



- Allen J. (2002) *Traumatic attachments*. New York: Wiley.
- Apperly, I.A.(2011). *Mindreaders: The cognitive basis of "theory of mind"*. New York: Psychology Press.
- Appleton, M., Reddy, V.(1996). *Teaching three year-olds to pass false belief tests: A conversational approach*. Social development, 5,25-291.
- Astington J.W., Baird A.J.,(2005) Why language matters for Theory of Mind. Oxford , United Kingdom: Oxford University Press.
- Banerjee, R., Watling, D., Caputi, M.(2011). *Peer relations and the understanding of faux pas: longitudinal evidence for bidirectional associations*. Child Development,82,1887-1905.
- Barker et al(2010). *The latent deficit hypothesis. Age at time of injury, executive functions and social cognition*. Neuropsychologia 48, 2550-2563,doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.05.001.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder :Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Benelli B.,D' Odorico L., Levorato M.C., Simion F.,(1983) Forme di conoscenza prelinguistica e linguistica. Firenze. Giunti Barbera
- Berliner, L., Hyman, I., Thomas, A., & Fitzgerald, M.(2003), *Children's memory for trauma and positive experiences*, <<Journal of Traumatic stress>>, 16,3,229-236
- Bosacki, S.L., Astington, J.W.(1999). *Theory of mind in preadolescence: Relations between social understanding and social competence*. Social Development, 8, 237-255.
- Bosco F.M., Gabbatore I., Tirassa M., (2014). *A broad assessment of theory of mind in adolescence: The complexity of mindreading*.<<Consciousness and Cognition>>,24,84-97.
- Bruner J.S.,(1976) *From communication to language. A psychological perspective*, Cognition, 3,255-287 (trad. It. In L. Camaioni (a cura di), Sviluppo del linguaggio e interazione sociale, Il Mulino, Bologna, 1978).
- Camaioni L. Volterra V., (1979). *Dal gesto alla parola: lo sviluppo comunicativo e cognitivo tra i 9 e i 13 mesi*, Età evolutiva, 2, 55-73.
- Camaioni L. (1995). *Manuale di Psicologia dello sviluppo*. Bologna. Il Mulino
- Camaioni L., (1997). *L'infanzia*. Bologna. Il Mulino
- Camaioni L. (2001). *Psicologia dello sviluppo del linguaggio*. Bologna. Il Mulino.
- Carlson,S.M.& Moses L.J.,(2001). *Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind*. Child Development,72,1032-1053.
- Carrington,S.J., and Balley, A. J. (2009) *Are there Theory of mind regions in the brain?* A review of the Neuroimaging literature. Hum. Brain Mapp 30. 2313-2335,doi:10.1002/hbm20671
- Cornoldi C.,(2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna. Il Mulino
- Cutting A.L. e Dunn J.(1999), *Theory of mind, emotion understanding, language, and family background: Individual differences and interrelations*, Child Development, 70, 853-865.
- Davidson, M., Amso, D., Anderson, L.C.& Diamond, A.(2006). *Development of cognitive control and executive function from 4 to 13 years: Evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching*. Neuropsychologia,44,2037-2078.
- De Luca M. N., *Internet, sms e troppa TV: Un muro di silenzio divide i padri dai figli*, in " Repubblica", 21.01.2009.
- Di Blasio P., (2001) *Rievocare e raccontare eventi traumatici*, Maltrattamento e abuso all'infanzia,3, 1, 59-82.
- Di Blasio P., Miragoli S., & Procaccia R.,(2010), *Understanding children's sexual abuse through their depositions*. In V. Ardino (Eds.),*Post-traumatic syndromes in children and adolescent: Handbook of Research and Practice*, London: Wiley-Blackwell.
- Dyer, J.R., Shatz, M.& Wellman, H.M.(2000).

- Young children's storybooks as a source of mental state information. *Cognitive development*, 15, 17-37.
- Dziobek I., et al, (2006) *Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition*, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36(5)623-36
 - Ensor R., Hughes, C. (2008). *Content or connectedness? Mother-child talk and early social understanding*. *Child Development*, 79, 201-216.
 - Filippova, E., & Astington, J.W.,(2008), *Further development in social reasoning revealed in discourse irony understanding*. *Child Development*, 79, 126-138.
 - Frith U., (1989), *Autism: Explaining the Enigma*, Blackwell, Oxford. Trad. it: L'autismo: spiegazione di un enigma, pp.126/128 p.153. Laterza Roma-Bari
 - Ghetti, S., Goodman, G.S., Eisen M.L., Qin, J., & Davis, S.,(2002), *Consistency in children's reports of sexual and physical abuse*. *Child Abuse and Neglect*, 26, 977-995.
 - Goldstein, T., Winner, E.,(2012). *Enhancing empathy and theory of mind*. *Journal of Cognition and Development*, 13, 19-37.
 - Harrington, L., Langdon, R., Siegert, R.J., & McClure (2005). *Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(2), 87-104.
 - Heim, C., et al,(2000). *Pituitary-adrenal and autonomic response to stress in women after sexual and physical abuse in childhood*. *JAMA*, 284, 592-597.
 - Heim C., et al., (2001). *Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 575-581.
 - Howe M.L., Cicchetti D., Toht S.L. & Cerrito B.M., (2004), *True and false memories in maltreated children*. *Child Development*, 75, 5, 1402-1417.
 - Hughes C., (2011). *Social understanding and social lives: From toddlerhood through to the transition to school*. London: Psychology Press.
 - Hughes C.H., Ensor R.A.(2009) *How do families help or hinder the development of executive function?* *New Direction for Child and Adolescent Development*(123):35-50
 - Kerr S., Durkin K., (2004), *Understanding of Thought Bubbles as Mental Representations in Children with Autism: Implications for Theory of Mind*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 6, 637-648.
 - Krohn, A.J. (1974). *Borderline "empathy" and differentiation of object representations a contribution to the psychology of object relations*. *Intern J Psychiatry* 3:142-165.
 - Lalonde, C. E., & Chandler, M. J. (2002). *Children's understanding of interpretation*. *New Ideas in Psychology*, 20(2-3), 163-198. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0732118X02000077>
 - Langdon R., Brock J., (2008), *Hypo-or hyper-mentalizing: It all depends upon what one means by "mentalizing"*. *Behavioral and Brain Sciences* 31(3).274-275. DOI:10.1017/S0140525X08004354
 - Lecce, S., Zocchi, S., Pagnin A., Palladino P., Taumoepeau , M., (2010). *Reading minds: The relation between children's mental state knowledge and their metaknowledge about reading*. *Child development*, 81, 1876-1893.
 - Lecce S., Bianco F., Banerjee.R., (2015) *Conversations about mental state and theory of mind development during middle childhood: A training study*. *Journal of Experimental Child Psychology* XXX ,XXX-XXX.
 - Lecce S., Bianco F., Devine R.T., Hughes C.,(2014) *Promoting theory of mind during middle childhood: A training program*. *Journal of Experimental Child Psychology* 126, 52-67.
 - Lecce S., Bianco F., (2018), *Mettiti nei miei panni*, Programma per promuovere l'empatia e le relazioni con la teoria della mente. Ed . Erikson
 - Lecce S., Pagnin A. (2007) *Il lessico psicologico: La teoria della mente nella vita quotidiana*, Bologna, Il Mulino.
 - Leslie A.M.(1987) *Pretense and Representation: the origins of "Theory of Mind"*. *Psychological*



- Review, vol.94, 412-426.
- Meins, E., Fernyhough, C., & Harris-Waller, J. (2014). *Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and works of art.* Cognition, 130, 417–427. DOI:10.1016/j.cognition.2013.11.009.
 - Meins, E., Fernyhough, C., Johnson, F., & Lidstone, J. (2006). *Mind-mindedness in children: Individual differences in internal-state talk in middle childhood.* British Journal of Developmental Psychology, 24, 181–196. DOI:10.1348/026151005X80174.
 - Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). *Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness.* Personality and Individual Differences, 45, 146–152. DOI:10.1016/j.paid.2008.03.013
 - Miller S.A., (2012) *Theory of mind beyond the preschool years.* New York: Psychology Press.. (2007).
 - Milligan, K., Astington, J., Dack, L.A., (2007). *Language and theory of mind: Metanalysis of the relation between language ability and false-belief understanding.* Child Development, 78, 622-646.
 - Nelson K., (2007). *Young minds in social worlds: Experience, meaning, and memory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
 - Oitzl MS., et al., (2000) *Maternal deprivation affects behavior from youth to senescence: Application of individual differences in spatial learning and memory in senescent Brown Norway rats.* European Journal of Neuroscience, 12, 3771-3780.
 - Olson D.R., Antonietti A., Liverta Sempio O. Marchetti A. (2006), *The mental verbs in different conceptual domains and in different cultures.* In A. Antonietti, O. Liverta Sempio, A. Marchetti (a cura di) *Theory of mind and language in different developmental contexts*, New York, Springer, pp31-64.
 - Ornaghi, V., Brockmeier, J., Grazzani, I. (2011), *The role of language games in children's understanding of mental states: A training study.* Journal of Cognition and Development, 12,

- 239-259.
- Peterson C.C., Slaughter V.P. e Paynter J.(2007), *Social maturity and theory of mind in typically developing children and those on the autism spectrum*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol.48,pp.1243-1250
 - Qin, J., Goodman, Eisen, M.L., G.S.,& Davis, S.L.,(2002), *Memory and suggestibility in maltreated children: Age, stress arousal, dissociation and psychopathology*. Journal of Experimental child Psychology, 83,167-212.
 - Rinne T., et al.,(2002). *Hyper responsiveness of hypothalamic -pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotrophin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse*. Biologic Psychiatry,52(11), 1102-1112.
 - Ryan J.(1974) *Early language development: towards a communicational analysis*. In M.P. Richards (a cura di),*The integration of a child into a social world*, Cambridge University Press, London(trad.it. L'integrazione del bambino in un mondo sociale, Franco Angeli, Milano 1978).
 - Schaffer H.R., Collins G.M. e Parsons G.,(1977) *Vocal interchange and visual regard in verbal and pre-verbal children*. In H.R. Schaffer (a cura di), *Studies in mother-infant interaction*, Academic Press, London.
 - Sharp, C. (2008). *Theory of mind and conduct problems in children: Deficits in reading the "emotions of the eyes"*. Cognition and Emotion, 22(6),1149-1158.
 - Sharp C., Fonagy P., (2008b). Social cognition and attachment-related disorders. In C.Sharp, P.Fonagy & I. Goodyear (Eds), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp.269-302). Oxford:Oxford University Press.
 - Sharp C., Venta A.,(2013) *Mentalizing problems in children and adolescents*.
 - In Minding the child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families, Routledge, New York, 2, 37-53
 - Sharp C., Venta A, Fonagy P., & al.(2011) *Theory of Mind and Emotion regulation Difficulties in adolescents with Borderline Traits*. Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry, Vol 50, 6.
 - Sharp, C, et al.(2013), (in press-b) *Theory of mind and regulation difficulties in adolescents with borderline traits*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
 - Smeets I.M., et al.,(2009). *Social cognition under stress: Differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women*. Hormones and Behavior,55(4),507-513.
 - Stuss, D.T., e Alexander, M.P., (2000): Executive functions and the frontal lobes: A conceptual view, in *Psychological Research*,63,289-298.
 - Taylor, S. Barker, I.,A., Heavey, L, and McHale, S. (2013). *The typical developmental trajectory of social and executive function in late adolescence and early adulthood*. Dev. Psychol.,49,1253-1265.doi:10.1037/a0029871
 - Taylor, S. Barker, I.,A., Heavey, L, and McHale, S. (2015).*The Longitudinal development of social and executive functions in late adolescence and early adulthood*. Behavioral Neuroscience. doi:10.3389/inbeh.2015.00252
 - Vallar G., Papagno C.,(2007), *I Disturbi del comportamento, i disturbi da disinibizione*, Manuale di neuropsicologia, II Ed. Il Mulino, 308-309.
 - Vallar G., Papagno C.,(2007), *L'autismo e la sindrome di Asperger*. Neuropsicologia dei disturbi psichiatrici, Manuale di neuropsicologia, II Ed. Il Mulino, 385-386
 - Vallar G., Papagno C., (2007), *La schizofrenia*, Neuropsicologia dei disturbi psichiatrici, Manuale di neuropsicologia, II Ed. Il Mulino, 388.
 - Zanarini M. C.,(2000). *Childhood experiences associated with the development of borderline personalità disorder*. Psychiatric Clinics of North America,23(1),89-101.
 - Zanarini M.C., et al., (1989). *Childhood experiences of borderline patients*. Comprehensive Psychiatry,30(1), 18-25.



SOGNO E PERCEZIONE PSICOEVOLUZIONISTA DELLA SCENA

Massimo Frateschi

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

RIASSUNTO

L'autore riflette su alcuni aspetti e concetti trattati da autorevoli psicoanalisti riguardanti il sogno, la percezione, la forma e la dinamica del sognare, la costruzione e la scena onirica, i modelli e il significato del sogno, a cui ne aggiunge altri individuati e studiati nel proprio campo clinico, psicodiagnostico e psicoterapeutico; nel contempo, rielabora e configura il metodo e la prassi clinica secondo la teoria e la metodologia psicodinamica psicoevoluzionista. Nel campo-setting psicoterapeutico la percezione, la rappresentazione, i significati, le difese, l'interpretazione, il transfert e il controtransfert, anche attraverso il racconto-vissuto sogno-scena, si distinguono, si compongono e si riconfigurano con una metodologia psicodinamica psicoevoluzionista. In particolare, con il metodo dell'analisi e della percezione psicoevoluzionista della scena viene inquadrato il panorama più ampio spazio-tempo-modo psicodinamico psicoevoluzionista, sia per la psicogenesi dell'essere-spazio-tempo-modo-significato interno, sia per la scena sogno-fantasia-irrealtà-realtà, con le intersecessioni reciproche.

PAROLE CHIAVE

Psicodinamica, psicoanalisi, psicoevoluzione, sogno, percezione psicoevoluzionista, psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista

Il sogno riveste un fondamentale valore e significato nell'essere umano. Nei campi della psicologia, della psicodinamica, della psicoanalisi è stato sviluppato un immenso patrimonio di conoscenze e di competenze specifiche riguardo il sogno. Nel campo della psicoevoluzione è centrale lo studio del sogno, già nelle inquadrature psicogenetiche; per cui nelle focalizzazioni della psicodinamica psicoevoluzionista ogni sfaccettatura del sogno arricchisce e articola l'analisi, la comprensione, la rielaborazione e l'interpretazione, sui livelli teorico, metodologico e pragmatico, e negli ambiti dinamici, evolutivi, clinici, psicodiagnostici e psicoterapeutici. Il metodo psicodinamico della percezione psicoevoluzionista della scena, da me ideato nel 1988, è stato sviluppato, da allora fino ad oggi, in ambiti sia clinici che non clinici per un contributo di innovazione secondo l'orientamento psicodinamico psicoevoluzionista.

I contributi storici di alcuni grandi autori, come Freud, Zetzel, Meissner, Anzieu, Musatti, Brenner, Bion, Ogden, Green, ed altri ancora, grazie ai quali ho costruito questo articolo, a partire dalla loro concezione e visione del sogno, si riflettono ad oggi in uno sviluppo straordinario nei campi della psicodinamica e della psicoanalisi. Un'articolazione innovativa corrisponde alla psicoevoluzione che anche su queste basi storiche solide configura un'epistemologia psicodinamica psicoevoluzionista tesa a contribuire allo studio e



all'indagine intorno alla struttura, alla strategia metodologica, ai metodi e alle tecniche della psicologia, della psicodinamica e della psicopatologia moderna, ed in particolare, alle applicazioni e alle attività cliniche, psicodiagnostiche e psicoterapeutiche. Una disamina di alcuni aspetti e concetti trattati dagli autori sopra citati sul sogno si sviluppa attraverso correlazioni con il metodo della percezione psicoevoluzionista.

Alcune affermazioni di Freud S. (1899) nel libro "L'interpretazione dei sogni" delineano chiaramente la sua visione magistrale tra sogno e percezione: "L'interpretazione del sogno è la via regia che porta alla conoscenza dell'inconscio nella vita psichica... L'inconscio è lo psichico reale nel vero senso della parola, altrettanto sconosciuto nella sua natura più intima quanto lo è la realtà del mondo esterno, e a noi presentato dai dati della coscienza in modo altrettanto incompleto, quanto il mondo esterno dalle indicazioni dei nostri organi di senso... Tutto ciò che può divenire oggetto della nostra percezione interna è virtuale, come l'immagine nel telescopio data dal passaggio dei raggi luminosi".

Zetzel E., Meissner W. W., sostengono che: "Nell'Interpretazione dei sogni (1899) Freud considerò abbastanza netta la differenziazione tra il processo primario e secondario e come i due processi si escludessero a vicenda. Nei suoi studi sui sogni e anche in quello del 1901 sulla

psicopatologia della vita quotidiana egli ipotizzò il processo primario come caratteristico di livelli infantili di organizzazione psichica e come il modo predominante di pensare del primo sviluppo. Il processo secondario era visto come emergente dal processo primario, come un risultato dell'amara esperienza delle limitazioni della realtà. Il processo secondario, secondo Freud, aveva la funzione di controllare, dirigere, limitare, rinviare e deviare i processi di pensiero secondo le esigenze dell'impatto con la realtà... L'elaborazione secondaria del prodotto del lavoro onirico è un esempio eccellente della natura e delle esigenze di un sistema. Vi è in noi una funzione intellettuale che richiede unificazione, coerenza e comprensibilità da ogni materiale della percezione o del pensiero di cui si impadronisce, e non esita a produrre falsa coerenza quando non è in grado di afferrare quella vera. Questa costruzione di sistemi ci è nota non soltanto dal sogno ma anche dalle fobie, dal pensiero ossessivo e dai deliri" (Zetzel E., Meissner W. W., 1973).

Sulle forme di sognare, sulla barriera semipermeabile e sulla percezione, Ogden T. H., (2005) dice: "Entrambe le forme di sognare – quelle fatte nel sonno e nel sognare inconscio da svegli – generano una barriera semipermeabile in continua formazione che separa e connette la vita consci e inconscia. In assenza del sognare inconscio/inconsapevole da svegli, non solo



la consapevolezza sarebbe invasa da pensieri e sentimenti inconsci rimossi; in aggiunta, l'esperienza reale nel dominio della realtà esterna sarebbe indisponibile all'individuo al fine di realizzare lavoro psicologico inconscio. Senza un accesso diretto alla realtà esterna, non si ha esperienza vissuta da elaborare. Sognare, da questo punto di vista, ci consente di fare in modo che la struttura della nostra mente si costituisca e si mantenga organizzata intorno alla differenziazione e alla conservazione mediata tra la nostra vita consci e la nostra vita inconscia. Se una persona è incapace di sognare, è incapace di differenziare tra costruzioni psichiche inconsce (per esempio, i sogni) e percezione da svegli, e di conseguenza è incapace di addormentarsi e di svegliarsi. I due stadi sono indistinguibili e in questi casi la persona è psicotica... La differenziazione e l'interazione tra vita consci e inconscia sono create dal sognare e non semplicemente riflesse in esso. È importante osservare che, in questo senso, sognare ci rende umani" (Ogden T. H. 2005).

Da Anzieu D. possono essere tratte delle riflessioni originali tra il sogno, la pellicola, l'involucro psichico e la percezione: "Didier Anzieu non ha studiato nello specifico l'involucro visivo; si è però interessato al sogno a partire dai sogni dell'autoanalisi di Freud, fino ad arrivare alla pellicola del sogno. Le immagini in sogno sono generalmente visive, anche se comprendono altre modalità sensoriali, principalmente uditive ma anche sensomotorie. Secondo lui, il sogno è una pellicola impressionabile che riattiva una funzione dell'io-pelle, quella di superficie sensibile e di iscrizione delle tracce. Per Anzieu, affinché un soggetto sogni è necessario che un lo-pelle si sia già costituito, ma a sua volta il sogno consente la costruzione degli involucri dell'io-pelle attaccati durante la veglia. Tuttavia le immagini visive proiettate sullo schermo del sogno non hanno nulla di visibile. Non si tratta di una percezione, quanto piuttosto di una raffigurazione interna delle rappresentazioni animate dalla pulsione. L'aspetto visivo del sogno mostra in una raffigurazione secondaria una traccia delle percezioni solo dopo

che queste sono state perse di vista... Qual è il ruolo della rappresentazione nella percezione? O ancora, come spiegare lo spostamento della pulsione nella percezione? Il lavoro di Guy Lavallée cerca di rispondere a queste domande.

Guy Lavallée affronta lo studio dell'involucro visivo a partire dalla propria esperienza di animatore in un laboratorio di creazione di video rivolto ad adolescenti psicotici in un centro diurno. Ha tratto ispirazione anche dai lavori di André Green sulla percezione e sull'allucinazione negativa, e dalle ricerche di Anzieu sull'io-pelle e sugli involucri psichici. Lavallée si è concentrato sulla scomposizione delle diverse operazioni che concorrono alla percezione visiva, giungendo a descrivere un "anello contenitore e soggettivante della vista" che può essere assimilato a un involucro psichico. Guy Lavallée riprende l'idea di Anzieu del fantasma di una pelle comune tra la madre e il bambino – fantasma necessario alla costituzione dell'io-pelle – e la applica alla percezione visiva. Egli formula dunque l'ipotesi di una pelle visiva comune tra la madre e il bambino; il bambino al seno che fissa gli occhi di sua madre è negli occhi di sua madre, senza alcuna distanza, in un'identificazione bidimensionale. Tale illusione contribuirà a costituire lo schermo psichico visivo per mezzo dell'allucinazione negativa della madre e del suo volto. Tale schermo invisibile è semi-opaco o semi-trasparente; su questo schermo è operata la simbolizzazione dell'immagine. Lo schermo ha anche una funzione riflessiva che permette l'instaurarsi dell'anello" (Anzieu D., 1995).

Su queste premesse introduco un primo riferimento al metodo della "percezione psicoevoluzionista della scena" (Frateschi M., 1988a). La percezione psicoevoluzionista della scena è un modo d'insieme di percepire sfondo e figure, eventi in successione e simultanei, fenomeni multipli simultanei spazio tempo, significati essenziali, sogno e fantasia, realtà e irrealità.

"La percezione psicoevoluzionista della scena può contribuire alla comprensione degli stadi di evoluzione di un essere umano, dallo stadio di

neonato ai suoi primi anni di vita, e oltre.

Ebbene, per la psicoevoluzione, le prime scene di vita di un neonato, del mondo interno e del mondo esterno, corrispondono alle prime settimane di vita psicologica extrauterina, in quanto *campo organismo neonato*"(Frateschi M., 2012).

Riprendo la definizione di psicoevoluzione: "La psicoevoluzione è lo studio, la ricerca scientifica e l'applicazione nei campi della psicologia e della psicodinamica comprendente le teorie scientifiche che spiegano le leggi dell'evoluzione per ogni fenomeno, qualità, oggetto e forma, dal mondo inorganico al mondo organico, dalla realtà all'immaginazione, in ogni spazio e tempo" (Frateschi M., 1989).

Ogni scena interna ha un valore soggettivo profondo, con significati essenziali delle scene integre, esaminate attraverso la percezione psicoevoluzionista delle scene, l'analisi e l'interpretazione delle scene oniriche e della realtà; in particolare, nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevoluzionista, l'individuazione e l'analisi degli psicotraumi e della sequenza degli eventi psicomicrotraumatici accumulati contribuisce a comporre il quadro psicopatologico psicodinamico specifico.

"I miei pazienti, durante le sedute di psicoterapia psicoevoluzionista, spesso mi rivelano sogni, densi di evocazioni e di risonanze emotive, tratti in parte dalla realtà passata e trasformati straordinariamente in una matrice onirica dinamica, ricca di scene, sfondi, figure, frammenti e particelle da analizzare. Frequentemente, i pazienti iniziano la seduta, motivati a raccontarmi un sogno. Si dispongono così tranquilli, e la narrazione del sogno può partire da una scena in cui vi è una percezione di figure e di sfondi. Anche se la scena dovesse consistere solo nel buio totale, ciò costituirebbe lo sfondo della scena. Se a questo sfondo si aggiungesse anche solo un punto bianco, ciò costituirebbe una figura" (Frateschi M., 2012).

Un esemplare contributo per il confronto tra psicologia della Gestalt e psicoanalisi, su cui si articola la configurazione psicodinamica psicoevoluzionista e il metodo della percezione

psicoevoluzionista della scena, è proveniente da Cesare L. Musatti, il quale dopo aver dato sviluppo alla psicologia sperimentale, a partire dalla sua tesi di laurea del 1922, si dedicò alla ricerca sulla psicologia della percezione e fece conoscere in Italia la psicologia della Gestalt e la psicoanalisi freudiana. Famoso è il suo "Trattato di psicoanalisi" (Musatti C. L., 1949). Musatti articola la scena del sogno: "Si può - seguendo la definizione aristotelica - precisare il sogno come l'aspetto che la nostra vita di coscienza assume durante il sonno. Questa forma onirica, della vita di coscienza, si differenzia dalla forma vigile, per un insieme di caratteri che sommariamente si possono enunciare così:

1. Chi sogna è nel sogno sé stesso, si sente cioè sé stesso, come spettatore della scena onirica: anche se assume qualità ed aspetti diversi da quelli suoi normali della vita vigile: e sia che egli nel sogno abbia per così dire funzioni di attore, sia che rimanga puro spettatore passivo. Ma l'ambiente del sogno muta invece, rispetto all'ambiente in cui il soggetto che sogna dorme: all'ambiente cioè reale dove egli si trova.
2. La scena del sogno è una costruzione soggettiva; non è determinata - come la scena percepitivamente vissuta nella veglia - dall'ambiente fisico reale dove il soggetto si trova: e ciò anche se gli stimoli fisici agenti sul soggetto possono - come vedremo - influire sul contenuto del sogno.
3. Malgrado questo carattere di costruzione soggettiva propria del sogno, noi siamo vincolati al sogno come a qualche cosa di reale e di obiettivo: non possiamo cioè influire intenzionalmente sul corso della scena sognata, così come allo stato di veglia possiamo - entro determinati limiti - influire intenzionalmente sui prodotti della nostra fantasia...
4. La scena del sogno è indipendente dalle nostre coscienti intenzioni anche in un altro senso. Non possiamo sognare ciò che, prima di addormentarci, vorremmo sognare, né evitare di sognare ciò che temiamo di sognare. Sembra anzi che il desiderio cosciente di sognare



qualche cosa o qualcuno, sia di ostacolo a che nel sogno apparisca quella cosa o quella persona...

5. Un altro carattere che la scena onirica può presentare, è - come è noto - quello della sconnessione logica e cioè di una intrinseca assurdità. La scena onirica nella sua costruzione non si assoggetta alle esigenze della realtà ed ai limiti imposti dal pensiero logico...
6. Non solo la scena del sogno non è necessariamente costruita logicamente, ma lo stesso soggetto che sogna può non sentire di fronte a quella scena, e cioè mentre sogna, le esigenze della coerenza logica: cosicché le assurdità del sogno sono talora senz'altro vissute, senza essere accompagnate da alcuna reazione di meraviglia, o di altro genere.
7. In un modo analogo il soggetto può durante il sogno rimanere imperturbato di fronte alle azioni assurde e moralmente più riprovevoli che egli stesso compie.
8. Ed in via generale gli stati emotivi vissuti nel sogno possono essere del tutto discordanti da quella che è la scena del sogno. Come se la emotività del soggetto potesse in certo modo scollegarsi dal contenuto oggettuale di immagini e di atti, o come se - per ciò che si riferisce al comportamento emotivo del soggetto - la scena sognata potesse avere un valore ed un significato diversi da quelli che sarebbero ragionevolmente giustificati" (Musatti C., 1949).

Prima di accennare ad un breve sogno di un mio paziente, ricollego quanto sopra esposto alla configurazione globale teorica e metodologica della psicologia psicodinamica psicoevoluzionista (Frateschi M., 1988 - 1989) che si articola attraverso: analisi e interpretazioni cliniche dei principi dei campi di forza, delle leggi di unificazione formale, dei conflitti tra le forze in campo (Psicologia della Gestalt); individuazione, analisi e interpretazione delle pulsioni, degli stati di angoscia, dei conflitti intrapsichici e dei meccanismi difensivi potenziali e agiti (Psicoanalisi); individuazione, analisi e interpretazione dei bisogni, delle emergenze emotive, delle carenze affettive,

delle separazioni e delle perdite (Psicologia e analisi esistenziale-fenomenologica); analisi e interpretazione delle risonanze emotive, delle reazioni evocative espressive, delle produzioni immaginative e simboliche (Psicologia e analisi immaginativa) (Frateschi M., 2012).

Un paziente durante una seduta mi raccontò un sogno. Nella scena onirica il paziente era accanto a Dante Alighieri che lo invitava a camminare insieme a lui. Mentre passeggiavano Dante si rivolse al paziente e pronunciò parole famose: "Nel mezzo del cammin di nostra vita". Di seguito Dante chiese al paziente: "Tu sai cosa significa?". Il paziente mi disse che era rimasto in dubbio di fronte a Dante, senza proferire parola. Continuando la narrazione, il paziente raccontò che Dante, passo dopo passo, gli chiese: "Nel mezzo", significa: tra noi due, lo spazio che ci separa? Oppure è il tempo intermedio tra il prima e il dopo? O ancora, ciò che ci trasporta?" Il paziente immerso nella scena e nei dubbi, restò in silenzio di fronte a Dante. Dante tranquillo aggiunse: "Il significato dato traccerà il cammin di nostra vita". Il sogno svanì con il dileguarsi delle due figure, il paziente e Dante Alighieri assorbiti dallo sfondo di una selva oscura. Il paziente mi disse che dopo il sogno, al risveglio, prima aveva immaginato una scena con il padre a passeggiare sulle colline toscane, mentre parlavano dei cerchi e delle linee curve del paesaggio circostante, poi aveva immaginato un'altra scena, il setting psicoterapeutico con me e Dante Alighieri, come un set da film, fino a ritrovarsi in un'altra scena ancora tra una piramide ed una sfinge.

Nel campo-setting psicoterapeutico, la percezione, la rappresentazione, i significati, le difese, l'interpretazione, il transfert e il contro-transfert, anche attraverso il racconto-vissuto sogno-scena, si distinguono, si compongono e si riconfigurano con una metodologia psicodinamica psicoevoluzionista, nella complessità spazio-tempo-modo di una seduta. Naturalmente la complessità di un solo sogno accolto all'interno di una più estesa complessità di una sola seduta, comporta uno studio, un'analisi,

una rielaborazione ed un'interpretazione che si sviluppano in una dinamica riconfigurazione, riguardante le sedute precedenti ed in prospettiva le sedute successive.

Adesso, per esemplificare brevemente uno solo degli aspetti rientranti nel metodo dell'analisi e della percezione psicoevoluzionista, prendo in considerazione della seduta psicoterapeutica suddetta, esclusivamente un primo frammento, della durata di pochi secondi, riguardante l'avvio delle scene in ordine al 'tempo' e allo 'spazio'.

Il paziente prima del suo racconto del sogno 'è' nella 'scena setting' - 'scena mondo interno', 'realità-irrealità-fantasia-inconscio'. Mentre, quando inizia il suo racconto del sogno 'è' in successione e simultaneamente, anche, nel vissuto e nella percezione della 'scena onirica'. Perciò, il paziente appena racconta il sogno 'è' già nel vissuto e nella percezione simultaneamente della 'scena setting' - 'scena onirica' - 'scena mondo interno', 'realità-irrealità-fantasia-inconscio'. Vissuto e percezione includono fenomeni ed eventi multipli successivi e simultanei, in una totalità dinamica campo organismo in evoluzione e in relazione col mondo esterno.

Lo psicoterapeuta deve analizzare e percepire anche di sé, oltre quanto appena esposto per il paziente, e deve considerare ulteriori aspetti relativi ai principi psicologici categoriali, insieme all'"essere", cioè, il 'modo' e il 'significato', oltre lo 'spazio' e il 'tempo'. Inoltre, deve tener presenti le interazioni mondo interno-mondo esterno e le intersecazioni reciproche delle scene successive e simultanee.

Riguardo il metodo dell'analisi e della percezione psicoevoluzionista della scena, quindi, è importante inquadrare il panorama più ampio spazio-tempo-modo psicodinamico psicoevoluzionista, sia per la psicogenesi dell'essere-spazio-tempo-modo-significato interno, sia per la scena sogno-inconscio-fantasia-irrealità-realità, con le intersecazioni reciproche, per comprendere una dinamica riconfigurazione; così ora è possibile fare un passo indietro, rapidamente, all'origine della totalità dinamica dell'organismo,

allo stadio fetale:

"La percezione di una scena può essere intima in un essere umano fin dallo stadio fetale. Per avere un'idea di quanto sostengo, occorre considerare che la percezione come straordinaria capacità presente nell'essere umano è attiva sia ad un livello consapevole, ad un estremo, sia ad un livello inconsapevole, all'altro estremo; nel mezzo tra i due estremi suddetti vi è una molteplicità di gradazioni secondo proporzioni differenti di consapevolezza – inconsapevolezza... Il cervello nell'uomo, all'interno dell'organismo intero in statu nascendi, elabora con complessità crescente e con estrema finezza ogni input ed output, in modo tale che questi possano collegarsi simultaneamente e in successione, per qualsiasi parte della totalità dinamica dell'organismo. Il cuore è uno spazio-tempo vitale di sintonia o distonia; nella vita prenatale si presentano scambi nutritivi e respiratori tra campo organismo materno e campo organismo fetale, grazie alla placenta che è un organo, ed anche un ambiente intermedio fisico e psichico, che produce risonanze percettive, sensoriali, e di conseguenza, emotive. Per l'organismo è necessario elaborare creativamente ogni engramma e puzzle, già di enorme complessità, perché è deputato alla crescita, per una direzione sana o patologica che sia. Il senso inarrestabile è quello di andare avanti nel proprio tempo-spazio interno; la scena che percepisce il feto non è certamente quella che potrebbe essere intesa da un adulto, è un mondo a sé, ma con leggi e principi di crescita precisi" (Frateschi M., 2012).

Piaget sosteneva che: "La nozione di *totalità* esprime l'interdipendenza inherente ad ogni organizzazione sia intelligente che biologica. Anche se i comportamenti e la coscienza sembrano sorgere nel modo meno coordinato durante le prime settimane di esistenza, essi prolungano una organizzazione fisiologica preesistente, e si cristallizzano in sistemi di cui si vede precisarsi gradualmente la coerenza".

Nella psicodinamica psicoevoluzionista, i "cinque principi psicologici categoriali", *Essere Spazio Tempo Significato Modo* (Frateschi M.,



1988-1989), hanno una rilevanza nello studio sulla psicogenesi, poiché nella simultaneità e nella successione, nel mondo interno dell'organismo umano, sono già in embrione, in qualità di totalità dinamica. Inoltre, questi principi hanno anche importanza per quanto concerne ogni seduta scena-sogno-setting psicoterapeutica e, nel contempo, nel divenire trasformativo di tutto il corso del trattamento psicoterapeutico, in particolar modo applicando il metodo di percezione psicoevoluzionista della scena.

Torniamo alla preziosità multiforme, profonda e creativa, del sogno.

Ogden specifica la forma di pensiero più profondo, il "pensiero onirico" e i significati psicologici personali: "Utilizzo l'espressione pensiero onirico per fare riferimento al pensiero che utilizziamo nel processo del sognare. È la nostra forma di pensiero più profonda, attiva sia mentre dormiamo sia nella veglia. Nonostante sia un'attività mentale prevalentemente inconscia, agisce insieme al pensiero consciente e preconcieno. Nel pensiero onirico vediamo e attribuiamo significato all'esperienza da diversi punti di vista contemporaneamente – per esempio dalle prospettive dei processi di pensiero primario e secondario, del contenitore e del contenuto, del sé infantile e del sé maturo, e così via (Bion, 1962a; Grotstein, 2009).

Il pensiero onirico coincide con il lavoro psicologico, prevalentemente inconscio, che facciamo mentre sogniamo. Sogniamo continuamente, sia da svegli sia mentre dormiamo (Bion, 1962b). Così come nel cielo la luce delle stelle è oscurata dal bagliore del sole durante il giorno, il sogno continua quando siamo svegli, anche se oscurato dal bagliore della veglia. Il pensiero onirico è la forma di pensiero più onnicomprensiva, penetrante e creativa. Nel nostro bisogno di sognare la nostra esperienza vissuta siamo insaziable, nel tentativo di creare significati psicologici personali (organizzati e rappresentati in diverse forme, come immagini visive, simboli verbali, impressioni organizzate in modo cinestesico, e così via) (Barros E.M., Barros E.L., 2008).

Nel pensiero onirico vediamo la nostra esperienza vissuta contemporaneamente da diversi punti di vista che ci permettono di accedere a un'area ricca e non lineare di conversazioni inconsce con noi stessi a proposito di quell'esperienza. Questa varietà di punti di vista include le prospettive dei processi di pensiero primario e secondario, contenitore e contenuto, le posizioni schizoparanoide, depressiva e contiguo-autistica (Odgen, 1989), il sé maturo e il sé infantile, la magia e la realtà, le parti "psicotiche" e "non psicotiche" della personalità (Bion, 1957), arrivare a conoscere la propria esperienza (la "K" di Bion, 1970) e diventare la verità di quello che si sta sperimentando (la "O" di Bion, 1970), il "proiettante" e il "ricevente" dell'identificazione proiettiva, e così via. Le "conversazioni" stratificate e non lineari che costituiscono il pensiero onirico hanno luogo tra diversi aspetti inconsci della personalità; Grotstein li ha definiti (2000) "il sognatore che sogna il sogno" e "il sognatore che comprende il sogno" e Sandler (1976) "lavoro del sogno" e "lavoro della comprensione". Questo pensiero creerebbe un'enorme confusione se dovesse essere presente quando cerchiamo di occuparci delle incombenze della veglia" (Ogden, 2016).

Anzieu ci illumina su un'altra forma straordinaria del sogno, esponendoci "il sogno e la sua pellicola". "La pellicola, nel senso primo del termine, è una membrana sottile che protegge e avvolge alcune parti degli organismi vegetali o animali e, per estensione, designa anche uno strato, sempre molto sottile, di materia solida sulla superficie di un liquido o sulla faccia esterna di un altro solido. In un secondo senso, la pellicola utilizzata in fotografia è un foglio sottile che serve da supporto allo strato sensibile destinato a essere impressionato. Il sogno è una pellicola nei due sensi. Il sogno costituisce un para-eccitazione che avvolge la vita psichica di chi dorme e la protegge dall'attività latente dei residui diurni (i desideri insoddisfatti della veglia, fusi con desideri insoddisfatti dell'infanzia) e dall'eccitazione di ciò che Jean Guillaumin (1979) ha chiamato "resti notturni" (sensazioni sonore, luminose, termiche, tattili,

cinestetiche, bisogni organici ecc., attivi durante il sonno). Tale para-eccitazione è una membrana sottile che pone sullo stesso piano gli stimoli esterni e le spinte pulsionali interne appiattendo le loro differenze (non è perciò un'interfaccia adatta a separare, come fa l'io-pelle, il dentro e il fuori); è una membrana fragile, pronta a rompersi e dissiparsi (dove un risveglio pieno d'angoscia), una membrana effimera (dura quanto un sogno, benché si possa supportare che la presenza di tale membrana rassicuri il dormiente quanto basta perché, avendola introiettata inconsciamente, si ripieghi su di essa e regredisca allo stato di narcisismo primario, in cui beatitudine, riduzione a zero delle tensioni e morte vengono confuse, e sprofondi in un sonno profondo senza sogni) (vedi Green, 1984).

Per altro verso, il sogno è una pellicola impressionabile che registra immagini mentali, generalmente visive, a volte con sottotitoli o parlanti, talvolta a visione fissa, come nelle fotografie, più spesso con uno svolgimento animato come nei film o, il paragone moderno è migliore, nei videoclip. In questo caso viene attivata una funzione dell'io-pelle, quella di superficie sensibile e di registrazione delle tracce e delle iscrizioni. Se non proprio l'io-pelle, almeno l'immagine del corpo deregionalizzato e appiattito, fornisce al sogno lo schermo sul cui sfondo emergono le figurazioni che simbolizzano o personificano le forze e le istanze psichiche in conflitto. La pellicola può essere cattiva, la bobina incepparsi o prendere luce e il sogno viene cancellato. Se tutto va bene, al risveglio si può sviluppare il film, rivederlo, rifarne il montaggio, addirittura proiettarlo sotto forma di un racconto fatto all'altro.

Per aver luogo, il sogno presuppone la costituzione di un lo-pelle (i bambini piccoli, gli psicotici non sognano, nel senso stretto del termine; non hanno acquisito una sicura distinzione tra veglia e sonno, tra percezione della realtà e allucinazione). Reciprocamente, il sogno ha, tra le altre funzioni, quella di tentare di riparare l'io-pelle non soltanto perché quest'ultimo rischia di disfarsi durante il sonno, ma soprattutto perché esso è

stato più o meno crivellato di buchi prodotti dalle effrazioni subite durante la veglia. Tale funzione vitale del sogno, di ricostruzione quotidiana dell'involturco psichico, spiega, secondo me, perché tutti o quasi sognano tutte le notti o quasi. Necessariamente ignorata dalla prima teoria freudiana dell'apparato psichico, essa è implicita nella seconda" (Anzieu D., 1995).

Percezione e sogno, dunque, già dai primi stadi dell'evoluzione umana partecipano ad eventi critici e normali: "Dal momento della nascita in poi, fino al termine della vita, le sintonie, le oscillazioni e i conflitti tra coscienza e inconscio non cesseranno mai, di giorno e di notte, nel sonno e nella veglia, e in qualsiasi spazio. Il tempo e lo spazio soggettivi, interni nel proprio mondo, nel proprio ambiente psicologico, potranno essere dapprima intuiti, quindi percepiti con progressiva consapevolezza. Percepire il proprio organismo negli andamenti ciclici o frammentari e di parte, negli eventi critici o normali delle parti di sé, è un impegno considerevole, ma di grande rilievo per la salute" (Frateschi M., 2012).

Il sogno, la percezione, la rappresentazione e il setting vengono inquadrati da Green: "Ho già avvicinato molto tempo fa (Green, 1979) l'invenzione del setting che Freud non ha teorizzato e il modello esposto alla fine dell'interpretazione dei sogni. Questo parallelo ci fa comprendere che il sogno non si conclude con la sua interruzione, ma che il racconto del sogno gli infonde una seconda vita, perché l'analizzando che lo racconta prosegue nella vita da sveglio un funzionamento psichico che non gli è estraneo. Capita sovente che si deformi il pensiero di Freud (1899) dicendo che è il sogno – piuttosto che l'interpretazione del sogno – la "via regia" che conduce alla conoscenza dell'inconscio. Si trascura allora l'idea principale che sottende questa formulazione, vale a dire che è il modo di funzionamento psichico che riunisce analizzando e analista e messo all'opera dall'interpretazione, che offre il modo più sicuro di rivelare l'inconscio per mezzo del lavoro del sogno.

I tentativi di interpretazione del sogno poggiano



su di un corpus determinato ma di una intelligenza limitata, ingannevole, misteriosamente nascosta. Da cui l'idea generale, nelle culture più diverse, che il sogno richiede necessariamente un'interpretazione. Le associazioni per l'analista rappresentano dunque l'esercizio di un modo di rappresentazione che si avvale della visione, senza tuttavia annullare la percezione rimpiazzata da alcune produzioni verbali messe in relazione – grazie all'aiuto di resti diurni frammentari – con i pensieri legati a queste immagini che, in quanto tali, restano mute; questo non vuol dire che esse sono inattive... La trasformazione dello scarto percezione-pensiero, per mezzo del rapporto immagine del sogno-associazione, fa lavorare un gruppo di modi intermedi – pensiero potenziale dell'immagine, pensiero mimetico del primario e pensiero libero dell'associazione -, grazie ai quali possiamo ricostruire i legami tra le immagini allo stesso modo che tra le associazioni... Freud non manca di precisare che l'utilizzazione del paragone con il telescopio vale soprattutto per il fuoco (privo di immagini) delle lenti. È forse l'equivalente dell'esternalizzazione del sogno, al momento del tentativo di interpretazione di ciò che Freud nomina "pensieri latenti". Il sogno non dà alcuna indicazione della loro materialità, ma è indispensabile immaginarli per rendere conto della loro sorgente" (Green A., 2012).

Anzieu sull'involucro d'angoscia, sulla pellicola del sogno, sul trauma, sull'accumulo di micro-traumi residui, sulle situazioni sceniche sostiene che: "Nella gamma dei mezzi possibili, i due più immediati, spesso appaiati, sono la costituzione di un involucro di angoscia e la costituzione di una pellicola di sogno. Con il trauma, l'apparato psichico è stato sorpreso dall'improvvisa apparizione di eccitazioni esterne che hanno infranto il para-eccitazione non soltanto perché erano troppo forti, ma anche, Freud (1920) vi insiste, a causa dello stato di impreparazione dell'apparato psichico che non se l'aspettava. Il dolore è segno di tale effrazione di sorpresa. Perché ci sia un trauma, è necessario che si verifichi un dislivello tra lo stato dell'energia interna e quello

dello dell'energia esterna. Avvengono certamente shock tali per cui, qualunque sia l'atteggiamento del soggetto nei loro confronti, il disordine organico e la rottura dell'io-pelle sono irrimediabili. Ma generalmente il dolore è minore se l'effrazione non è avvenuta di sorpresa e se si trova, il più presto possibile, qualcuno che con le sue parole, le sue attenzioni, funzioni come lo-pelle ausiliario o sostitutivo nei confronti del ferito (con il termine mi riferisco tanto alle ferite narcisistiche che a quelle fisiche). Freud, in *AI* di là del principio del piacere (1920), descrive tale difesa contro il trauma attraverso controinvestimenti energetici d'intensità corrispondente, aventi per scopo di eguagliare l'investimento di energia interna alla quantità di energia esterna delle eccitazioni che si sono scatenate improvvisamente (Anzieu D., 1995).

A questo punto posso accennare, in correlazione a quanto finora esposto, ad un contributo della ricerca e della applicazione psicoevoluzionista: l'individuazione dei fenomeni multipli simultanei e successivi all'origine di psicotraumi e psicomicotraumi (Frateschi M., 2007).

Riguardo l'individuazione dei fenomeni multipli simultanei e successivi, potrei menzionare molti riferimenti tratti dalla psicodiagnostica, che ho elaborato, per svilupparli nell'analisi e nella valutazione clinica psicoevoluzionista.

Brelet (1986) afferma che: "Nel T.A.T., come nel Rorschach, l'"espressione" che viene data al moto inconscio deve passare attraverso il contenuto della tavola. Nei termini propri al T.A.T., la storia costruita deve essere "a una buona distanza" dal contenuto latente della tavola e deve trovare in esso la propria fonte, dunque lasciandone trasparire, in modo sufficientemente velato ma comunque presente, la risonanza fantasmatica... Il movimento di proiezione, che normalmente ci si attende durante il test, costituisce uno spazio – di sogno, di gioco, di proiezione – in relazione con il materiale della tavola proposto dallo psicologo. Le due forze si deformano l'una in funzione dell'altra, sulla base di un modello simile a quello indicato da Winnicott a proposito dell'area

transazionale, e creano uno spazio fantasmatico, che è contemporaneamente "Io e non-*Io*". In un certo numero dei nostri protocolli, questo movimento di proiezione di quanto è fantasmatico all'esterno ("Non sono io, è l'eroe di questa tavola") sembra mal "distaccarsi" dal soggetto, o ritornargli nel corso dell'elaborazione della storia (secondo un meccanismo d'identificazione proiettiva in senso kleiniano questa volta").

Sceglierai quanto viene affermato da Bohm sulla tecnica del test di Rorschach a proposito dei fenomeni particolari: "Lo choc-colore è il più frequente ed anche il più importante per la pratica tra i fenomeni del Rorschach. Si tratta di un comportamento provocato dallo stupore suscitato dall'azione dei colori sull'affettività; questo comportamento assume una forma meno pronunciata che nel rifiuto, Ma in molti casi, lo stupore può diventare così forte che esso giunge allora al rifiuto... *Il fenomeno di interferenza*. Osserviamo in alcuni soggetti (non in tutti), che presentano, a volte lo choc allo scuro e lo choc-colore, prodursi un fenomeno caratteristico: gli effetti dei due choc interferiscono l'uno con l'altro. Un effetto ritardato molto naturale dello choc allo scuro è di far sentire l'apparizione dei colori comuni come un sollievo. L'incubo del colore scuro si allontana; il soggetto posa in qualche modo il piede «sulla terra ferma» e il corso delle associazioni è di nuovo più facile" (Bohm, 1969). Altri fenomeni particolari descritti da Bohm sono le *combinazioni simultanee e successive, la fusione figura-sfondo*, e altri ancora.

Dunque, possono essere dimostrati fenomeni particolari che equivalgono ai fenomeni multipli simultanei e successivi, attraverso le combinazioni, le fusioni, ed altri modi di percepire. Il modo soggettivo di percepire porta con sé il vissuto, segreto e inconscio, onirico e fantastico, irreale e reale, e coglie ogni stimolo, dal mondo esterno e dal mondo interno, con la vigilanza, l'organizzazione e le funzioni del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD). Se i meccanismi difensivi dell'*Io* non assolvono adeguatamente le loro funzioni e se mancano o sono carenti

le modalità difensive psicoevolutive, possono scaturire nel campo organismo precursori ed esordi di psicomicrotraumi e sequenze di eventi psicomicrotraumatici accumulati, analizzabili in ambito psicologico subclinico e clinico, o anche, nei casi evidenti, degli psicotraumi, analizzabili in ambito psicologico clinico. A tale riguardo, ho effettuato studi comparati e approfondimenti di tipo psicodiagnostico con la psicoevoluzione, anche con l'uso di tecniche proiettive per l'età evolutiva, in ambito subclinico e clinico, quali: il C.A.T. - Children's Apperception Test di Bellak (1952, 1954, 1966), il P.F.S. - Picture Frustration Study di Rosenzweig (1944, 1960); lo Scenotest di Von Staabs (1947, 1952); ecc." (Frateschi M., 2012). Inoltre, rispetto alle possibilità di un'applicazione clinica duplice di tecniche proiettive per l'età evolutiva, posso esprimere che: "Nella mia esperienza clinica uno strumento di valutazione psicodiagnostica e di trattamento psicoterapeutico è lo Scenotest di Von Staabs (1947, 1952), una tecnica proiettiva riguardante gli oggetti nello studio della personalità, che risulta pregevole per le possibilità di approfondimenti interpretativi sugli atteggiamenti interiori dei soggetti verso il mondo esterno, verso gli uomini e le cose, sulla percezione, sulla proiezione e sulla rappresentazione, sulle dipendenze e sui conflitti. Il soggetto nella costruzione delle scene rivela dinamiche consapevoli e inconsapevoli, riguardanti le relazioni tra il mondo interno e il mondo esterno; un aspetto dinamico specifico è la dipendenza in rapporto al conflitto, che ho avuto modo di constatare e verificare sul piano clinico" (Frateschi M., 2018).

Riprendiamo dall'involucro di angoscia, dalla pellicola di sogno, dal trauma rilevante e dall'accumulo di microtraumi di Anzieu: "L'involucro di angoscia (prima difesa, e difesa attraverso un affetto) prepara la comparsa della pellicola del sogno (seconda difesa, difesa attraverso la rappresentazione). I buchi dell'*Io*-pellicole, che siano prodotti da un trauma rilevante o dall'accumulo di microtraumi residui della veglia o contemporanei al sonno, mediante il lavoro della rappresentazione sono trasposti in situazioni



sceniche dove si possono quindi sviluppare gli scenari del sogno. In tal modo i buchi vengono taurati da una pellicola di immagini essenzialmente visive. In origine, l'io-pelle è un involucro tattile, rinforzato da un involucro sonoro e da un involucro gustativo-olfattivo. Gli involucri muscolare e visivo sono più tardivi. La pellicola di sogno è un tentativo di rimpiazzare l'involucro tattile che viene meno con un involucro visivo più esile, più fragile, ma anche più sensibile: la funzione di para-eccitazione viene ristabilita al grado minimo; la funzione di iscrizione delle tracce e della loro trasformazione in segni viene invece maggiorata. Il racconto del sogno, dopo il risveglio mira a essere un contenuto verbale del contenuto manifesto. L'eventuale interpretazione data dallo psicoanalista al racconto del sogno da un lato smonta in parte gli incastri (come si sfogliano le pelli successive di una cipolla), dall'altro ristabilisce l'io, rinforzato e cosciente, nella sua funzione di contenitore" (Anzieu D., 1995)

"L'attenzione profonda verso il proprio organismo è una priorità per la cura delle psicopatologie, degli psicotraumi e degli psicomicrotraumi; la sua applicazione anche in condizioni umane normali, accrescerebbe notevolmente l'efficacia della prevenzione psicologica primaria e secondaria. Lentamente il vissuto psichico e fisico si produce in tutta l'estensione e profondità dell'organismo. Il vissuto si incrementa inarrestabile, anche quando subentrano le patologie psichiche e fisiche. Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni.

La Motivazione Intrinseca Strutturale nel mondo interno è un faro che illumina un mare magnum di consapevolezza - inconsapevolezza. La scena interna va posta in osservazione naturale, va lasciata inalterata, senza invasioni interpretative; solo ipotesi ben costruite con la trama del

vissuto, e dei significati essenziali delle scene integre, andrebbero prese in considerazione" (Frateschi M., 2012).

Freud sostiene che: "Mediante l'analisi, come sapete, partendo dai sintomi giungiamo alla conoscenza delle esperienze infantili alle quali è fissata la libido e dalle quali vengono costruiti i sintomi. Ora, la sorpresa consiste nel fatto che non sempre queste scene infantili sono vere. Anzi, non sono vere nella maggioranza dei casi e in casi singoli sono in diretto contrasto con la verità storica. Vi rendete conto che questa scoperta è adatta come nessun'altra a screditare l'analisi, che ha portato a tale risultato, o gli ammalati, sulle cui dichiarazioni è fondata l'analisi. Oltre ciò, vi è qualcosa di sconcertante. Se gli episodi infantili portati alla luce dall'analisi fossero sempre reali, avremmo la sensazione di muoverci su un terreno sicuro. Se fossero invariabilmente falsati, se si rivelassero invenzioni, fantasie, dovremmo abbandonare questo terreno malfermo e metterci in salvo altrove. Ma le cose non stanno né in un modo né in un altro, bensì è dimostrabile che gli episodi infantili costruiti o ricordati nell'analisi certe volte sono incontestabilmente falsi, certe altre volte invece altrettanto sicuramente veri, e nella maggior parte dei casi, un mix di vero e falso. I sintomi raffigurano dunque ora episodi che hanno realmente luogo e cui si può attribuire un influsso sulla fissazione della libido, ora fantasie dell'ammalato, che naturalmente non sono affatto adatte a svolgere un ruolo etiologico. È arduo raccapazzarcisi. Un primo punto di riferimento può forse essere trovato in un'altra scoperta simile, e cioè che i singoli ricordi dell'infanzia, che gli uomini hanno in sé consciamente da tempo immemorabile e prima di ogni analisi, possono ugualmente essere falsati o, quanto meno, possono mescolare abbondantemente il vero e il falso. La dimostrazione della loro inesattezza raramente presenta difficoltà; e così, almeno, abbiamo l'assicurazione che non l'analisi, bensì in qualche modo gli ammalati sono responsabili di questa nostra inaspettata delusione" (Freud S., 1915-1917).

In riferimento al sogno e all'esame di realtà, Brenner riprende: "Nei termini della teoria psicoanalitica attuale sull'apparato psichico - la cosiddetta ipotesi strutturale - potremmo formulare la nostra spiegazione del fatto che il sogno manifesto consista essenzialmente in un'allucinazione, press'a poco come segue. Durante il sonno, molte funzioni dell'Io sono più o meno sospese. Abbiamo già ricordato, come esempi di questo, la diminuzione delle difese dell'Io durante il sonno ed una quasi completa abolizione dell'attività motoria volontaria.

L'importante, ai fini di quanto stiamo esponendo, è che durante il sonno si verifica anche una notevole diminuzione della funzione dell'Io di compiere l'esame di realtà, cioè della sua capacità di distinguere fra gli stimoli di origine esterna e quelli di origine interna. In aggiunta a questo, nel sonno si produce anche una profonda regressione del funzionamento dell'Io ad un livello caratteristico dei primi periodi della vita.

Nel corso di molti sogni non è completamente perduta la capacità di fare l'esame di realtà. Il soggetto sogna, in qualche modo, anche mentre sta sognando, si rende conto che quanto sta vivendo non è reale, oppure è "solamente un sogno". Una tale parziale conservazione del funzionamento dell'esame di realtà è difficile da conciliare con la spiegazione basata sull'ipotesi topografica, mentre è perfettamente compatibile con quella basata sull'ipotesi strutturale" (Brenner, 1995).

Ogden distingue il pensiero trasformativo dal pensiero onirico: "Il pensiero trasformativo – un pensiero che altera radicalmente i criteri con cui si organizza la propria esperienza – si colloca a un'estremità dello spettro del pensiero che produce cambiamento (pensiero onirico).

Ciò nonostante è importante tenere a mente che il pensiero trasformativo è un aspetto del pensiero in quanto tale, ed è una dimensione del mio lavoro con tutto lo spettro dei pazienti ... Al contrario, il pensiero onirico è la nostra forma di pensiero più profonda. Implica il vedere ed elaborare l'esperienza da una varietà di punti di vista

contemporaneamente, comprese le prospettive del pensiero primario e del pensiero secondario, del contenitore e del contenuto, delle posizioni schizoparanoide, depressiva e contiguo-autistica, della magia e della realtà, del sé infantile del sé maturo e così via. A differenza del pensiero magico il pensiero onirico "funziona" nel senso che promuove una crescita psicologica autentica. Anche se il pensiero onirico può essere creato da un individuo da solo, c'è sempre un punto oltre il quale c'è bisogno di due o più persone per pensare/sognare l'esperienza emotiva più disturbante di qualcuno.

Il pensiero trasformativo è una forma di pensiero onirico in cui una persona raggiunge un cambiamento psicologico radicale – uno spostamento psicologico dalla propria Gestalt concettuale/esperienziale attuale a un modo di organizzare l'esperienza precedentemente inimmaginabile. Un movimento di questo genere crea il potenziale perché nascano tipi di sentimenti, forme di relazione oggettuale e qualità dell'essere vivi che l'individuo non aveva mai sperimentato. Questo tipo di pensiero richiede sempre le menti di almeno due persone, dal momento che un individuo isolato dagli altri non può modificare radicalmente le categorie di significato fondamentali con cui organizza la sua esperienza" (Ogden, 2016).

Zetzel e Meissner in *Psichiatria Psicoanalitica* (1973), dopo aver ricordato che il primo importante contributo della psicoanalisi di Freud fu nello studio dei sogni, in quanto processo comune ad ogni essere umano, proseguono sul significato e il processo del sogno così: "Lo studio di Freud sul significato e il processo del sogno è un interessante esempio dell'impatto tra sviluppo di nuove tecniche e metodi d'osservazione e pensiero psicoanalitico. Negli ultimi anni l'attività del sogno è divenuta un'area di intenso interesse, non solo per gli psicoanalisti ma per gli psicologi sperimentali e per i neurofisiologi. Lo sviluppo di nuove tecniche e di nuovi metodi ha portato a nuove conoscenze e ciò ha inevitabilmente condotto a rivedere e a riconsiderare alcune delle teorie iniziali di Freud sul sogno e sul sonno ... I



lettori che conoscono bene *L'interpretazione dei sogni* (1899) di Freud ricorderanno forse il fatto che Freud cercò di distinguere la sua trattazione sul sogno come esperienza tratta dalla psicologia del sonno. Non fu sempre capace di mantenere questa distinzione, per esempio nella sua ipotesi che la motivazione del sogno fosse la preservazione del sonno. Questa ipotesi potrebbe essere validamente applicata al sogno durante lo stato REM. Potrebbe tuttavia non essere valida per ciò che avviene durante altre fasi del ciclo del sonno".

A tale proposito espongo, di seguito, alcuni aspetti generali sul metodo di analisi delle scene, delle immagini e dei sogni, secondo la psicoevoluzione: "... dai recenti studi della psicoevoluzione sui sogni e sul sonno, si giunge a considerare che l'ipotesi di Freud, che la motivazione del sogno fosse la preservazione del sonno, può essere elaborata e ampliata. La nuova ipotesi della psicoevoluzione, che qui sostengo, è che la scoperta della Motivazione Intrinseca Strutturale implica la sua presenza nella veglia, nel sonno e nel sogno, e quindi, da parte di questa spinta evolutiva umana la preservazione è attiva nella veglia, nel sonno e nel sogno, per cui va oltre la sola preservazione del sonno. In altre parole, la Motivazione Intrinseca Strutturale spinge l'essere umano verso un ritmo psicofisiobiologico di sonno e veglia, non solo per tutte le necessità di intercorrelazione di sistemi e processi complessi nel campo organismo umano, di equilibrio dinamico e di congruenza intima psicofisiobiologica, ma anche perché durante il sonno e, in particolare nei sogni, il conflitto contro il Condizionamento Arcaico, può essere più intenso, esteso, libero e utile, in quanto reso segreto, modificato e trasformato, in modo inconscio, e dunque, incomprensibile alla sola logica e ragione. Nei sogni, il conflitto tra la Motivazione Intrinseca Strutturale e il Condizionamento Arcaico è più intenso perché le loro forze vettoriali possono estrarre maggiore energia, nel campo organismo, in condizioni di: relativa quiete, minore sforzo fisico, restringimento dello stato di coscienza, riequilibrio dei

sistemi complessi, elaborazioni complesse affettive, emotive, intellettive, cognitive, mnemoniche, ecc.

Di conseguenza, questo conflitto è più esteso, poiché tutto l'organismo è a disposizione come campo di battaglia, senza che l'essere umano possa intervenire consapevolmente, a favore dell'una o dell'altra forza, su qualunque parte del campo organismo, ad eccezione, quindi delle emergenze di risveglio. Il conflitto è più libero da influenze del mondo esterno, perciò il campo di forza soggettivo può essere, per esempio, invaso da incubi o irrefrenabili fantasie durante i sogni, oppure da disturbi o ristori del sonno. Infine, il conflitto è più utile, poiché la produzione immaginativa, in qualsiasi forma, materia, simboli, fantasmi, metafore, svolge elaborazioni complesse evolutive, impossibili in uno stato di veglia e vigilanza razionale e logica; infatti, gli esordi creativi delle scene oniriche, le composizioni di immagini, sensazioni, emozioni, pensieri, gli sviluppi ideativi e gli esiti nei sogni, nelle parti o nel tutto, e nelle differenti fasi del sonno, tra l'altro, proprio comprendendo le pause di produzione dei sogni così bene orchestrate, emancipano favorevolmente la complessità delle strutture, organizzazioni e funzioni dell'intero organismo, nella direzione di una evoluzione umana. Non è un caso che nella natura e specie umana, un neonato vive nel sonno molto di più di un adulto; così, da 0 a 1 anno il bambino evolve in un proprio modo straordinario e incomparabile, rispetto ad ogni altro stadio di vita successivo; così come, anno dopo anno, diminuisce il bisogno fondamentale di sonno fino ad una tendenziale stabilizzazione, mentre, l'incremento di potenziale evoluzione umana rallenta gradualmente la sua progressione. Inoltre, si può dimostrare puntualmente, nell'analisi e nell'interpretazione dei sogni, che anche solo la produzione di un sogno, include una immensa mole e sequenza di scene, fantasie, immagini, forme, colori, emozioni, sensazioni, pensieri, e altro materiale di qualità originale e creativa, con significati essenziali del proprio modo soggettivo di sognare" (Frateschi M., 2012).

Ogden (2004) fa riferimento ai "sogni non sognati" e ai "sogni della veglia": "L'inconscio, oltre a costruire il dominio psichico dell'esperienza degli aspetti rimossi della vita che sono accaduti e sono stati sperimentati ma sono così disturbanti da dover essere banditi dalla consapevolezza, comprende anche un aspetto dell'individuo (spesso più fisico che psichico) che registra gli eventi che accadono ma che non vengono sperimentati. Quest'ultimo è quell'aspetto dell'individuo che porta con sé l'esperienza traumatica non assimilata, i propri "sogni non sognati" (Ogden, 2004)... Anche se l'idea di intuire la realtà psichica di un'esperienza diventando una cosa sola con essa può sembrare un po' mistica, credo che siamo coinvolti in questo tipo di esperienza più volte, ogni giorno, nella nostra vita onirica. Quando sogniamo – sia nel sonno sia nella veglia (Bion, 1962a) – facciamo l'esperienza di sentire (intuire) la realtà di un aspetto della nostra vita inconscia, e siamo una cosa sola con essa. Sognare, per come utilizzo io il termine, è un verbo transitivo. Sognando, noi non facciamo un sogno su qualcosa, sogniamo qualcosa, sogniamo un aspetto di noi stessi. Sognando, siamo una cosa sola con la realtà del sogno; siamo il sogno. Mentre sogniamo, stiamo intuendo (sognando) un elemento delle nostre vite emotive inconsce, e siamo una cosa sola con esso in modo diverso da come accade con ogni altra esperienza. Sognando, siamo più reali verso noi stessi; siamo più noi stessi. Per me la rêverie (Bion, 1962a, 1962b; Ogden, 1999), il sogno della veglia, è l'esperienza clinica paradigmatica dell'intuizione della realtà psichica di un momento di un'analisi. Per entrare in uno stato di rêverie, che nel setting analitico è sempre almeno in parte un fenomeno intersoggettivo (Ogden, 1994), l'analista deve impegnarsi in un atto di auto-rinuncia. Con auto-rinuncia mi riferisco all'atto di permettersi di diventare sé stessi in modo meno definito, al fine di creare uno spazio psicologico in cui analista e paziente possono entrare in uno stato condiviso di intuizione ed essere-una-cosa-sola con una realtà psichica disturbante che il paziente, da solo, non sarebbe

in grado di tollerare. La rêverie e l'intuizione arrivano, se arrivano, senza sforzo, "spontaneamente" (Bion, 1967, p.137)" (Ogden, 2016).

Sulla sceneggiatura del sogno e sul significato e le interpretazioni molteplici del sogno Musatti (1949) fa riferimento alla condensazione e al fenomeno della sopradeterminazione dei sogni: "Nella sceneggiatura del sogno, nella formazione del dramma onirico, può accadere che due o più elementi della scena si unifichino in un elemento solo, che li rappresenta e li significa entrambi. Freud chiama questo fenomeno identificazione (Identifizierung) o formazione composta (Mischbildung); distinguendo col primo termine il caso in cui un dato elemento viene ad acquistare, oltre al proprio significato, un significato ulteriore; col secondo il caso di un elemento del sogno manifesto che è senza'altro un conglomerato corrispondente a più elementi del pensiero latente.

Le identificazioni, o formazioni composte, contenute in questo sogno ne oscurano e mascherano il significato, e concorrono a rendere la scena onirica qualche cosa di assurdo, di strampalato, di irreale: per cui in un certo modo servono alla funzione della censura, che è appunto quella di rendere incomprensibile il pensiero del sogno.

Ma esse hanno anche un'altra funzione, che possiamo dire economica. Permettono cioè che si formi una unica scena onirica in luogo di più sogni, corrispondenti a diversi contenuti latenti. Freud chiama questo processo, processo della condensazione onirica (Verdichtung).

Un sogno solo serve cioè ad esprimere più cose, a soddisfare diverse tendenze. È come se diverse tendenze latenti che agiscono nel soggetto, approfittassero in modo tumultuoso della possibilità che è loro offerta di esprimersi: irrompendo contemporaneamente nella coscienza onirica del soggetto e sovrapponendosi l'una all'altra per costruire la scena del sogno.

Tutti i sogni contengono in grande abbondanza identificazioni e immagini composte, perché la condensazione è un fenomeno generale della elaborazione onirica... Un effetto del processo di condensazione è il fenomeno della



sopradeterminazione dei sogni: che corrisponde alla sopradeterminazione dei sintomi nevrotici, di cui ci siamo già occupati.

Un unico sogno è cioè sempre passibile di interpretazioni molteplici. Né – anche quando può sembrare che esse si escludano l'un l'altra – si possono considerare quelle interpretazioni come tra loro contraddittorie.

Per un tale fatto si può dire che non si finisce mai di analizzare un sogno. Per quanto si cerchi cioè di approfondire l'analisi, non si può mai essere sicuri di aver rintracciato tutti gli elementi che ne stanno alla base; e ci si può aspettare, rinnovando le esperienze di associazione, o ricorrendo ad altri artifici, di poterne individuare di nuovi" (Mussatti C.L., 1949).

Riprendiamo il panorama psicodinamico sulla formazione e sullo sviluppo dei concetti.

"Nella psicodinamica alcuni concetti possono seguire nel tempo uno sviluppo trasformativo non solo in divenire, in prospettiva, come ogni concetto ben strutturato e definito, ma anche uno sviluppo retrospettivo, percorrendo stadi del passato sempre più lontani, fino a quelli arcaici e ad origine. Lo spazio esplorativo concettuale che si sviluppa, simbolicamente rappresentato con un punto di partenza, si potrebbe estendere come nucleo sferico, verso ogni direzione e ogni progressiva dimensione descrittiva e funzionale" (Frateschi M., 2019).

Così può essere meglio compreso il motivo per cui: "Nella psicoterapia psicoevoluzionista il metodo dell'analisi delle scene, delle immagini e dei sogni, include l'uso di un metodo di analisi sulla formazione dei concetti in psicologia. Se immagino alcune esperienze, posso provare a descriverele attraverso sensazioni visive, olfattive, uditive, ecc.; o per colori, forme, suoni, ecc.; oppure, ancora per sentimenti, emozioni, motivi, ecc; questi possono essere *concetti descrittivi*. Quindi, sulla base delle informazioni dell'esperienza, di una sensazione, o di un colore, o di un sentimento potrei riflettere e distinguere gradazioni, fino a formulare un *concetto esplicativo o funzionale* che non descrive l'esperienza diretta, bensì

pone in relazione l'esperienza con gli oggetti, le forme, i movimenti, ecc., o relazioni tra le esperienze. Koffka (1912) definisce la distinzione tra concetti descrittivi e funzionali: "Tutti i concetti descrittivi derivano dalla semplice percezione e dalla descrizione dell'esperienza ... Tutti i concetti funzionali hanno come base esperienze che in qualche modo sono state rese obiettive" (Frateschi M., 2012).

Green A., chiarisce i concetti riguardanti il dittico modelli del sogno e dell'atto e il trittico setting-sogno-interpretazione: "Il dittico dei modelli del sogno e dell'atto procede per estrazione/elaborazione a partire dall'opera di Freud. Questi due modelli vertono direttamente sulla rappresentazione e sulle sue differenze di statuto e di funzionamento nella prima e nella seconda topica. Queste differenze sono correlative ai funzionamenti nevrotici e non nevrotici, così come al setting e alle sue varianti.

Nella relazione del 1983 si è visto come partendo dalla questione: "Perché funziona?", Green ha aggiornato i fondamenti del metodo freudiano e ha elaborato il modello del sogno. Adesso si tratta di conservare lo statuto paradigmatico del sogno, in quanto modello di base, per metterlo in tensione con il modello dell'atto. Si tratta di un dittico composto da una coppia concettuale, i cui due elementi costitutivi si ridefiniscono l'uno in rapporto con l'altro. Per Green, la questione chiave è quella che ha accompagnato la svolta freudiana degli anni Venti: "Perché non funziona?". Le risposte di Freud hanno oscillato tra le acque agitate di Analisi terminabile e interminabile e la limpidezza di Costruzioni nell'analisi; quelle di Green hanno a volte adottato il tono della prima (come Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico), ma hanno avuto soprattutto la tendenza a precisarsi sul modello della seconda (e questo libro lo testimonia).

Il modello del sogno è divenuto più complesso. Freud si appoggia sul sogno (conformemente alla metapsicologia della prima topica) per la creazione del setting. Il racconto del sogno e le sue associazioni costituiscono il materiale analitico

ideale. Nel modello teorico del sogno, le rappresentazioni costituiscono il dato di base dello psichismo: esse creano le "catene di Eros" legandovi e articolandovi la pulsione, "incatenandola" al processo rappresentativo. L'oggetto del desiderio è variabile, sostituibile e metaforizzabile. Il modello del sogno si concentra sul desiderio sessuale, strutturato in fantasmi e tessuto di rappresentazioni. La clinica si fonda sulla compatibilità esistente tra rappresentazione di cosa e rappresentazione di parola, articolate in maniera transferale nell'associazione libera. È questo il modello del funzionamento psico-nevrotico. Esso suppone che la funzione concatenante della struttura inquadrante sia sufficientemente ben stabilita per permettere all'analisi di concentrarsi sul contenuto, secondo un asse innanzitutto intrapsichico. Il tutto mette in gioco le relazioni transfert e di trasformazione tra la nevrosi infantile, la psiconevrosi di difesa e la nevrosi di transfert. Infine, successivamente per Green, il processo analitico si articola a partire dal trittico setting-sogno-interpretazione" (Green A., 2012). Il setting, il sogno e lo spazio per sognare vengono descritti da Ogden: "Prima di tutto il setting in cui avviene la conversazione analitica è pensato per far sì che paziente e analista abbiano l'opportunità di sognare, sotto forma di sogno della veglia, di "parlare come sognare" (Ogden, 2007), di "pensiero onirico" e di "pensiero trasformativo". Nello sforzo di creare uno spazio per sognare (eccezione fatta per il primo o i primi incontri di consultazione) mi siedo dietro al lettino mentre il paziente vi si distende. All'inizio dell'analisi spiego a ognuno dei miei pazienti che l'uso del lettino mi consente di trovare la riservatezza di cui ho bisogno per pensare in modo diverso da come penso in una conversazione vis-à-vis. Aggiungo anche che il paziente potrà trovare che questo è vero anche per lui o per lei. Lavoro con i pazienti sul lettino indipendentemente dalla frequenza delle sedute.

La combinazione di queste e altre caratteristiche dell'impresa analitica – incluso il fatto che deve prima di tutto avere la funzione di aiutare

il paziente a evolvere nella crescita psicologica – contribuisce ai ritmi unici della conversazione analitica. Quel ritmo è diverso con ogni paziente, e all'interno di ogni ora, ma in linea di massima si può dire che implica uno scambio attivo in cui il paziente parla più di me, ma nessuno dei due domina la conversazione. Io non mi limito a dei brevi commenti. Ogni tanto mi trovo a parlare piuttosto a lungo, altre volte racconto al paziente una storia (a volte è una storia che il paziente conosce già ma che fa finta di non conoscere così può ascoltarmi mentre la racconto). Accade lo stesso quasi con qualsiasi altra cosa nella relazione analitica; anche il flusso della conversazione è una creazione che soltanto questo paziente o questo analista (l'analista che diventa in quell'analisi) possono portare alla luce in questo modo particolare... Concepisco il mio lavoro di psicoanalista come un sognare con il paziente aspetti della sua esperienza che sono stati troppo dolorosi perché potesse sognarli da solo (Ogden, 2004). Utilizzo il termine sognare per riferirmi al pensiero inconscio, che secondo me è la forma di pensiero più ricca di cui gli esseri umani sono capaci, poiché ci permette di applicare a un problema emotivo una molteplicità di modalità di pensiero contemporaneamente – il pensiero del processo primario e quello del processo secondario, i sensi del tempo sincronico e diacronico, un pensiero causa-effetto e un pensiero che li libera dal rapporto sequenziale" (Ogden, 2016).

Oltre lo spazio del sognare, Ogden coglie anche l'atemporialità del sogno, la simultaneità di prospettive multiple e il significato: "L'atemporialità dei sogni ci permette di elaborare l'esperienza emotiva da una molteplicità di prospettive contemporaneamente, cosa che sarebbe impossibile nel contesto del tempo lineare e della logica causa-effetto che caratterizza il pensiero del processo secondario, della veglia. (La simultaneità di prospettive multiple catturata dal cubismo di Picasso e Braque ha influenzato tutte le arti nel xx secolo – la poesia di T.S. Eliot e Ezra Pound, i romanzi di Faulkner e gli ultimi di Henry James, le commedie di Harold Pinter e Ionesco, i film di



Kielowski e David Lynch, così come l'arte della psicoanalisi).

Il lavoro del sogno è quel lavoro psicologico attraverso cui creiamo un significato personale, simbolico; così si diventa se stessi. In questo senso ci sogniamo nella nostra esistenza come analisti, analizzandi, supervisori, genitori, amici, e così via. In mancanza del sogno non potremmo apprendere dalla nostra esperienza vissuta e di conseguenza rimarremmo intrappolati in un presente infinito e immutabile" (Ogden, 2016).

Il significato essenziale risiede nel mondo interno dell'essere. Nell'essere umano, viene generato e custodito... Dunque, il significato essenziale è nel mondo interno dell'essere umano, anche se il fenomeno, a cui viene attribuito il significato essenziale, si svolge nel mondo esterno. Se piove ora, perché è essenziale per me? Non per gli altri soggetti, e neanche per l'oggetto stesso di attenzione, cioè per la pioggia. Un significato essenziale è una scena interna strutturata, nel proprio mondo interno, configurata e composta da uno sfondo e da forze nel campo soggettivo inconsce, e da figure coscienti.

Lo sfondo può essere costituito da processi inconsci. La proiezione può essere uno dei processi di costruzione dello sfondo, in quanto schermo di una configurazione del mondo interno.

Freud in *Totem e Tabù* (1912) chiarisce il concetto del processo difensivo della proiezione: "La proiezione tuttavia non è stata creata per la difesa, essa si verifica anche là dove non vi sono conflitti. La proiezione all'esterno di percezioni interne è un meccanismo primitivo cui soggiacciono, per esempio, anche le nostre percezioni sensoriali; ad esso va quindi normalmente attribuita una parte rilevantissima nella configurazione del nostro mondo interno. In condizioni la cui natura non è stata ancora sufficientemente precisata, vengono proiettate verso l'esterno, allo stesso modo delle percezioni sensoriali, anche percezioni interne di processi emotivi e mentali; in tal modo vengono utilizzate per configurare il mondo esterno percezioni che dovrebbero legittimamente restare nel mondo interno".

Un soggetto può essere consapevole delle figure, della loro forma, materia, relazione e dinamica, ma non è in grado di rintracciare altro. Solo attraverso l'analisi e il metodo psicodinamico psicoevoluzionista, al termine di un processo di elaborazione della struttura, della configurazione, dello sfondo, delle figure e delle forze nel campo della scena si può giungere ad una interpretazione del significato essenziale.

Un significato essenziale deriva sempre da un modo proprio del soggetto; ogni rappresentazione e azione, immagine e realtà ha origine da un modo proprio. Il modo trae origine dalla condizione dei fattori interni di tensione di due forze contrapposte: forza di spinta evolutiva e forza di spinta involutiva. Quando la organizzazione delle dinamiche delle forze nel campo di una scena è caratterizzata da uno sbilanciamento, a favore della spinta involutiva, si incrementerà proporzionalmente il significato essenziale con tendenza involutiva; verificandosi uno sbilanciamento al contrario, aumenterà il significato essenziale con tendenza evolutiva.

La Percezione del Campo di Forza Soggettivo, dunque, può essere esplorata ed esaminata attraverso l'orientamento psicodinamico psicoevoluzionista, in ogni circostanza e momento, poiché l'essere è "spazio-tempo-significato-modo" nel proprio campo organismo, nel mondo interno, ed è simultaneamente presente nel mondo esterno come "essere-spazio-tempo-significato-modo". Ogni Soggetto osservatore presente nel mondo esterno percepisce l'Altro Soggetto come "essere-spazio-tempo-significato-modo", in quanto non solo lo vede, o lo ascolta, o lo tocca, bensì lo intercetta in un insieme unico di "un essere nello spazio e nel tempo con un significato ed un modo di se stesso", campo di forza soggettivo, inscindibile nelle parti e imperscrutabile come totalità dinamica di un mondo interno. L'Altro, dunque, è un campo di forza soggettivo nel mondo esterno, rispetto al quale ci si può avvicinare con il proprio campo di forza, anche sfiorandolo o, eventualmente, entrando intimamente in contatto, senza mai potersi impossessare dell'altrui campo di

forze, bensì percependo l'esposizione e l'influenza della loro presenza e intensità. Il fenomeno che si verifica in un ambiente in cui sono "presenti l'Uno e l'Altro" è la simultaneità; nel caso in cui sono presenti "l'Uno e Molti Altri" si può rilevare un fenomeno multiplo simultaneo".

Nella psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista gli approfondimenti sui casi clinici, sulla psicopatologia, sui "fenomeni ed eventi psicotraumatici e psicomicrotraumatici", sulla "sequenza degli eventi psicomicrotraumatici accumulati" e sulla "teoria dei fenomeni multipli simultanei" (Frateschi M., 2012) evidenziano la necessità per il Soggetto e per l'Altro Soggetto nella scena – setting, e nel sogno – realtà, della ricerca del significato essenziale tra i significati molteplici del sogno, al fine di una ricostruzione analitica campo – scena del vissuto e della percezione del vissuto sogno – realtà del paziente, e della rielaborazione ed interpretazione dinamica in evoluzione del campo di forza soggettivo, del "Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo" (Frateschi M., 1989), delle "modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche (Frateschi M., 1988-1989)".

Sui sogni, sul trauma e sui sogni post-traumatici Anzieu afferma: "Nei sogni post-traumatici studiati da Freud (1920) come introduzione alla seconda topica psichica, il sognatore rivive ripetutamente le circostanze che hanno preceduto l'incidente. Si tratta di sogni angosciosi, che si fermano immediatamente prima della rappresentazione dell'incidente, come se questo potesse a posteriori essere sospeso ed evitato all'ultimo momento.

Tali sogni, in rapporto ai precedenti, adempiono a quattro nuove funzioni:

- Riparare la ferita narcisistica inferta dal fatto di avere subito un trauma;
- Restaurare l'involucro psichico lacerato dall'effrazione traumatica;
- Padroneggiare retroattivamente le circostanze che hanno scatenato il trauma;
- Ristabilire il principio di piacere nel funzionamento dell'apparato psichico che il trauma ha

fatto regredire alla coazione a ripetere.

Mi chiedo: quanto avviene per i sogni che accompagnano la nevrosi traumatica dev'essere considerato un caso particolare? Oppure – tale almeno è la mia convinzione – il trauma funziona come una lente d'ingrandimento e abbiamo a che fare con un fenomeno generale che sta alla base di tutti i sogni? La pulsione in quanto spinta (indipendentemente dal fine e dall'oggetto) irrompe nell'involucro psichico in modo ripetitivo, durante la veglia come durante il sonno, provocando microtraumi la cui diversità qualitativa e di accumulazione quantitativa costituiscono, oltre una certa soglia, ciò che Masud Khan (1974) ha chiamato trauma cumulativo. Per l'apparato psichico diventa necessario cercare da una parte di evadere la sovraccarica, dall'altra di ristabilire l'integrità dell'involucro psichico". (Anzieu D., 1995) "L'analisi psicoevoluzionista dei sogni è un metodo esplorativo della percezione soggettiva spazio tempo e delle configurazioni di realtà e di irrealità. Il vissuto soggettivo spazio tempo non deve essere scisso dalle modalità di percezione. Ogni inquadratura di scena nell'analisi dei sogni e della realtà va colta secondo il modo di percepire del paziente; le leggi della psicologia della Gestalt sono una parte fondamentale della costruzione dell'analisi e dell'interpretazione psicoterapeutica psicoevoluzionista dei sogni e della realtà. Dopo la fase narrativa e descrittiva dei sogni del paziente, spesso adopero la legge chiamata "vicinanza" nella fase analitica e introspettiva dei sogni, poiché l'attenzione fluttuante dello psicoterapeuta va composta con un *"affiancamento discreto"* al paziente dentro le scene. Così come l'interpretazione dei sogni va costruita tenendo presente una *"configurazione dinamica di buona forma e materia"* di ciascuna scena e immagine che non può prescindere da leggi di "pregnanza", "buona continuazione o direzione" e "chiusura", per esempio, dove rispettivamente va ricercato, "il significato essenziale su ciascun frammento onirico", "lo slancio vitale produttivo delle immagini" e "la compiutezza univoca del senso globale narrativo".



Ad un evento psicotraumatico per un paziente possono aggiungersi altri eventi di tipo psicomicrotraumatico che sostengono il perdurare dei sintomi. Come un substrato accumulato intorno al nucleo procura fenomeni dinamici simultanei e successivi, così una prima forma e materia composta di neve che si stacca dal manto in pendio, si ingrossa, scendendo a valanga con una dimensione angosciante, fino a quando non giunge a valle; a meno che, non si intervenga quanto prima, allo stadio iniziale della prima forma e materia della valanga, o in seguito con un trattamento boschivo con mille alberi, che intervengono tempestivamente frammentando la valanga.

Il metodo dell'analisi psicoevoluzionista degli eventi psicomicrotraumatici si estende alla individuazione dei riflessi dei frammenti delle immagini, della realtà e della fantasia nella percezione del soggetto della propria esistenza. Ogni vissuto, valore, principio, etica, morale nella soggettività

si configura per insiemi dinamicamente differenziati nello spazio e nel tempo, a volte con rilevante variabilità durante il corso dell'esistenza, non solo per conflitti tra istanze consapevoli e inconsapevoli, ma anche per la continua tensione tra la Motivazione Intrinseca Strutturale, che slancia l'essere verso l'evoluzione, e il Condizionamento Arcaico, che al contrario, spinge l'essere verso una regressione involutiva.

Questa continua tensione si sviluppa secondo precisi processi psicodinamici. Nella psicoterapia psicoevoluzionista ogni soggetto va portato gradatamente verso la scoperta delle forze contrapposte nel campo del proprio organismo. Analizzando la struttura, l'organizzazione e il funzionamento del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo del soggetto, vanno riconosciute le forze della Motivazione Intrinseca Strutturale, che determinano lo slancio vitale in avanti per l'indipendenza e l'autonomia nel campo organismo,

per intercettare e contrastare efficacemente le forze del Condizionamento Arcaico che determinano la tendenza all'indietro nel tempo e nello spazio verso le dipendenze e l'inibizione.

Per dare un'idea di come questo metodo di analisi sulla formazione dei concetti in psicologia viene integrato e rielaborato nel metodo psicoevoluzionista dell'analisi delle scene, delle immagini e dei sogni, occorre considerare le leggi e i principi della psicologia della Gestalt e quindi, della Forma. Ora, passo a mostrare un esempio *formale* elementare, utile con i bambini di età compresa tra sei e dieci anni. Secondo il metodo psicoevoluzionista si prepara l'ambiente *come se* il soggetto venisse invitato a descrivere una scena "x" a sua scelta, disegnandola con una matita su un foglio bianco, dentro la forma di un quadrato. Il soggetto che avvia la narrazione della scena è tenuto, dunque, ad osservare una sola regola, quella di rappresentare e descrivere la scena con una matita, con segni e disegni liberamente, dentro il quadrato. Completata la prima opera del soggetto, si conclude la fase descrittiva. Quindi, si procede alle fasi successive esplicative o funzionali, verso l'analisi della scena sfondo-figure; si dovrà scomporre e ricomporre, escludere ed includere, riconfigurare parti del tutto delle figure sullo sfondo interno al quadrato. Poi, ogni nuova scena verrà rielaborata insieme al soggetto, durante le sedute di psicoterapia, con adeguate modificazioni delle parti del tutto, condotte sulla base delle leggi di unificazione formale e della percezione psicoevoluzionista delle scene. La scena andrà modificata, di seguito anche per lo sfondo, passando alle forme del rettangolo, triangolo, cerchio, ecc., verso forme simultanee e successive, complesse e composte, insieme alla variazione delle figure. Dopo ogni fase descrittiva occorre procedere con la fase esplicativa. Lo psicoterapeuta psicoevoluzionista, dopo la fine di ogni seduta con il soggetto, deve svolgere il lavoro di analisi, rielaborazione e interpretazione di quanto avvenuto, per impostare e dirigere la successiva seduta psicoterapeutica.

Un libro che racchiude alcune idee, per le scene e

le immagini, a tale proposito, è: *"L'isola dei desideri"* (Frateschi M., 1988b).

Questo esempio elementare, nell'ambito specialistico psicoterapeutico, naturalmente può essere tradotto, differenziato ed elaborato per ulteriori versioni e configurazioni narrative e descrittive: complesse per gli adolescenti e gli adulti; ma anche, al contrario, semplificate per i bambini da un anno a cinque anni; oppure, ancora complesse, diversificate e organizzate per i bambini e gli adolescenti con gravi psicopatologie, e per gli adulti con quadri gravi multi psicopatologici" (Frateschi M., 2012).

Jean Bergeret sostiene che: "La "normalità" non consiste nel preoccuparsi in primo luogo di "come fanno gli altri", ma nel cercare durante la propria esistenza, senza angoscia né vergogna, come convivere al meglio con i propri conflitti e con quelli altrui, evitando tuttavia di alienare il proprio potenziale creativo e i propri bisogni più profondi" (Bergeret J., 1996).

In conclusione, sulla prospettiva clinica psicodinamica psicoevoluzionista intendo sostenere che: "Nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevoluzionista l'evoluzione dell'essere si realizza con l'evoluzione delle difese, meccanismi di difesa e modalità difensive psicoevolutive, utilizzate con dinamiche congruenti ed efficaci, che sviluppano il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo; a sua volta, il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo nella progressione della configurazione della totalità dinamica della propria struttura, organizzazione, funzione, dà ulteriore sviluppo all'utilizzazione delle difese, con una conseguente evoluzione delle difese. In linea di massima, questa dinamica progressiva favorevole interviene su struttura, organizzazione e funzionamento della personalità, nelle condizioni generali di miglioramento ed evoluzione; al contrario, una dinamica regressiva sfavorevole, per gradi psicopatologici differenziati, interviene su struttura, organizzazione e funzionamento della personalità, nelle condizioni generali di peggioramento ed involuzione" (Frateschi M., 2019).



BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod, Paris. Tr. It. *L'io-peelle*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2017.
- BARROS E.M., BARROS E.L. (2008). *Reflections on the Clinical Implications of Symbolism in Dream Life*. Presentato alla Brazilian Psychoanalytic of Saö Paulo, agosto.
- BELLAK L. (1952). *Revised manual for TAT*. Psychological Corp., New York.
- BELLAK L. (1954). *The Thematic Apperception Test and the Chidren's Apperception Test in clinical use*. Grune & Stratton, New York.
- BELLAK L. & HURVICH M. S. (1966). *A human modification of the Children's Apperception Test (CAT-H)*. Journal of Projective Techniques and Personality Assesment, 30, 228-242.
- BERGERET J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, Paris. Tr. It. *La personalità normale e patologica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BION W.R. (1957). *Differenza tra personalità psicotica e non psicotica*. Tr. It. in *Analisi degli schizofrenici e metodo analitico*. Armando. Roma 1988, pp.67-68.
- BION W.R. (1962a). *Apprendere dall'esperienza*. Tr. It. Armando. Roma, 1972.
- BION W.R. (1962b). *Una teoria del pensiero*. Tr. It. in *Analisi degli schizofrenici e metodo analitico*. Armando. Roma 1988, pp. 167-182.
- BION W.R. (1967). *Author's response to discussions of 'Notes on memory and desire'*, in AGUAYO, J., MALIN, B. (a cura di), *Wilfred Bion: Los Angeles Seminars and Supervision*. Karnac, London 2013, pp. 136-138.
- BION W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Tr. It. Armando, Roma, 1987.
- BOHM E. (1969). *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti Barbèra, Firenze.
- BRELET F. (1986). *Le T.A.T. Fantasma et situation projective*. Bordas, Paris. Tr. It. Il T.A.T. Fantasma e situazione proiettiva. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1994.
- BRENNER C. (1955). *An elementary textbook of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York. Tr. It. *Breve corso di psicoanalisi*. G. Martinelli. Firenze, 1967.
- FRATESCHI M. (1988a). *Communication. Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A.
- FRATESCHI M. (1988b). *L'isola dei desideri*. Edizioni Fratelli Laterza, Bari.
- FRATESCHI M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa*. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- FRATESCHI M. (1989). *La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevoluzionista per una Ricerca Azione nella scuola*. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa "Il bambino multidimensionale", Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E., Regione Basilicata.
- FRATESCHI M. (2007). *Il Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza: una prospettiva psicologica psicoevoluzionista*. Comunicazione presentata al Seminario "Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2012). *Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista*. Armando Editore, Roma.
- FRATESCHI M. (2018). *Percezione, proiezione e rappresentazione*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 21, 6/2018, pp.106-121.
- FRATESCHI M. (2019). *Psicodinamica, angoscia e psicomicrotrauma*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 23, 6/2019, pp.112-131.
- FREUD S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1912). *Totem e tabù. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1915 - 1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. Opere di Sigmund Freud. Ed.

- Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
 - GREEN A. (1979). *Il silenzio dello psicoanalista*. Tr. It. in *Psicoanalisi degli stati limite*. Raffaello Cortina, Milano, 1991, pp.269-293.
 - GREEN A. (1984). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
 - GREEN A. (2012). *La clinica psicoanalitica contemporanea*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
 - GROSTEIN J.S. (2000). *Chi è il sognatore che sogna il sogno? Uno studio sulle presenze psichiche*. Tr. It. Magi, Roma 2004.
 - GUILLAUMIN J. (1979). *Le rêve et le Moi*. Presses Universitaires de France - PUF, Paris.
 - KHAN M.M.R. (1963). *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*. Ed. Boringhieri, Torino. 1979.
 - KHAN M.M.R. (1974). *Lo spazio privato del Sé*. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1979.
 - KOFFKA K. (1912). *Zur Analyse der Vorstellungen und ihrer Gesetze*, Quelle und Meyer, Lipsia, pp.2 – 16.
 - LAVALLÉE G. (1993). *La boucle contenante et subjectivante de la vision*. in D. Anzieu et al., *Les contenants de pensée*. Dunod, Paris
 - MUSATTI C.L. (1949). *Trattato di psicoanalisi*. Ed. Boringhieri, Torino.
 - OGDEN T.H. (1989) *La posizione contigua-autistica*. Tr. It. In *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio. Roma, 1992, pp. 52-76.
 - OGDEN T.H. (1994). *L'identificazione proiettiva e il terzo soggiogante*. Tr. It. in *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano, 1999, pp. 46-48.
 - OGDEN T.H. (1999). 'La musica di ciò che accade' in poesia e in psicoanalisi. Tr. It. in *Conversazioni al confine del sogno*. Astrolabio, Roma, 2003, pp. 49-69.
 - OGDEN T.H. (2004). *Su holding e contenimento, essere e sognare*. Tr. It. in *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008, pp. 117-136.
 - OGDEN T.H. (2005). *This Art of Psychoanalysis. Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*. Tr. It. *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
 - OGDEN T.H. (2007). *Sul parlare come sognare*. Tr. It. in *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*. CIS, Milano, 2009, pp. 21-48.
 - OGDEN T.H. (2016). *Reclaiming Unlived Life, Experiences in Psychoanalysis*. Tr. It. *Vite non vissute. Esperienze in psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
 - PIAGET J. (1937). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Tr. It. *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Giunti Barbèra, Firenze, 1968.
 - ROSENZWEIG S. (1944). *An outline of frustration theorie*. In Hunt J. McV. (Ed.) *Personality and the behavior disorders*. Vol. I, Ronald Press, New York.
 - ROSENZWEIG S. (1960). *The Rosenzweig Picture-Frustration Study, Chidren's Form*. In A. I. Rohm & M. R. Haworth (Eds.) *Projective techniques with Children*. Grune & Stratton.
 - SANDLER J. (1976). *Dreams, unconscious fantasies and identity of perception*. In *International Journal of Psychoanalysis*, 3, pp. 33-42.
 - VON STAABS G. (1947). *Der Scenotest*. Bericht über den Kongress für Neurologie und Psychiatrie. Tübingen. Alma Verlag, Tübingen.
 - VON STAABS G. (1952). *Der Scenotest in Diagnostik und Therapie*. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 101, Heft 3, Springer-Verlag Berlin-Göttingen, Heidelberg.
 - ZETZEL E., MEISSNER W. W. (1973). *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York. Tr. It. *Psichiatria Psicoanalitica*. Boringhieri.



ISOLAMENTO SOCIALE ED EFFETTI PSICOLOGICI IN TEMPO DI COVID-19

Rosanna Duggento

Psicologa clinica, Psicoterapeuta sistematico relazionale

Ludovica Breccia

Logopedista,
Dott.ssa in Psicologia clinica

RIASSUNTO

Il problema Coronavirus-19 (COVID-19) sta trasformando ogni aspetto della nostra vita. Identificato alla fine del 2019, COVID-19 si è rapidamente caratterizzato come una pandemia globale entro marzo 2020. Data la rapida accelerazione della trasmissione e la mancanza di preparazione per prevenire e curare questo virus, gli impatti negativi di COVID-19 si stanno diffondendo in ogni aspetto della società. Sebbene un gran numero di

persone in tutto il mondo mostrerà resistenza, stress e paura associati al COVID-19, il virus probabilmente aggraverà i disturbi della salute mentale e contribuirà per molti all'insorgenza di nuovi disturbi legati allo stress.

La cura e la difesa svolgono un ruolo cruciale nella promozione della salute mentale. Costruire la consapevolezza istituzionale e sociale può essere la chiave di volta per fornire tempestivamente una adeguata assistenza sanitaria mentale. Il campo

dello stress traumatico dovrebbe rispondere ai gravi bisogni che emergeranno ora e anche nel futuro. Tuttavia, gli sforzi possono essere limitati, se ci si impone di stabilire le priorità di mobilitazione come comunità di ricerca e di clinica.

PAROLE CHIAVE

COVID-19, pandemia, trauma, PTSD, coping, risposte psicosociali.

INTRODUZIONE

I focolai di epidemia emergenti, come l'attuale pandemia di coronavirus 2019 (COVID-19), hanno spesso un impatto psicologico sul benessere della popolazione generale, inclusi i sopravvissuti e gli operatori sanitari. La nostra rassegna mira a sintetizzare la letteratura recente riguardo alle risposte psicologiche e ai metodi di coping usati dalla popolazione per affrontare periodi di isolamento sociale. Abbiamo condotto una sintesi narrativa della letteratura pubblicata negli ultimi mesi con una valutazione qualitativa degli articoli che riportavano sia risposte psicologiche che strategie di coping all'interno di focolai di malattie infettive (Qian, 2020).

Mentre i membri della nostra comunità iniziano rapidamente a sviluppare e testare gli interventi per il disagio correlato al COVID-19, speriamo che coloro che ricoprono posizioni di leadership nel campo dello stress traumatico considerino i limiti dei nostri attuali approcci e investano urgentemente nelle risorse intellettuali e finanziarie necessarie al fine di innovare, creare partenariati e sviluppare tecnologie per supportare le persone più bisognose.

È di buon auspicio la dichiarazione fatta dal nostro presidente del consiglio relativamente alla gestione della fase 2 successiva al lockdown. Finalmente è stato deciso di integrare nella task force gli psicologi, un cambio di rotta che fa ben sperare in questo momento emergenziale. L'importanza di una comunicazione efficace aiuta le persone a gestire la paura del contagio ora, ma sarà di supporto anche quando la pressione si trasferirà dagli ospedali e le banche, ai negozi di alimentari.

STUDI E RICERCHE

È ben noto nella psicologia e nella letteratura della salute pubblica che l'isolamento sociale ha conseguenze dannose per il benessere della persona. L'angoscia e l'irritabilità per mancanza di contatto sociale durante la quarantena, sono legate a conseguenze come sintomi depressivi e ansia che può estendersi fino a tre anni dopo la fine della quarantena.

La quarantena è spesso un'esperienza spiacevole per coloro che la subiscono. La separazione dai propri cari, la perdita di libertà, l'incertezza sullo stato della malattia e la noia, possono a volte creare effetti drammatici. I potenziali benefici della quarantena di massa obbligatoria devono essere attentamente valutati rispetto ai possibili costi psicologici. L'uso efficace della quarantena come misura di sanità pubblica ci impone di ridurre, per quanto possibile, gli effetti negativi ad essa associati.

Lo studio delle conseguenze del COVID-19 sulla salute mentale della popolazione mondiale sta riscuotendo l'interesse di numerose istituzioni nazionali e internazionali. Sono diverse le agenzie del mondo che hanno predisposto misure di raccolta dati per analizzare i rischi per il benessere psicologico degli individui in quarantena.

Sono oggetto di indagine le principali risposte allo stress, la percezione del rischio, le emozioni individuali, e i comportamenti sociali connessi all'attuale pandemia e alle relative misure restrittive. Nel campo della prevenzione secondaria, i dati raccolti si rivelano utili prospetticamente per strutturare interventi ad-hoc, mirati a potenziare l'adattamento degli individui, migliorare la qualità della vita dopo l'emergenza e ridurre i sintomi psicologici derivati dall'esposizione allo stress (esempio sintomatologia ansiosa, fobica, depressiva, risposta post-traumatica).

L'interesse delle istituzioni è rivolto alla predisposizione di set di dati di letteratura scientifica per la ricerca retrospettiva, lanciando una vera e propria sfida ai ricercatori, finalizzata all'interpretazione e la previsione statistica degli outcome della pandemia. La ricerca di tali fonti parte dal



presupposto di studiare le evidenze inerenti precedenti epidemie quali l'epidemia di SARS (2002), l'influenza aviaria (2005) e l'influenza suina (2009), al fine di creare modelli di previsione delle conseguenze della pandemia, per arginarle efficacemente.

Tuttavia, nel campo delle scienze della salute, la comprensione delle conseguenze sulla salute mentale ai tempi del COVID-19 sta diventando un aspetto sempre più urgente, che va contestualizzato all'attualità (Lima et al., 2020; Xiang et al., 2020). Come si potrà ritornare a un adattamento psicosociale uguale a quello precedente (o, come

permettono di trarre alcune conclusioni utili, pur con alcuni limiti, per comprendere e ridurre l'impatto psicologico della quarantena forzata sulle persone. (Brown, 2020).

Temi comuni nelle risposte psicologiche comprendono ansia, paure, depressione, rabbia, senso di colpa, dolore, stress post-traumatico e stigmatizzazione, ma anche un maggiore senso di empowerment e compassione verso gli altri.

Tra gli studi esaminati, una ricerca inglese riscontra perfino casi di suicidio, tra le conseguenze scatenate dalla quarantena imposta. "I potenziali benefici della quarantena di massa obbligatoria

devono essere attentamente valutati in funzione dei possibili costi psicologici. L'uso efficace della quarantena come misura di sanità pubblica ci impone di ridurre, per quanto possibile, gli effetti negativi ad essa associati." (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020). Tali effetti negativi - ansia, irritabilità, insonnia, forte stress emotivo - sono stati riscontrati nel periodo di isolamento



alcuni sperano, migliore) senza una comprensione dell'impatto psicosociale della crisi? A oggi, guardare alle evidenze di studi attuati in Cina può consentirci un vantaggio cronologico nella comprensione del fenomeno.

Le principali evidenze scientifiche che stanno emergendo dagli studi condotti in Cina possono essere raggruppate in due macroaree: 1) effetti psico-sociali nella popolazione generale; 2) effetti psico-sociali nella popolazione del personale sanitario (medici, infermieri e operatori socio-sanitari).

Diverse ricerche pubblicate e disponibili su The Lancet, PubMed, Medline, e Web of Science

e a distanza di mesi o anni; in particolare negli operatori sanitari che lavoravano a stretto contatto con pazienti contagiati, si sono evidenziate conseguenze negative in termini di riduzione al minimo del contatto con i pazienti nei mesi successivi.

In funzione di questi dati, i ricercatori suggeriscono di trovare presto delle soluzioni per ridurre al minimo le conseguenze negative da isolamento forzato, soprattutto in paesi a basso e medio reddito.

Tuttavia, lo studio suggerisce che gli effetti psicologici negativi possono permanere nel tempo, ben oltre il periodo di isolamento, è necessario

garantire l'adozione di misure di mitigazione efficaci nell'ambito del processo di pianificazione della quarantena. Tra i provvedimenti da mettere in atto si suggerisce di ridurre al minimo il tempo necessario all'isolamento senza ulteriori estensioni.

“Per le persone già in quarantena, un'estensione, non importa quanto piccola, rischia di esacerbare qualsiasi senso di frustrazione o demoralizzazione. Imporre un cordone a tempo indeterminato su intere città senza un chiaro limite di tempo (come è stato visto a Wuhan, in Cina) potrebbe essere più dannoso delle procedure di quarantena rigorosamente applicate limitate al periodo di incubazione” (Lima e de Medeiros Carvalho, 2020). Inoltre, tra le misure da adottare in primis, vi è una chiara e trasparente informazione a tutti i cittadini – anche su cosa fare in caso di presenza di sintomi –, in modo da non alimentare paura e “garantire che le persone in quarantena abbiano una buona comprensione della malattia in questione”. Ancora, fornire servizi adeguati: “i funzionari devono garantire che le famiglie in quarantena dispongano di risorse sufficienti per i bisogni essenziali”, cercare di ridurre al minimo la noia, che in combinazione con l’isolamento può causare angoscia. Gli studiosi consigliano di incrementare la comunicazione tramite social network, disporre linee di assistenza telefonica gestite da operatori esperti e qualificati, di dare la possibilità a chiunque di accedere alla rete Internet per comunicare con i propri cari.

Nel complesso l’impatto psicologico della quarantena è ampio, sostanziale e può durare a lungo. Ciò non significa che tale misura non debba essere utilizzata, gli effetti in tal caso potrebbero essere ben peggiori. Tuttavia, privare le persone della loro libertà per il bene pubblico è spesso controverso e deve essere gestito con cura. Se la quarantena è essenziale, si dovrebbe adottare ogni misura per garantire che questa esperienza sia il più tollerabile possibile per le persone. Ciò può essere ottenuto raccontando alle persone cosa sta succedendo e perché, spiegando per quanto tempo continuerà, fornendo attività significative

da svolgere durante la quarantena, fornendo una comunicazione chiara, e garantendo servizi di base (come cibo, acqua e forniture mediche).

Un altro studio, condotto in Cina (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020) dall’Accademia Cinese delle Scienze, Istituto di Psicologia, ha analizzato i contenuti dei post di un noto social media cinese (Sina Weibo). Nello specifico, sono stati applicati degli algoritmi matematici predittivi per analizzare differenze nei contenuti dei post pubblicati prima e dopo l’annuncio della pandemia. Specifici algoritmi di *machine learning*, abbinati a test statistici tradizionali, hanno mostrato un aumento sostanziale di contenuti “negativi”, tra cui ansia, depressione e aumentata percezione di minaccia, e una diminuzione dei contenuti positivi e della soddisfazione della propria vita in generale.

Una ricerca fatta su individui che erano stati in quarantena a causa di un possibile contatto con il virus della SARS ha rilevato che dopo la fine dell’emergenza, il 54% delle persone che erano state messe in isolamento evitavano chi tossiva o starnutiva, il 26% evitava luoghi chiusi e affollati e il 21% evitava tutti gli spazi pubblici (Reynolds et al., 2008). Uno studio a lungo termine correlato, effettuato dopo il periodo di quarantena, ha evidenziato la presenza di cambiamenti comportamentali diretti a ridurre l’ipotetico rischio di contagio, come il lavaggio compulsivo delle mani e l’evitamento di luoghi affollati (Cava et al., 2005). Inoltre un’analisi condotta su personale ospedaliero che era entrato in contatto con i malati di SARS, ha scoperto che dopo la fine del periodo di quarantena (nove giorni) venivano riportati sintomi da stress acuto, come forte ansia, irritabilità, insonnia, scarsa concentrazione e calo della produttività lavorativa (Bai et al. 2004).

I dati raccolti suggeriscono ancora che è probabile che durante il periodo di distanziamento sociale i disturbi di tipo fobico ed ossessivo permangano a lungo dopo la fine dell’epidemia.

Altri studi osservano che durante le epidemie di virus Ebola, di influenza equina o di SARS, l’interruzione dell’attività lavorativa ha causato oltre a gravi perdite finanziarie per i lavoratori, anche



un forte rischio di sviluppare nella fase successiva alla fine dell'epidemia, disturbi ansiosi, rabbia e depressione (Mihashi et al., 2009; Pellecchia et al., 2015; Taylor et al., 2008). I sopravvissuti alle epidemie avevano livelli più elevati di sintomi somatici rispetto ai soggetti della comunità, livelli clinicamente significativi di disturbo del sonno, disturbi depressivi e aumento dell'ansia, inclusa la convinzione che si fosse più vulnerabile all'infezione, incertezza riguardo al processo di trattamento e dei risultati, il benessere dei propri cari e della loro situazione economica, separazione dai propri cari, interruzione della vita lavorativa. I sintomi sono spesso associati all'incapacità di tornare alla solita routine di vita, alla contagiosità della malattia, alla mancanza di informazioni in merito alla via di trasmissione, allo stigma e vicinanza all'epicentro dell'epidemia. In particolare, l'estremo cambiamento vissuto dagli operatori sanitari che in seguito sono diventati pazienti, era associato a un senso di impotenza e di disperazione. Da notare che i più giovani e gli adulti di mezza età sembravano sperimentare livelli più elevati di rabbia rispetto agli anziani adulti.

La rabbia e la frustrazione sono state attribuite alla mancanza di informazioni contrastanti in merito la malattia, e i sentimenti di isolamento e stigmatizzazione persistevano anche dopo la fine dell'epidemia. Il dolore e i vissuti di perdita a più livelli sono stati maggiormente evidenziati negli studi di Ebola (Hawryluck et al., 2004; Marjanovic et al., 2007). La morte dell'amato, si associa anche alla perdita della propria identità culturale, dei propri rituali e dei propri beni materiali, del solito modo di vivere.

Un'analisi pubblicata sulla rivista medica *The Lancet* (Xiang et al., 2020) ha passato in rassegna diversi studi sulla quarantena durante le epidemie di Sars, Mers, Ebola e altre malattie. Anche da questi studi emergono diversi effetti psicologici negativi legati a situazioni innaturali vissute quotidianamente: dai sintomi del disturbo post-traumatico da stress al disorientamento e alla rabbia, dall'insonnia all'angoscia fino alla depressione e all'esaurimento emotivo. Lo studio evidenzia che,

anche una volta tornate alla normalità, le persone possono avere dei comportamenti riconducibili al periodo dell'emergenza: un'attenzione eccessiva al lavaggio delle mani o la tendenza a evitare i posti chiusi e affollati, i luoghi pubblici e le persone con tosse o raffreddore. Inoltre si è osservato che, nei mesi successivi alla fine dell'epidemia, alcuni degli operatori sanitari che erano stati a contatto con persone contagiate a distanza di tre anni, manifestavano i sintomi dell'abuso o della dipendenza da bevande alcoliche riconducibili al periodo di quarantena.

QUARANTENA NEGLI OPERATORI SANITARI

Nel complesso gli studi confermano esiti psicologici durante la quarantena quali sintomi di ansia, sentimenti di rabbia, esaurimento, distacco dagli altri, irritabilità, insonnia, scarsa concentrazione e indecisione e deterioramento delle prestazioni lavorative. Sintomi sufficienti per giustificare una diagnosi di un disturbo di salute mentale correlato al trauma.

Gli operatori sanitari hanno subito una maggiore stigmatizzazione rispetto al grande pubblico, sono stati costantemente più colpiti psicologicamente: hanno riportato sostanzialmente più rabbia, fastidio, paura, frustrazione, senso di colpa, impotenza, isolamento, solitudine, nervosismo, tristezza, preoccupazione, erano meno felici e avevano sostanzialmente maggiori probabilità di pensare di essere contagiati e di preoccuparsi di infettare gli altri (Brooks, 2020).

Per quanto riguarda il personale sanitario, uno studio di Huang e collaboratori (Huang, Han, Luo, 2020), condotto dal Dipartimento di Gestione delle Infekzioni, People's Hospital of Fuyang City, Cina, ha preso in esame la salute mentale dello staff medico utilizzando scale per la valutazione di sintomi ansiosi e del Disturbo Post Traumatico da Stress. In relazione all'ansia, circa il 23% del personale medico ha dichiarato di aver esperito sintomi ansiosi, di diversa entità, con il personale femminile che ha riportato livelli di ansia significativamente maggiori rispetto ai medici uomini. Inoltre, il personale infermieristico ha riportato

sintomi ansiosi in misura statisticamente maggiore rispetto al personale medico. Il dato probabilmente più rilevante ha riguardato però l'incidenza di sintomi stressanti post-traumatici. Il 27,39 % di membri dello staff medico ha riportato una sintomatologia stress-correlata, tra cui insonnia, incubi, ipervigilanza e immagini negative ricorrenti.

Entrando maggiormente nello specifico riguardo alla situazione del personale infermieristico (che alla luce dell'evidenza precedente sembra essere la categoria maggiormente colpita), uno studio di Li e colleghi (Li et al., 2020), condotto dal Dipartimento di Anestesiologia, Ospedale di Nanjing, Cina, ha effettuato una comparazione tra infermieri coinvolti in prima linea (a stretto contatto con pazienti Covid-19) e quelli non coinvolti in prima linea (coinvolti nell'emergenza, ma non a stretto contatto con pazienti Covid-19). Lo studio ha indicato come questi ultimi presentino maggiori sintomi stress-correlati. Questo effetto sarebbe spiegato attraverso la definizione di trauma vicario, ovvero una condizione dovuta ad una esposizione indiretta al fenomeno, ma in grado di determinare sintomi di uguale entità, se non addirittura peggiori fino ad arrivare al suicidio.

Gli operatori sanitari sono spesso messi in quarantena come il grande pubblico, nessuno studio però si è concentrato sulle percezioni stigmatizzanti dei loro colleghi, e questo sarebbe un aspetto interessante da esplorare. È anche possibile che gli operatori sanitari in quarantena possano essere preoccupati di causare una carenza di personale nei loro posti di lavoro e di causare lavoro extra per i loro colleghi; le loro percezioni possano essere particolarmente importanti. Essere separati da una squadra con cui sono abituati a lavorare a stretto contatto potrebbe aggiungere un senso di isolamento per gli operatori sanitari in quarantena. Pertanto, è essenziale che si sentano supportati dai loro colleghi più vicini. Durante le epidemie di malattie infettive, è stato scoperto che il supporto organizzativo è protettivo della salute mentale per il personale sanitario in generale, e che i dirigenti

dovrebbero prendere provvedimenti per garantire che i membri del personale sostengano i loro colleghi in quarantena.

EFFETTI DELL'ISOLAMENTO SOCIALE

In risposta alla pandemia di coronavirus, i funzionari della sanità pubblica ci chiedono di fare qualcosa che non è naturale per il nostro genere umano: stare lontano l'uno dall'altro. Tale allontanamento sociale – evitando grandi incontri e stretti contatti con gli altri – è cruciale per rallentare la diffusione del virus e impedire che il nostro sistema sanitario venga sovrappiattato. Ma non è facile (Miller, 2020).

“Il coronavirus che si sta diffondendo in tutto il mondo ci sta chiamando a sopprimere i nostri impulsi profondamente umani e evolutivamente legati alla relazione: vedere i nostri amici, riunirci in gruppo o toccarci a vicenda. Il distanziamento sociale mette alla prova anche la capacità umana di cooperazione. Le pandemie sono un test particolarmente impegnativo perché non stiamo solo cercando di proteggere le persone che conosciamo, ma anche le persone che non conosciamo o che forse non ci interessano.” (Miller, 2020).

È dimostrato che avere un amico accanto può ridurre la risposta cardiovascolare di una persona a un compito stressante. Esiste persino una correlazione tra la connessione sociale percepita e le risposte allo stress. “Solo sapere che hai qualcuno su cui contare se necessario è sufficiente per smorzare alcune di quelle risposte anche se [quella persona] non è fisicamente presente”, dice Julianne Holt-Lunstad, psicologa della ricerca presso la Brigham Young University.

Quali effetti potrebbero essere causati dalla distanza sociale in risposta al coronavirus è una domanda aperta. “Da un lato, ciò non solo aggraverà le cose per coloro che sono già isolati e soli, ma potrebbe anche essere un punto di innesco per coloro che ora entrano nelle abitudini di connettersi di meno.” (Miller, 2020). Una possibilità più ottimista è che l'accresciuta consapevolezza di questi problemi spingerà le persone a rimanere in contatto e ad agire positivamente. Su questo



punto, sarebbe interessante sviluppare maggiori ricerche. Gli effetti a breve termine dell'isolamento sociale sulla salute non sono ancora stati ben studiati.

Si sa che, se prolungati per lunghi periodi, possono aumentare il rischio di alcuni disturbi, tra cui le malattie cardiovascolari, la depressione e la demenza, e alla lunga anche della mortalità. (Miller, 2011).

John Cacioppo, uno psicologo sociale dell'Università di Chicago in Illinois, ha studiato gli effetti biologici della solitudine. In una recente rassegna di articoli, lui e i suoi collaboratori hanno identificato diversi cambiamenti potenzialmente non salutari nei sistemi cardiovascolare, immunitario e nervoso delle persone cronicamente solitarie. I loro risultati potrebbero aiutare a spiegare perché le persone socialmente isolate hanno una durata della vita più breve e un aumento del rischio di una serie di problemi di salute, tra cui infezioni, malattie cardiache e depressione. Il loro lavoro suggerisce che è l'esperienza soggettiva della solitudine ad essere dannosa, non il numero effettivo di contatti sociali che una persona ha (Miller, 2011).

Un articolo di *Science* del 1988 (House et al., 1988) suggerisce che l'isolamento sociale aumenta la mortalità, e un'analisi di studi precedenti suggerisce che aumenta il rischio di morte tanto quanto fumare sigarette, l'inattività fisica o l'obesità. La solitudine è un rischio per la salute così come la depressione o lo stress sono comuni compagni di viaggio.

Senza dubbio nella letteratura greca e latina c'è una netta propensione verso la lode e la ricerca di una solitudine attiva perché contemplativa, ed anche in tempi più recenti e attuali possiamo facilmente incontrare solitari felici e single soddisfatti. Ma c'è un'altra modalità in cui viene vista la solitudine, e si concretizza in coloro che la patiscono in quanto non vogliono o non vorrebbero stare o sentirsi soli. In questo caso la solitudine è sofferenza non voluta, spesso rifugita ma presente a livello di stato dell'animo. L'assenza di relazioni significative, cioè di una

rete esistenzialmente trofica, definisce bene la dimensione strutturale di questa solitudine (involtoria), cioè fondante nella definizione di marginalità e di anomia psicosociale.

Le opere di Cacioppo (Cacioppo, 2008) mostrano che l'esperienza soggettiva della solitudine è importante per il benessere delle persone, piuttosto che qualsiasi misura oggettiva della connettività sociale. Nel suo libro del 2008, *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*, Cacioppo ipotizza che esista un "termo-stato genetico" per la solitudine che è impostato diversamente in persone diverse. Tale impostazione determina il grado di sofferenza innescato dall'isolamento sociale. "Non stai ereditando la solitudine; stai ereditando quanto sia doloroso essere soli", afferma Cacioppo.

Per superare la solitudine il semplice supporto sociale non sembra funzionare, specialmente se le persone pensano di essere curate. Gli interventi più efficaci sono stati quelli che hanno preso in prestito metodi dalla terapia cognitivo comportamentale che spostano l'attenzione delle persone e l'interpretazione delle situazioni sociali in una direzione più positiva.

Tendenzialmente l'essere umano ha alcune armi per superare situazioni difficili, anche più stressanti. Chris Segrin, specialista del comportamento all'Arizona University, porta come esempio su *Science* gli studi sui prigionieri statunitensi durante la guerra del Vietnam isolati in "gabbie per tigri", ossia minuscole celle sotterranee. Per alcuni prigionieri l'ottimismo, cioè il credere che sarebbero sopravvissuti e usciti vincenti dalla guerra, era stato uno dei fattori protettivi più importanti per la loro salute mentale.

Oggi un aiuto per diminuire lo stress, sia individuale sia collettivo, viene dalla tecnologia: strumenti come Skype, WhatsApp, FaceTime e molte altre applicazioni permettono di rimanere in contatto e di interagire anche visivamente con familiari, amici e colleghi. Queste modalità di interazione sociale non possono sostituire quella faccia a faccia, dice Segrin, ma sono comunque utili per evitare l'isolamento totale (Miller, 2020).

DIFFUSIONE DI NET NEWS

Il diffondersi dell'epidemia ha scatenato una travolgente diffusione di notizie. L'attività giornalistica ha fatto sentire il pubblico stordito e persino immerso nell'ansia e nel panico. L'uso della tecnologia di messaggistica istantanea e telefonia mobile, rende le notizie più veloci ma aggrava l'ansia e il panico del pubblico. Il disturbo psicologico causato da troppe notizie è stato denominato "disturbo da stress principale". Questo è stato definito per primo dallo psicologo dott. Steven Stosny (Mengyuan et al., 2020) come un'alta risposta emotiva a infinite notizie dei media, come l'ansia e lo stress. Sebbene non sia una diagnosi medica, l'ansia o lo stress continui possono causare disturbi funzionali, inclusa la palpitazione, il senso di oppressione al torace e l'insonnia. Un'ulteriore esposizione può portare a malattie mentali, come disturbi d'ansia, disturbi della depressione, disturbi endocrini e ipertensione.

Il pubblico in generale è facilmente influenzato dalle notizie diffuse dai media. Nel corso del focolaio di Monkeypox in Nigeria (che causa il cosiddetto vaiolo) ad esempio, i media hanno riportato da fonti non autorizzate, notizie allarmanti che hanno portato ad un aumento dell'ansia nella popolazione. Come proteggersi dal disturbo da stress è un problema importante per la società. Innanzitutto, occorre essere prudenti e critici nei confronti delle informazioni non ufficiale. In secondo luogo, è raccomandato organizzare un tempo ragionevole per leggere le notizie di informazione. Terzo, è utile concentrarsi su cosa si potrebbe cambiare ora, invece di prestare molta attenzione alle notizie. In effetti, gli istituti di sanità pubblica potrebbero combattere la disinformazione aggiornando frequentemente parole chiave, offrendo contenuti e chiarimenti sulle loro piattaforme ufficiali.. Infine, è compito del governo o delle organizzazioni del settore dei media, emanare regolamenti per regolare la diffusione delle notizie, in modo da non causare panico pubblico e disturbo da stress in caso di pubblica emergenza.

Il Covid con la sua imprevedibilità e la necessità

di distanza e isolamento, sta lacerando i nostri metodi più semplici per fronteggiare, per adattarsi e per pensare alla crisi. Sembra che molti, di fronte alla minaccia di COVID-19, sentano che i dati non corrispondano a ciò che sanno. Sembra un "test di stress cardiaco" sulle infrastrutture e sui sistemi del mondo, che amplifica ogni nostra vulnerabilità funzionale e strutturale, compresa quella dello stress traumatico.

Mentre alcuni tipi di traumi, come la guerra, l'aggressione sessuale e il disastro naturale sono stati ampiamente studiati, COVID-19 ci costringe a riconoscere un nuovo tipo di trauma di massa probabilmente nuovo. Questa crisi ha caratteristiche molto singolari, che richiedono una nuova prospettiva su "cos'è il trauma" e quali sono le sue implicazioni. Inoltre, questa crisi ha ricevuto livelli senza precedenti di documentazione ed esposizione pubblica. All'epoca dell'11 settembre, ad esempio, smartphone e social media stavano solo iniziando a svilupparsi.

Il COVID-19 comporta anche un alto livello di ansia anticipatoria. Data la linea temporale per il decorso e la diffusione previsti di questo virus, le persone sembrano temere principalmente per il futuro, piuttosto che per il passato. Sebbene la stragrande maggioranza della popolazione non sia interessata, la diffusione mediatica e la possibile prospettiva di infezione, causano grande stress e ansia. Infine, non è chiaro se la maggior parte dell'angoscia derivi da ragioni mediche (vale a dire, sapendo che non esiste una cura o un vaccino) o da fenomeni associati come chiusure, discriminazione da parte di gruppi culturali, solitudine derivante dalla quarantena domestica, come ragioni finanziarie, che di per sé possono essere considerate altamente traumatiche (Galea, Tracy, Norris e Coffey, 2008).

Sebbene vi sia stata un'estesa copertura da parte dei professionisti della salute mentale e dei media che speculano sui potenziali effetti sulla salute mentale della crisi COVID-19, il trauma e le prospettive PTSD mancano ancora ampiamente nel discorso pubblico. Pertanto, parole come "ansia", "paura" e "stress" vengono costantemente citate,



senza riuscire a riconoscere le specifiche implicazioni peri e post traumatiche di questa crisi. La relativa assenza di riferimenti al trauma correlati a COVID-19 dal discorso pubblico, può essere attribuita alla logica in corso e ancora in qualche modo poco chiara per gli eventi che costituiscono un trauma nel DSM (vale a dire, Criterio A per PTSD). Ad esempio, le forme sistemiche di ingiustizia, discriminazione e oppressione non sono riconosciute come traumi nel DSM, così come altri eventi potenzialmente traumatici che sembrano cadere tra le fessure diagnostiche. In tal senso, non è chiaro come e dove un evento come COVID-19 si adatterebbe a questa nomenclatura, anche se sicuramente porterà a problemi di salute mentale legati allo stress. Ciò sembra preoccupante, in quanto COVID-19 comporta numerose caratteristiche specifiche degli eventi traumatici di massa.

Oggi le persone sembrano gradualmente assumere una posizione iper-vigile; manifestano costantemente elusione, che è incoraggiata (forse giustamente) dalle autorità; l'umore e le cognizioni negative sono abbondanti, poiché esiste una chiara paura che il mondo sta per cambiare e che il prossimo futuro potrebbe essere piuttosto oscuro. Infine, almeno per coloro che sono stati infettati o messi in quarantena domestica, i pensieri intrusivi legati alla salute e persino alla morte sono una probabile conseguenza.

CRITICITÀ

Il punto metodologico oggi rappresenta una criticità. Stiamo ancora facendo molto affidamento sui dati di auto-report per classificare e diagnosticare i risultati negativi sulla salute mentale dello stress traumatico. Dobbiamo sviluppare rapidamente modi per individuare e classificare meglio quelli a maggior rischio. Le tecniche di apprendimento automatico, ad esempio, stanno iniziando a far luce su come i dati raccolti di routine nei pronto soccorso possono produrre un profilo piuttosto valido di individui più inclini a problemi di salute mentale e PTSD a seguito di un trauma.

Inoltre, in un momento di crisi come quello attuale COVID-19, i metodi di valutazione momentanea ecologica (EMA) possono essere di particolare utilità al fine di comprendere meglio le difficoltà di salute mentale in tempo reale, come è stato fatto in altre situazioni emergenziali in tutto il mondo. Infine, i progressi nella ricerca sul trauma psicobiologico possono essere particolarmente rilevanti per la crisi di oggi, poiché la pandemia di COVID-19 coinvolge intrinsecamente aspetti biologici cruciali, alcuni dei quali possono prevedere una maggiore vulnerabilità al DPTS. Ad esempio, la raccolta di routine di marcatori ematici infiammatori può aiutare sempre più a identificare le persone a rischio più elevato di sintomi post-traumatici (Sumner, Nishimi, Koenen, Roberts e Kubzansky, 2019).

La crisi COVID-19 sta gettando la sfida per migliori programmi di prevenzione. Sia i dati empirici di precedenti studi sul trauma di massa che i modelli teorici di PTSD hanno sottolineato la necessità di lasciare che la "polvere si depositi", poiché la maggior parte delle persone sarà resiliente a lungo termine. Tuttavia, quando ci troviamo di fronte a un trauma di massa, come COVID-19, pur con una significativa minoranza di individui traumatizzati, l'onere della salute mentale sarà enorme. Tuttavia, il campo del trauma continua ancora a mancare di un accordo sugli strumenti efficaci per prevenire il PTSD e altri disturbi legati allo stress. Mentre ci sono stati progressi significativi nel trattamento dei disturbi legati al trauma tra popolazioni militari e civili (Watkins, Sprang e Rothbaum, 2018), molti degli studi sulla terapia focalizzata sul trauma mostrano benefici moderati e alti tassi di abbandono, e la loro applicabilità a nuovi contesti (es., una pandemia di salute) è chiaramente in discussione. I ricercatori, i professionisti della salute mentale e coloro che lavorano in professioni in cui l'esposizione al trauma è di routine, devono trovare il modo di lavorare più da vicino per testare nuovi interventi e per ridurre l'incidenza dello stress traumatico correlato a COVID-19.

Il raggiungimento di questo obiettivo può essere

agevolato dai progressi compiuti nel campo del pronto soccorso psicologico e dell'intervento precoce di traumi (Farchi et al., 2018). Poiché è probabile che la fase peritraumatica della crisi COVID-19 sia piuttosto lunga, il trattamento delle persone con disturbo da stress acuto e/o sintomi post-traumatici iniziali, che non si sono ancora cristallizzati in PTSD in piena regola, può essere di particolare importanza.

Infine, si dovrebbe prestare particolare attenzione non solo ai pazienti e alle loro famiglie, ma anche ai medici e ai lavoratori del sistema sanitario in generale. Modelli consolidati di traumatizzazione secondaria e Burnout dovrebbero essere applicati e usati al fine di aiutare questi lavoratori nel loro sforzo quotidiano per far fronte a enormi quantità di lavoro e stress.

A questo punto della crisi, vi è una relativa mancanza di discorsi sull'autocura e sul benessere alla luce della minaccia COVID-19. Inoltre, ciò che viene discusso in tutti i media è molto vario e non sembra basarsi su un particolare insieme di migliori pratiche. In articoli e report televisivi, in cui agli esperti è stato chiesto cosa raccomandare, i noti professionisti della salute mentale hanno menzionato di tutto, dalla distrazione, la respirazione profonda e lo stretching, alla consapevolezza.

Questo non vuol dire che queste modalità di coping, da sole o in combinazione con altri metodi, non siano efficaci. Ciò che manca, tuttavia, è una serie di linee guida chiare e punti di discussione che i media e i funzionari del governo devono usare quando parlano a un pubblico molto ansioso e potenzialmente traumatizzato.

Momenti come questi dovrebbero rivelarsi occasioni da non perdere, utili a contribuire al bene della società. Ancora una volta, i professionisti del trauma possono svolgere un ruolo cruciale nel comunicare la psicoeducazione di alta qualità (ad esempio, quali sono le risposte al trauma; normalizzare le reazioni; spiegare i sintomi in modo empatico e chiaro), così come consigli generali (ad esempio, incoraggiare la ricerca di terapia in caso di sintomi; fornire al pubblico nomi dei centri

di trauma locali). Crediamo che nella comunità molti specialisti del trauma psicologico abbiano questa competenza, sia per la loro formazione, sia, soprattutto, dai dati sui precedenti traumi di massa, tra cui l'11 settembre, sparatorie di massa nella comunità e attacchi terroristici (Marshall e Galea, 2004).

Nella crisi COVID-19 di così grandi proporzioni, l'assistenza sanitaria mentale legata al trauma non può essere separata da altre forme di assistenza. Pertanto, vi è l'urgente necessità di creare modelli altamente flessibili di formazione e condivisione delle risorse, che consentano agli specialisti del trauma di collaborare rapidamente con altri professionisti della salute, forse in un modo mai visto prima.

Il sostegno a coloro che sono traumatizzati deve essere integrato in altre forme di sostegno. Dobbiamo trovare modi per formare in modo più efficace coloro che forniscono assistenza sanitaria non mentale, servizi di sicurezza, welfare, istruzione, assistenza all'infanzia, supporto professionale, e delegare le responsabilità di salute mentale al fine di fornire assistenza al maggior numero possibile di persone. Formando le persone al di fuori del campo della salute mentale, abbiamo un'opportunità unica per aumentare la nostra portata, normalizzare e ridurre lo stigma e aumentare il libero arbitrio e l'empowerment in modo che la comunità possa ridurre gli ostacoli alla cura.

In linea con quanto sopra, dobbiamo occuparci della ricerca correlata allo stress e al trauma di massa nel contesto della salute mentale globale. La crisi COVID-19 è già di proporzioni globali.

Il mondo accademico, proprio come qualsiasi altro settore della vita quotidiana, sta attualmente lottando con grandi difficoltà e incertezze. Tuttavia, non si può sopravvalutare l'importanza di condurre ricerche sul trauma in tempo reale in questi momenti, nonostante l'ovvia difficoltà nel gestire gruppi di studio, reclutare partecipanti e raccogliere dati. In tempi di incertezza, la scienza è uno dei soli modi per ottenere chiarezza. Al fine di comprendere meglio le implicazioni per i post



traumatiche della crisi COVID-19, sono necessari studi prospettici longitudinali e su larga scala sul trauma. Tali studi avrebbero il potenziale cruciale di gettare luce sui fattori di rischio e di resilienza, nonché sulla portata e la gravità del disagio traumatico tra la popolazione mondiale.

Inoltre, crediamo che questo sia il momento per i ricercatori del PTSD di impiegare tutte le "armi pesanti" della pratica scientifica, tra cui nuove analisi statistiche, progetti di studio unici, collaborazioni creative e combinazioni di discipline traumatiche (biologia e psicologia, psichiatria e politica sociale, metodi quantitativi e qualitativi), al fine di approfondire la nostra comprensione delle implicazioni per la salute mentale nell'attuale crisi. È importante sottolineare che la scienza del trauma in questi tempi non è solo tempestiva, ma anche sensibile al tempo. Pertanto, i ricercatori dovrebbero orientarsi rapidamente ed esercitare il massimo sforzo al fine di raccogliere dati preziosi, che informeranno al più presto pratiche e politiche di alta qualità.

CONCLUSIONI

Per concludere, la crisi COVID-19 può e deve essere vista dal punto di vista delle conseguenze traumatiche psicologiche. La quarantena è una delle numerose misure di salute pubblica per prevenire la diffusione di una malattia infettiva e, come mostrato in questo lavoro, ha un notevole impatto psicologico per le persone colpite. Pertanto, ci si interroga se altre misure di salute pubblica che impediscono la necessità di imporre la quarantena (come il distanziamento sociale, la cancellazione di raduni di massa e la chiusura delle scuole), possano essere considerate per un miglior impatto globale. Sono necessarie ricerche future per stabilire l'efficacia di tali misure.

Gli esperti, provenienti sia dal mondo accademico che da quello pratico, dovrebbero svolgere un ruolo significativo in questa crisi, poiché potenzialmente hanno una base di conoscenza per fornire supporto e assistenza critica durante questo periodo e nel futuro. Tuttavia, COVID-19 ci sta anche costringendo a fare i conti con molte



delle lacune persistenti che rimangono in questo campo. Se vogliamo essere resilienti, dobbiamo adattare, coordinare e mobilitare i nostri sforzi per colmare queste lacune.

Le difficoltà che stiamo affrontando a livello globale non hanno precedenti e sappiamo da innumerevoli studi che la minaccia e la paura spesso portano alla fuga o al congelamento. Dovremo combattere, insieme, in modo da portare i nostri decenni di duro lavoro a questa sfida, sfruttando allo stesso tempo l'urgenza di questo problema per innovare e crescere in modi che ci consentano di proteggere e prenderci cura nel modo più efficace quelli che ne hanno maggiormente bisogno. Numerosi quesiti restano ancora in cerca di una risposta. Sarà utile comprendere come la routine della quarantena impatti sul comportamento di bambini e adolescenti, che, relegati alla sedentarietà tra le mura domestiche, potrebbero incorrere nella dipendenza dall'uso di dispositivi digitali con un effetto peggiorativo del ritmo circadiano e del sonno (Wang et al., 2020).

Allo stesso tempo, non ci sono ancora evidenze dettagliate sulla correlazione tra la quarantena e l'insorgenza o peggioramento di episodi di IPV (Intimate Partner Violence). Un altro quesito aperto concerne la necessità di trovare strategie per la gestione di pazienti con disturbi mentali. Oltre le difficoltà pratiche riguardanti la prosecuzione dei trattamenti riabilitativi. Un articolo correspondence pubblicato su The Lancet da Yao e collaboratori (2020), che ha coinvolto anche la Scuola di Salute Pubblica di Harvard (USA), ha messo in evidenza la presenza di alcuni focolai sviluppatisi presso strutture psichiatriche cinesi. Secondo gli autori i deficit cognitivi, la scarsa consapevolezza del rischio, e la mancata applicazione di strategie di autopreservazione renderebbero questi pazienti maggiormente a rischio di contrarre e diffondere l'infezione.

A seguito degli studi (Xiang, 2020) effettuati durante situazioni analoghe (ad esempio l'epidemia di SARS del 2003), alcuni metodi si sono rivelati utili:

- istituire a livello nazionale e regionale équipe multidisciplinari che includano psichiatri, psico-

logi clinici e altre categorie di professionisti della salute mentale;

- comunicare in maniera chiara dati aggiornati e accurati sull'epidemia, per contenere il senso di incertezza e paura; le informazioni devono riguardare in particolare il piano di trattamento, il resoconto del monitoraggio sull'andamento dello stato di salute, e devono essere destinati ai pazienti e ai loro familiari;
- incoraggiare canali comunicativi "sicuri" tra pazienti e familiari, ad esempio chat via smartphone, per ridurre l'isolamento;
- fare screening regolari per individuare segni di depressione, ansia, tendenze suicidarie su persone con sospetto di contagio o con contagio concomitante, e sugli operatori sanitari che lavorano negli ospedali e reparti infettivi. Qualora si rilevassero problemi di salute mentale, prevedere un tempestivo intervento di tipo psicoterapeutico (lo "stress-adaption model" è uno dei più usati) o psichiatrico, con eventuale ausilio farmacologico.

Paura, incertezza, stigma sono comuni in situazioni di disastro biologico e pandemie causate da virus, e possono ostacolare gli interventi medico-clinici, compresi quelli inerenti la salute mentale. A partire dall'esperienza dell'ultima epidemia e dell'impatto psicosociale, è cruciale sviluppare e implementare strumenti di assessment, supporto, trattamento e servizi dedicati a proteggere le persone e la loro salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Bai, Y., Lin, C.C., Lin, C.Y., Chen, J.Y., & Chue, C.M., (2004). Chou P. *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr Serv. 2004 Sep;55(9):1055-7.
- Barisch D., Koenig K.L., & Shih F.Y. (2015). *Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola*. Disaster Med Public Health Prep. 2015 Oct;9(5):547-53.,doi: 10.1017/dmp.2015.38.
- Blendon, R.J., Benson, J.M., DesRoches, C.M., Raleigh, E., & TaylorClark, K. (2004). *The public's response to severe acute respiratory syndrome*



- in Toronto and the United States. *Clin Infect Dis*. 2004 Apr 1;38(7):925-31.
- Bonanno, G.A. (2004). *Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* *Am Psychol*. 2004 Jan;59(1):20-8.
 - Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
 - Cacioppo, J.T., & William P (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection* Hardcover. New York: Norton.
 - Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Crawford, L.E., Ernst, J.M., Burleson ,M.H., Kowalewski, R.B., Malarkey, W.B., Van Cauter, E., & Berntson, G.G. (2002). *Loneliness and health: potential mechanisms*. *Psychosom Med*. 2002 May-Jun;64(3):407-17.
 - Cava, M.A., Fay, K.E., Beanlands, H.J., McCay, E.A., & Wignall, R. (2005). *The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto*. *Public Health Nurs*. 2005 Sep-Oct;22(5):398-406.
 - Dong, M., & Zheng, J. (2020). *Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19*. *Health Expect*. 2020 Apr;23(2):259-260, doi: 10.1111/hex.13055.
 - Galea, S., Tracy, M., Norris, F., & Coffey, S. F. (2008). *Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina*. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 357-368.
 - Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada*. *Emerg Infect Dis*. 2004 Jul;10(7):1206-12.
 - Hollander, J.E., & Carr, B.G. (2020). *Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19*. *N Engl J Med*. 2020 Mar 11., doi: 10.1056/NEJMmp2003539.
 - House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1998). *Social relationships and health*. *Science* 29 Jul 1988: Vol. 241, Issue 4865, pp. 540-545, doi: 10.1126/science.3399889.
 - Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K., & Zhou, X.P. (2020). *Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19*. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020 Mar 4;38(0):E001, doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063.
 - Hui, D.S., I Azhar, E., Madani, T.A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., Ippolito, G., Mchugh, T.D., Memish, Z.A., Drosten, C., Zumla, A., & Petersen, E. (2020). *The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China*. *International Journal of Infectious Diseases: IJID* : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases, vol. 91, pp. 264–266.
 - Hui, D.S., I Azhar, E., Madani, T.A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., Ippolito, G., Mchugh, T.D., Memish, Z.A., Drosten, C., Zumla, A., & Petersen, E. (2020). *The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China*. *International Journal of Infectious Diseases: IJID* : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases, vol. 91, pp. 264–266, doi: 10.1016/j.ijid.2020.01.009.
 - Jeong, H., Yim, H.W., Song ,Y.J., Ki, M., Min, J.A., Cho, J., & Chae, J.H. (2016). *Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome*. *Epidemiol Health*. 2016 Nov 5;38:e2016048, doi: 10.4178/epih.e2016048.
 - Kathleen Kendall-Tackett et al. (2019). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. APA Division 56 (Trauma Psychology), 42-130.
 - Li, S., Wang, Y.,3, Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). *The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 19;17(6). pii: E2032, doi: 10.3390/ijerph17062032.
 - Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q.,

- Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., Wang, H., Wang, R., Liu, C., & Yang, C. (2020). *Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control*. *Brain Behav Immun.* 2020 Mar 10. pii: S0889-1591(20)30309-3, doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
- Lima, C.K.T., Carvalho, P.M.M., Lima, I.A.S., Nunes, J.V.A.O., Saraiva, J.S., de Souza, R.I., da Silva, C.G.L., & Neto, M.L.R. (2020). *The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease)*. *Psychiatry Res.* 2020 Mar 12;287:112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915.
- Marjanovic, Z, Greenglass, E.R., & Coffey, S. (2007). *The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey*. *Int J Nurs Stud.* 2007 Aug;44(6):991-8.
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Ishitake, T. (2009). *Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak*. *Health Psychol.* 2009 Jan;28(1):91-100, doi: 10.1037/a0013674.
- Miller, G. (2011). *Why loneliness is hazardous to your health*. *Science* 14 Jan 2011: Vol. 331, Issue 6014, pp. 138-140, doi: 10.1126/science.331.6014.138.
- Miller, G. (2020). *Social distancing prevents infections, but it can have unintended consequences*, doi:10.1126/science.abb7506. Disponibile in: <https://www.sciencemag.org/news/2020/03/we-are-social-species-how-will-social-distancing-affect-us#>
- Moshe, F., Tal Bergman, L., Bella Ben, G., Miriam Ben Hirsch, G., Adi W., & Yori, G. (2018). *The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid: From Helplessness to Active Efficient Coping*. *Int J Emerg Ment Health* 2018, Vol 20(2): 395, doi: 10.4172/1522-4821.1000395
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). *Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia*. *PLoS One*. 2015 Dec 9;10(12):e0143036, doi: 10.1371/journal.pone.0143036.
- Reynolds, D.L., Garay, J.R., Deamond, S.L., Moran, M.K., Gold, W., & Styra, R. (2008). *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*. *Epidemiol Infect.* 2008 Jul;136(7):997-1007.
- Taylor, M.R., Agho, K.E., Stevens, G.J., & Raphael, B. (2008) *Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza*. *BMC Public Health*; 8: 347, doi: 10.1186/1471-2458-8-347.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 6;17(5). pii: E1729, doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*. *Lancet*. 2020 Mar 21;395(10228):945-947, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30547-X.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). *Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, Article 258.
- Wu, Y. T., Zhang, C., Liu, H., Duan, C. C., Li, C., Fan, J. X., & Guo, Y. (2020). *Perinatal Depression of Women Along with 2019 Novel Coronavirus Breakout in China*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3539359.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C.H. (2020). *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):228-229, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, & Y. F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):228-229, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.



L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Giovanni Mattia Malerba

Psicologo, specializzando
in psicoterapia
cognitivo-comportamentale

Giannandrea Sperti

Psicologo, specializzando in
psicoterapia
cognitivo-comportamentale

RIASSUNTO

La pandemia causata da Covid-19 (comunemente denominato Coronavirus), esplosa in Cina nel Gennaio 2020, è sopraggiunta in Italia nel tardo Febbraio e si è estesa poi rapidamente al resto del mondo. Tale circostanza ha comportato l'attuazione di misure drastiche e limitative, applicate con modalità e tempistiche differenti nei vari Paesi colpiti, sull'intera popolazione. Il governo italiano, trovatosi a gestire una delle nazioni più colpite del pianeta, ha chiesto ad ogni cittadino - e con maggior forza a coloro che siano potenzialmente venuti a contatto con l'infezione - di adottare un regime di isolamento via via più restrittivo.

Nasce pertanto spontanea una riflessione sull'impatto psicologico derivante dalla diffu-

sione del contagio, sulle modalità di percepire e fronteggiare la situazione di emergenza e sulle conseguenze, a breve ed a lungo termine, del fenomeno. Gli autori - consapevoli della scarsa disponibilità di dati ufficiali rispetto alla dimensione psicologica vissuta nell'attuale crisi nella popolazione - si pongono l'obiettivo di offrire degli spunti di riflessione sul fenomeno, ricercando le domande, non le risposte.

PAROLE CHIAVE

pandemia, coronavirus, covid-19, emergenza, contagio, isolamento

INTRODUZIONE

La pandemia è una malattia epidemica a rapida diffusione tra le persone; essa si espande in



vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla. Si tratta di un fenomeno di cui oggi non abbiamo memoria esperienziale, in particolare se si considera la popolazione italiana, poco esposta negli ultimi decenni a questo genere di avvenimenti.

Diffatti, le pandemie più devastanti sono piuttosto lontane nel tempo (la *peste nera* è esplosa nel 1300, l'*influenza spagnola* nel 1918, quella *asiatica* nel secondo dopoguerra), mentre quelle più recenti, vissute quindi anche dai contemporanei, si sono rivelate più localizzate ed hanno veicolato livelli di allarme – in proporzione – decisamente più bassi (si pensi alla *Sars* nel 2002, con 800 decessi totali, ed alla cosiddetta *"suina"* nel 2009, con mortalità inferiore alla comune influenza).

La diffusione del Covid-19 presenta pertanto uno scenario quasi completamente inedito per gli italiani, che si trovano a dover fronteggiare una situazione di grave criticità sanitaria, economica e – non ultimo – psicologica, contando su contromisure insufficienti e poco adeguate, a tutti i livelli, poiché la rapidità del contagio e dell'attuazione di misure di sicurezza ci colgono alla sprovvista: in pochi giorni si passa da una condizione di *normalità* ad uno stato di *grave emergenza*.

Si assiste così, per mezzo dei canali multimediali di comunicazione, e in altri casi per esperienza diretta (si pensi ai parenti delle vittime e al personale medico impegnato a pieno regime nella gestione dei casi più gravi), alla progressiva acutizzazione della crisi, sull'esito della quale peraltro non sono disponibili dei pronostici affidabili.



Al momento della stesura del presente lavoro, gli autori - vista la scarsa disponibilità di dati rispetto alla dimensione psicologica vissuta nell'attuale crisi nella popolazione - si pongono unicamente l'obiettivo di offrire degli spunti di riflessione sul fenomeno, ricercando le domande, non le risposte.

COSA STA ACCADENDO?

Le peculiari condizioni in cui si viene a trovare oggi la popolazione mondiale, a seguito della diffusione del contagio, possono avere conseguenze diffuse e molto severe sulla salute psichica, incidendo in maniera negativa sulle probabilità di slatentizzazione o aggravamento di disturbi psicologici, così come sul fronteggiamento dello stress in soggetti non patologici.

Ci si trova a vivere una situazione per molti aspetti senza precedenti, e - tra le tante domande immaginabili - ci si interroga su cosa dobbiamo attenderci, anche e soprattutto a livello clinico, nell'immediato, nel breve e nel lungo periodo.

Nell'immediato, ovvero nel periodo in cui si manifesta ed evolve la malattia da Covid-19, parrebbero emergere emozioni e sentimenti contrastanti, che possono essere ricondotti, oltre che al fattore di novità ed eccezionalità del caso, anche alla confusione generata dalle notizie incerte ed estremamente variabili diffuse dai mass media e condivise sui social network (infodemia).

A tal proposito, si riporta quanto emerso in una indagine CAWI (con un campione giornaliero di 400 rispondenti rappresentativi della popolazione in maggiore età, aggiornata al 22/03/2020). Da questa, si evince come le emozioni prevalenti nei cittadini italiani siano così identificate (valori % possibili fino a 3 risposte): *incertezza* (46%), *speranza* (37%), *paura* (33%), *vulnerabilità* (32%), *tristezza* (32%), *angoscia* (30%), *rabbia* (20%), *noia* (10%).

Fatto salvo il fattore della *speranza*, che esprime un punteggio piuttosto alto, le emozioni prevalenti si caratterizzano - come prevedibile - per

negatività. Si reputa però interessante riscontrare come vi sia nell'8% di risposte un sentimento di *gratitudine* e, fatto ancor più singolare, il *"termometro"* misura lo stesso valore (13%) per quanto riguarda sia la *fiducia* che la *rassegna*-*zione*. L'1% ha dichiarato *gioia* prevalente.

UNA SITUAZIONE SIMILE A SÉ STESSA

Lo scenario, si diceva, presenta caratteristiche assolutamente nuove, inaspettate e sconosciute per i nostri contemporanei; pare pertanto lecito aspettarsi l'emergere di quadri psicopatologici evento-correlati altrettanto particolari. Rispetto alle situazioni traumatiche e da stress "tradizionali", infatti, la pandemia da Covid-19 evidenzia alcune importanti peculiarità:

- Si tratta di un evento di portata mondiale, in cui ci si sente impotenti e consapevoli dell'impossibilità di "fuggire" in un luogo sicuro, anche solo per ipotesi.
- La pandemia contiene aspetti e fenomeni sia traumatici che stressanti, piuttosto intensi. Non si esclude quindi un emergere di casistiche cliniche "intermedie" rispetto alle categorie diagnostiche ed alle relative tecniche terapeutiche solitamente utilizzate.
- Un elemento degno di nota consiste nel fatto paradossale che le disposizioni istituzionali atte ad arginare il fenomeno e quindi indispensabili, *"prescrivono"* dei sintomi alla popolazione, portando a ottenere ciò che solitamente il terapeuta cerca di ridurre: isolamento sociale; riduzione/perdita del lavoro (o della scuola); pulizia e disinfezione rigide, meticolose e ripetitive con timore di contaminazione; restrizioni alla propria libertà; ecc. Un meccanismo, pertanto, potenzialmente capace di acuire o attivare situazioni di psicopatologia di vario genere e gravità.
- L'evento viene vissuto in maniera sensibilmente differente dalla popolazione generale e dai responsabili delle cure sanitarie. La seconda categoria è maggiormente esposta allo sviluppo di sintomi da stress post-traumatico e/o depressivo, così come i soggetti

guariti a seguito di un rischio considerevole per la propria vita.

- Il trauma presenta una intensità ed una durata piuttosto atipici, e non facilmente associabili ad altre tipologie di eventi: non è immediato ed inaspettato come un terremoto, ma non è esteso nel tempo come una guerra; non è improvviso e inaspettato come un incidente, ma non è al contempo soggetto al nostro controllo intenzionale.
- Si fatica a stimare gli esiti globali dell'evento (durata, decessi, disponibilità di cure, ecc.) ed a escludere la possibilità che alcune routine debbano essere modificate definitivamente.

COSA CI DOBBIAMO ASPETTARE?

Tra le ipotesi attualmente più gettonate, relativamente al breve e lungo periodo post-pandemia, si riscontra la possibilità che una parte della popolazione manifesti delle difficoltà psicologiche afferenti, in particolare, ai disturbi dell'umore ed alla *famiglia* dei disturbi dell'adattamento e da stress post-traumatico. E non potrebbe essere altrimenti, poiché le peculiarità della situazione la classificano naturalmente come potenzialmente traumatica (rischio diretto o indiretto di morte) e oggettivamente stressante (sospensione e perdita del lavoro, delle libertà, ritiro sociale forzato, timore per i propri cari, dubbi sulla tenuta istituzionale, ecc.).

D'altro canto però, il fatto che l'evento sia, come detto, per molti aspetti atipico ed eccezionale, suggerisce agli autori l'ipotesi che il suo concretizzarsi possa concorrere a determinare la comparsa di quadri clinici nuovi e di difficile inquadramento. Si tratterebbe di un fenomeno psicologico – non necessariamente psicopatologico – riscontrabile in un'ampia parte di popolazione: una sorta di *sindrome globale post-pandemia*.

Pertanto, ci si attende di riscontare, nel prossimo futuro, delle difficoltà individuali afferenti, soprattutto, a:

- Un atteggiamento di maggiore diffidenza verso gli altri, verso le istituzioni e verso il futuro, con sentimenti di impotenza, tri-

stezza o disperazione, disfattismo, rabbia, incertezza;

- Difficoltà di adattamento alle nuove routine che, inesorabilmente, prenderanno il posto delle precedenti, per un periodo presumibilmente lungo di tempo;
- Un aumento della preoccupazione per la propria salute, con maggiore attenzione alle sensazioni corporee ed ai parametri vitali.
- Un'eccessiva attenzione alla tracciabilità dei propri spostamenti e di cronologia dei contatti avuti con altre persone, anche a noi care, così come ad altre prassi più restrittive, rigide e meccaniche.
- Nuove importanti perdite di abilità sociali e relazionali (già snaturate nei *millennials* e nella *generazione Y*) in virtù del distanziamento sociale obbligato.

RITIRO FORZATO E "CYBERSOCIALITÀ"

In riferimento a quest'ultimo punto, sembra opportuno approfondire l'argomento. Se da un lato, oggi si parla in maniera crescente di costrutti quali *social skills, assertività, abilità relazionali, ecc.*, sottolineando come il nostro corredo di competenze sociali incide in maniera decisiva sulla qualità della vita, dall'altro sembra abbastanza evidente che tali capacità siano presenti in misura ancora piuttosto esigua tra le persone. E come evolvano in direzione non necessariamente migliorativa, specie se guardiamo all'incidenza delle innovazioni tecnologico-informatiche.

Partendo da questo presupposto, è possibile ipotizzare quali siano alcuni possibili esiti dell'adeguamento alle misure di restrizione e distanziamento che devono essere adottate in questo particolare momento.

In primis, possiamo aspettarci un peggioramento delle condizioni cliniche in persone sofferenti di patologie psicologiche invalidanti sotto il profilo sociale (ma non solo). Dalle prime testimonianze si registra, già dal primo periodo di emergenza, un decremento e/o una perdita dei risultati ottenuti in riabilitazione su soggetti in



riabilitazione (casi di disabilità, disturbo dello spettro autistico, demenza, ecc.): sospensione delle routine programmate, perdita di orientamento spaziale e temporale, interruzione dei rapporti con altre persone significative, diminuzione della tolleranza a stimoli esterni, ecc. Si pensi altresì ai soggetti affetti da disturbi di personalità, da problemi di depressione, da ansia e fobia sociale: è facile immaginare come situazione attuale possa incidere negativamente sull'evolversi della patologia.

Ma, tolti i casi di soggetti con conclamate difficoltà psicosociali, cosa ci aspettiamo di riscontrare, domani, nella popolazione generale, nella stragrande maggioranza delle persone messe a dura prova dalla pandemia?

Sappiamo che alcuni di noi possiedono delle capacità naturali, o delle competenze acquisite, di resilienza, di mantenimento e/o di ripristino delle proprie abilità (tra cui quelle sociali), e quindi probabilmente essi avranno semplicemente bisogno di riprendere confidenza con le loro abitudini precedenti. Ma gli altri?

L'espansione di nuove forme di comunicazione ha contribuito a trasformare le dinamiche e le strutture sociali: nei processi comunicativi attuali si evidenziano sempre più chiaramente delle forme di <*cybersocialità*> (F. Casalegno, 2007), che se da una parte hanno agevolato la costruzione ed il mantenimento di un gran numero di relazioni, dall'altra ne hanno probabilmente inficiato la qualità e l'autenticità (si pensi alle situazioni frequenti in cui, in un gruppo di persone riunite fisicamente, ognuno si concentra sul proprio dispositivo multimediale).

Se a ciò si aggiunge l'elemento nuovo della diffidenza nella vicinanza e nel contatto fisico – possibile causa di contagio – e l'attuale progressivo stagnamento dei processi di socializzazione, si ritiene poter ipotizzare il riscontro di un generale *impoverimento relazionale*, che potrebbe richiedere degli sforzi importanti perché si possano ripristinare, ridefinire, o migliorare, le abilità sociali nei soggetti reduci dall'esperienza di isolamento.

GLI OPERATORI DI FRONTIERA

Pare quantomeno doverosa una riflessione sulla condizione degli operatori sanitari, tema che a onor del vero, meriterebbe un articolo a parte. La gestione della pandemia comporta una riorganizzazione dell'attività lavorativa di tutto il personale sanitario, visti i carichi lavorativi specifici e gravosi di medici, infermieri ed operatori socio-sanitari, protagonisti in prima linea nell'emergenza. Nel farvi fronte, si determina una serie di conseguenze psicologiche di largo spettro, come la sofferenza provocata dalla separazione prolungata dai propri cari, la perdita di libertà personale dovuta a turni estenuanti (superiori anche alle 12 ore giornaliere); ed inoltre l'incertezza sul proprio stato di salute, con ripercussioni psicologiche drammatiche che possono essere associate, verosimilmente, ad una sintomatologia simile a quella del disturbo da stress acuto o, in casi gravi, ad una sintomatologia depressiva.

Il personale sanitario può accusare con maggior forza e frequenza: stanchezza, distacco dagli altri, ansia, irritabilità, insonnia, scarsa concentrazione, deterioramento della prestazione professionale, riluttanza a recarsi al lavoro, arrivando anche a sintomi depressivi significativi. Inoltre, si possono riscontrare: emotività negativa, umore basso, rabbia ed esaurimento emotivo, nervosismo, tristezza, paure relative all'infezione, paura di contagiare gli altri o, peggio, i propri familiari, preoccupazione di manifestare sintomi fisici potenzialmente correlati, frustrazione, segni di burnout, ecc. Tale sintomatologia può protrarsi per un lungo periodo anche dopo la fine della pandemia.

A tutto questo, si aggiunge la dimensione dello stigma sociale correlato all'attività svolta. Infermieri, dottori, OSS e soccorritori impiegati in strutture ospedaliere con casi di positività all'infezione, hanno maggior rischio di essere stigmatizzati come pericolosi per la popolazione, in quanto contagiosi. Si può assistere dunque, come riportato dalle cronache giornalistiche, ad episodi di evitamento sociale, paura, sospetto,

aggressività ed ostilità, con vissuti di clima familiare intrisi di tensione e contrasto, dovuti al troppo rischio.

IN CHIUSURA: ALCUNE TESTIMONIANZE

Si riportano di seguito alcune testimonianze del personale sanitario coinvolto (prese dalle maggiori riviste giornalistiche nazionali) al fine di rendere maggior evidenzia a quanto sopra argomentato.

«Vogliamo sapere quanti sono gli infermieri contagiatati dal Coronavirus. Così sarà chiaro che cosa vuol dire essere in prima linea, fare turni massacranti e non avere neanche l'adeguata protezione». Antonio De Palma, infermiere e presidente di Nursing Up, sindacato di categoria, accusa il governo e la protezione civile di essere rimasti in silenzio di fronte alla richiesta. E attacca duramente la gestione dell'emergenza:



genza: «Capisco l'affanno, ma ci sono cose che non possono passare inosservate. Quello che sta succedendo in Italia con gli infermieri grida vendetta. In una società che si qualifica come civile, in un sistema sanitario come il nostro che si fregia di essere tra i migliori al mondo, e io sono d'accordo, com'è possibile che ci troviamo ad affrontare la battaglia contro il Coronavirus senza avere i dispositivi di protezione individuale? Com'è possibile che con questa disorganizzazione si faccia soltanto appello al senso civico della gente?».

Si ritiene significativa, infine, la testimonianza di una giornata tipo di un'infermiera della provincia di Torino nel cuore dell'emergenza. Una lettera, commovente e significativa, inviata dalla stessa al proprio sindaco. Un'istantanea d'impatto ed immediatezza.

«Buonasera sig. Sindaco, lavoro in ospedale, le scrivo perché, da cittadina voverese vorrei descriverle una giornata tipo. Una come tante, in questo periodo. Ma non vorrei descriverle quello che stanno passando i media: numeri, statistiche, decreti e divieti. Vorrei farlo visto dal lato del paziente Covid positivo e degli operatori. Il Covid è molto più che un virus subdolo. Siamo un paese che sa solo lamentarsi per qualsiasi cosa, mai contenti di nulla. Sembra che la quarantena sia un castigo anziché una protezione per ognuno di noi. Se lo riterrà opportuno,



potrà condividerlo lei, per sensibilizzare. Che bello essere chiamati angeli, ma chissà se poi lo siamo davvero. È un sabato mattina di una settimana di allerta Covid-19. Finalmente un giorno di riposo dopo tanto lavoro. Finalmente puoi dedicarti alla famiglia. Per te la quarantena non esiste, non esiste il divieto ad uscire e non è mai esistito. Tu devi lavorare, sei preziosa dicono. E invece no, niente riposo. Arriva la chiamata. Si deve andare. C'è bisogno di coprire turni. Il lamento è d'obbligo, non vorresti, ma si fa. Mentre ti prepari, rifletti che marzo non è stato affatto clemente: turni di 12 ore, ferie annullate, riposi ma cosa sono i riposi?

Arrivi in ospedale, qualche figura nei corridoi, ma ancora troppa gente in giro. Arrivi al reparto critico, quello dove sono ricoverati i pazienti positivi. Tutto blindato, suoni. Ti apre la collega che è lì da ieri sera. Stremata, viso segnato dalla mascherina e gli occhiali, prendi consegna e la congredi. Deve riposare. Suona un campanello. Ti sporgi alla camera interessata, chiedi il motivo della chiamata, rassicuri che presto entrerai, e vai a vestirti. La vestizione è lunga, ci si deve bardare molto bene e non si possono commettere errori di trascuratezza. Entri dalla paziente, la conosci e la saluti. Ha un casco sulla testa, si chiama C-pap. Serve per respirare meglio, non ha molte speranze e il monitor al quale è collegata ne dà conferma. Ma la paziente è cosciente, lucida e orientata nel tempo e nello spazio, ma soprattutto sa che sta per morire. Lo sa, lo percepisce e lo sente. Parli un po' con lei.

Non mangia da giorni. Questa mattina chiede la colazione. Ha un diabete non controllato e vuole due fette biscottate con la marmellata. Sarà certo il diabete il suo peggior nemico ora? E riferisci alla collega di passarteli.

Quello sguardo implorante ti uccide. Distogli ogni tanto gli occhi da lei per non morire dentro... Mentre le sistemi i cavi dei parametri vitali, lei ti prende la mano... "Amore, sei mamma?". "Sì, di due ragazzi".

"Allora puoi capire cosa sto provando?".

"Posso provare, ma se vuoi, puoi descrivermello... ti ascolto".

"Ho quattro figli e sono sempre stati tanto mammoni. Un rapporto bellissimo, anche perché gli ho fatto da madre e da padre, visto che sono rimasta vedova da giovane. Non ho paura di morire, non vorrei solo soffrire. Ma un giorno, uno dei miei figli è venuto a trovarmi e non lo hanno più fatto entrare.. è stato obbligato, non una scelta. Non ho potuto vedere più i nipoti, le nuore nessuno. Io qui, loro a casa.".

"Ma chiamali al telefono e diglielo".

"Sì, ma non è la stessa cosa".

"E vabbè, però ti sentono, ti parlano ed è già qualcosa, meglio di niente".

L'epidemia da coronavirus è così diversa da quelle del passato? Non quanto crediamo

"Li chiamo ogni giorno, li sento che stanno soffrendo perché non possono stare con me fino alla fine".

Entra il medico, la visita e squilla il telefono, è uno dei figli. La paziente gli dice "c'è il medico, te lo passo". Il medico descrive al figlio la situazione. È davvero critica. Alla signora viene detto che dovrà essere intubata presto e che non ha molto da vivere. Il figlio chiede di poterla vedere per un ultimo, breve saluto. Non è possibile. Il Covid non decide su chi posarsi, si insinua su chiunque.

Il medico esce dalla stanza e la signora piange disperata. Mentre è ancora al telefono con il figlio, il figlio piange con lei. Lei ha sempre su di te quello sguardo implorante, come volesse chiederti di fare qualcosa e chiedi di passarle il telefono. La signora ha un telefono vecchio, non è anziana, ma nemmeno tecnologica, non puoi avvicinare il telefono all'orecchio, quindi non sai cosa ti risponde il figlio, ma quello sguardo ti ha trapanato e non sei soltanto un operatore, sei mamma, sei figlia.

Dici al figlio: "Radunatevi tutti e quattro, ma proteggetevi con le mascherine. Fatelo prima che potete e poi chiamate in video chiamata questo numero".

E gli dai il tuo e vi farò vedere mamma. È poca cosa, ma almeno non sarà una cosa interrotta di netto, e la potrete vedere.

Gli dici che sarai lì per altre dieci ore e di richiamare più volte se non rispondo subito. Non passa neanche un'ora e la collega dice che dalla borsa sta squillando il tuo telefono. Tu sei sempre vestita e sempre in quella stanza, non sei mai uscita e le chiedi di prendere il cellulare, metterlo in un sacchettino, disinfeccarlo e passartelo.

Apri la video-chiamata e tutti e quattro i figli lì. La paziente non se lo aspettava ed è felice come una Pasqua e tu con lei. Si parlano un bel po', si raccontano, si dicono ti amo e lei *desatura* spesso perché si sta affaticando, ma sai il destino nefasto, non te la senti di chiedere di chiudere. Già una volta sono stati obbligati a tagliare, ora vuoi che la decisione sia la loro.

La chiamata dura circa mezz'ora ed è come se un cerchio si fosse chiuso, quello che doveva essere è stato... lei aveva resistito solo per loro, per vederli, per salutarli. Hai il cuore in mille pezzi. Pensi a te e ai tuoi figli e comprendi tutto...ogni sua preoccupazione.

Ti prende la mano, ti dice grazie, veglierò su di te, per quello che hai fatto. E fai fatica a non piangere. La paziente si spegne. Decidi di uscire e lasciare ai colleghi il resto. E vedi che, come le procedure prevedono, la cospargono di disinfectante, la avvolgono in un lenzuolo e la portano in camera mortuaria. Sola..sola..i suoi effetti personali messi in triplice sacco nero andranno inceneriti.

È domenica mattina. L'agenzia di pompe funebri è venuta a prendere la salma. Uno solo dei figli presente, a debita distanza. Non l'ha più vista da quella video chiamata. Dà indicazioni all'incaricato e vanno via... la sua macchina svolta a destra, la salma va a sinistra..sola. Non ce la fai, quello è troppo. E se fino ad ora non avevi pianto, ora non ce la fai.

A casa apri Facebook. Lamentele ovunque. Vi hanno negato la libertà, il bimbo non può andare più al parco, il cane passeggiava troppo

in là da casa e non si trova più lievito. Quanta ignoranza, quanti pochi problemi ha la gente, ma su una cosa ancora siamo fortunati: a noi ci saranno state anche negate delle cose, dovremmo anche fare sacrifici, ma almeno noi abbiamo ancora la dignità, un diritto che il Covid-19 ti toglie, senza poterti lamentare. Un diario dalla prima linea, quella umana, del cuore»

SITOGRAFIA

- TG La7 Speciale del 23/03/2020
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n°70 del 17 Marzo 2020
- <https://www.psy.it/vademecum-psicologico-coronavirus-per-i-cittadini-perche-le-paure-possono-diventare-panico-e-come-proteggersi-con-comportamenti-adeguati-con-pensieri-corretti-e-emozioni-fondate>
- https://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/20_marzo_03/coronavirus-contagi-calo-serve-trend-descendente-non-singolo-dato-cc87e656-5d2f-11ea-ad92-9d72350309c8.shtml
- <https://www.psy.it/coronavirus-psychological-perspectives>
- <https://www.istitutobeck.com/disturbi-dell-adattamento>
- <https://www.istitutobeck.com/il-disturbo-acuto-da-stress>
- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- <https://www.psy.it/lordine-degli-psicologi-sul-coronavirus-indicazioni-per-cittadini-e-psicologi-supporto-alle-autorita.html>
- Federico Casalegno (2007). *Cybersocialità. Nuove forme di interazione comunitaria*. Milano: Il Saggiatore Editore
- <https://www.open.online/2020/03/16/coronavirus-la-denuncia-del-sindacato-degli-infermieri-non-siamo-un-paese-civile/>
- <https://www.lastampa.it/torino/2020/04/01/news/coronavirus-l-ultimo-saluto-di-una-mamma-ai-suoi-4-figli-la-lettera-straziante-di-un-infermiera-1.38662683>



LA COMUNICAZIONE IN SANITÀ STRUMENTO FONDAMENTALE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

«Possiamo avere tutti i mezzi di comunicazione del mondo,
ma niente, assolutamente niente, sostituisce
lo sguardo dell'essere umano»

~ Paolo Coelho

LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO DI BENESSERE

“*Mens sana in corpore sano*”, dicevano a buon merito i latini, ma sarà vero il contrario “*Corpus sanum in mente sana*”? Negli ultimi tempi, prevale sempre più una visione della terapia come azione sulla mente, prima ancora che come azione sul corpo. La concezione di salute è cambiata nel corso del tempo e non si può più certo considerare come semplice “assenza di malessere” o “deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili”, ma, piuttosto, come il “massimo grado di benessere raggiungibile da un individuo”. Il benessere, infatti, può essere definito come un costrutto multidimensionale, che concerne sia la salute fisica che quella mentale e sociale della persona. L’interesse per lo studio del dolore fisico associato al dolore psicologico riveste

un ruolo centrale nel panorama scientifico attuale: si valorizza la persona vista nella sua totalità, non limitandosi a considerare solo gli aspetti clinici della malattia, ma anche e, soprattutto, gli aspetti psicologici e i vissuti emotivi ad essa associati. E se oggi la ricerca del benessere passa attraverso la relazione, vale la pena analizzare un fattore necessario per costruirla: la *comunicazione*.

Il verbo “comunicare” indica l’azione di trasmettere un messaggio ad altri (enciclopedia *Treccani*). In medicina, la comunicazione riveste una particolare rilevanza poiché si agisce in un setting, quello assistenziale, composto da una molteplicità di elementi, soprattutto riguardanti la relazione medico/operatore-paziente, la quale si dispiega su regole di comportamento che riconoscono all’uno il dovere di curare, all’altro il diritto di essere curato. La logica di

Carmelo Ciraci

Psicologo Psicoterapeuta
presso il Consultorio Familiare
di Francavilla F. (BR),
Dirigente U.O.S.D. Cure Primarie ASL BR

Sonia Barletta

Psicologa, Tirocinante in Psicoterapia
Sistematico-Relazionale

Jessica Santoro

Tirocinante Psicologa, Laureata in
Psicologia Clinica

Antonella Geronimo

Tirocinante Psicologa, Laureata in
Metodologia dell’Intervento Psicologico

questo rapporto fa della guarigione l'obiettivo che accomuna le due parti, pur nella diversità di ruolo. La relazione con il soggetto utente-paziente, infatti, è una relazione asimmetrica: mentre quest'ultimo si presenta come un soggetto che soffre, conosce poco o nulla della propria condizione e richiede aiuto e protezione, il professionista, invece, riveste un ruolo socio-culturale di "dominanza", conferitagli dalla sua competenza scientifica e clinica. Tuttavia, pur nella specifica asimmetria che la caratterizza, la relazione medico-paziente si configura come un'esperienza interpersonale, che implica aspetti sia razionali che emotivo-affettivi. La capacità della medicina e della psicologia di curare la malattia ed il dolore cronico è aumentata, mentre la capacità di cura è diminuita; la relazione terapeutica, nel colloquio clinico, è un investimento che ripaga, nel lungo periodo, per il rafforzamento della compliance del paziente e del follow-up. Non si può ignorare, infatti, che molti pazienti possano vivere la malattia come un momento destabilizzante, in cui confluiscono bisogni regressivi e di dipendenza, altrimenti celati. Per quanto la sintomatologia sia frustrante e i trattamenti siano impegnativi e dispendiosi, tali pazienti ne ostacolano la cura e tendono a prolungare o appesantire la loro invalidità, usufruendo, di fatto, dei vantaggi secondari della malattia, come l'evasione dai compiti quotidiani, la delega delle responsabilità o il godimento di un surplus di amore e attenzione da parte dei cari, altrimenti non ricevuto. Nella relazione di aiuto devono strutturarsi modalità di incontro che dipendono in larga misura da alcune qualità che l'operatore sanitario dovrebbe possedere: *saper ascoltare per comprendere; saper comunicare per apprendere; saper elaborare per decidere*. Questo perché il rischio di fronte a questo genere di pazienti è quello di erigersi al ruolo di giudice che rimprovera la sua utenza di passività e codardia, oppure, all'opposto, quello di perdere di vista il proprio ruolo di curante, vivendo la frustrazione di non poter accontentare i bisogni repressi del soggetto-paziente.

In medicina, lo strumento d'indagine più utilizzato è costituito dal colloquio clinico, ovvero da quella relazione interpersonale che coinvolge, a vari livelli

di profondità, il professionista e la persona. Secondo il *modello bio-medico* tradizionale, la relazione è finalizzata all'analisi dei sintomi e alla formulazione di una diagnosi, seguita dall'indicazione di un particolare trattamento terapeutico. Essa si riduce a una semplice raccolta di informazioni tese ad avvalorare le ipotesi cliniche del professionista. In quest'ottica, è quest'ultimo la figura chiave del rapporto, il regista che dirige il colloquio. L'enfasi posta sulla componente biologica quale causa principale della malattia induce a trascurare, quando addirittura non arriva ad escludere, i fattori emotivi del paziente, la capacità di tollerare le frustrazioni, la rappresentazione soggettiva dei concetti di salute e malattia, il sentimento di poter efficacemente agire per risolvere il problema. Questa impostazione, che fa del professionista e della malattia (*medicina doctor-disease centered*) i punti centrali del rapporto, non solo riserva uno spazio minoritario a chi è bisognoso di cure, ma identifica il paziente come colui che soffre e il medico come la figura da cui essere dipendente. Tale dipendenza, tra l'altro, non sempre assicura il mantenimento della relazione, poiché può indurre il soggetto-paziente a comportamenti di rifiuto, di insufficiente compliance e di sottovalutazione delle prescrizioni mediche, innescando un feedback negativo di chiusura.

La "teoria generale dei sistemi", elaborata dal biologo von Bertalanffy nel 1950, individua nel *modello bio-psico-sociale* il correttivo al riduzionismo dell'impostazione bio-medica e la possibilità di costruire percorsi operativi più efficaci in campo clinico. Questo modello, infatti, integra: il *sistema biologico*, che rappresenta il substrato molecolare-anatomico della malattia e i suoi effetti sull'organismo; il *sistema psicologico*, che esprime le componenti soggettive del paziente, le sue emozioni e motivazioni, gli stili di elaborazione cognitiva delle informazioni, il ruolo delle esperienze pregresse e le strategie di coping in risposta allo stress; infine, il *sistema sociale*, che evidenzia gli atteggiamenti culturali e ambientali nei confronti della malattia, come la definizione di malato, il riconoscimento dei suoi diritti, l'eventuale perdita di status e di autonomia, la responsabilità dei servizi sanitari nel



trattamento terapeutico, le convinzioni religiose e ideologiche. Questo orientamento clinico non toglie nulla alla figura del professionista ma, anzi, la arricchisce, trasformando la relazione in un vero e proprio strumento di terapia e rendendo il paziente più collaborativo e più responsabile.

In *Medico, paziente e malattia* (1957), Balint ha evidenziato come la figura del professionista è essa stessa farmaco e perciò capace di suscitare "effetti collaterali". Quando afferma che «il farmaco più usato in medicina è proprio il medico, ma al riguardo non esiste ancora un'adeguata farmacologia», sottolinea, di fatto, come nelle relazioni d'aiuto le componenti emotive, il diverso atteggiamento verso la malattia o il suo significato nell'organizzazione mentale, costituiscano elementi intrinsecamente presenti nell'agire clinico e che, senza una dovuta attenzione al mondo interno di entrambi, l'esito terapeutico può venire compromesso. Questa nuova consapevolezza ha dato realizzazione al nuovo modello di medicina *patient-centered*, che pone i bisogni del paziente al primo posto rispetto a quelli della figura professionale. La relazione, quindi, diventa strumento di benessere se gli operatori tutti sono in grado di comprendere le fragilità dei pazienti e di offrire loro un adeguato sostegno umano e professionale. Ogni utente, d'altronde, ha il diritto di sentirsi protetto e di usufruire, oltre alle cure adeguate, di un rapporto di fiducia con il curante.

Il codice della Deontologia medica e la Carta europea dei diritti del malato (2002) salvaguardano questi diritti e, in particolare, stabiliscono che il cittadino deve vedersi riconosciuto il giusto tempo di ascolto, con il massimo rispetto della propria privacy e il corretto grado di attenzione e partecipazione da parte del professionista; deve poter, inoltre, ricevere informazioni comprensibili e condividere con il medico l'adeguato percorso di cura. Il paziente-utente, d'altra parte, ha il dovere di collaborare con il medico, rispettando le persone e gli ambienti, senza sostituire il parere dell'esperto con informazioni reperite sul web o recepite con il passaparola. Questi ultimi due aspetti ledono il rapporto di fiducia tra le due parti e compromettono la buona riuscita del progetto terapeutico.

TECNOLOGIA E RISCHI PER LA RELAZIONE D'AIUTO

come guarire

- come guarire dalla depressione
- come guarire dal diabete
- come guarire dalla sciatica
- come guarire dal tremore essenziale
- come guarire dall'ansia
- come guarire da un blocco psicologico
- come guarire dal narcisismo
- come guarire dalla candida
- come guarire dal glaucoma
- come guarire dal torcicollo

Con le nuove tecnologie, le comunicazioni vengono spesso effettuate a distanza e non sempre con contatto vis a vis. Il rischio è quello di velocizzare il flusso delle informazioni, ma, allo stesso tempo, di rallentare le relazioni, spegnendo le emozioni in gioco o rischiando di non controllarne le conseguenze. La divulgazione medica promossa dai mass media ha informato un numero sempre crescente di persone e ci si interroga sull'evoluzione della relazione medico-paziente nel nuovo contesto sociale, chiedendosi come entrambi gli attori hanno modificato la loro visione del rapporto che li lega. L'utente di oggi è una persona informata e attiva nella ricerca delle informazioni relative al suo stato di salute e malattia. Cercare informazioni sul web, infatti, è prassi quotidiana: è rapido, sempre accessibile e permette il confronto con altre persone che si trovano in situazioni analoghe.

Un medico dell'Istituto dei tumori di Milano, primo Ircs oncologico italiano per attività scientifica e produzione clinica, ha pensato di appendere alla porta del proprio ambulatorio un cartello con su scritto: «Coloro che si sono già diagnosticati da soli tramite Google, ma desiderano un secondo parere, per cortesia controllino su yahoo.com». Una frase scherzosa, certamente, ma che esprime perfettamente il disagio nascosto nelle relazioni 2.0 tra professionisti

e utenti. Il problema è che il "Dottor Google" non sempre è così attendibile ed è buona pratica aiutare la persona a saper riconoscere e filtrare le false notizie reperibili sul web. La provocazione, infatti, mette in luce in modo leggero, quasi comico, i rischi che i pazienti corrono affidandosi alla rete per diagnosticarsi da soli malattie serie, come i tumori, salvo poi arrivare troppo tardi a chiedere un parere a un vero esperto. Oggi l'88% delle persone va a cercare informazioni sulla propria salute sui siti Internet e quasi la metà si affida alla prima pagina dei motori di ricerca. Un'auto-diagnosi, però, specie nel caso di malattie come quelle tumorali, è pericolosa, perché, anche se azzeccata, potrebbe essere falsamente rassicurante e retardare, quindi, l'inizio di cure necessarie, oppure, al contrario, essere ansiogena senza validi motivi. Non dimentichiamo che siamo in un'era in cui si crede più affidabile una pagina Facebook che una laurea in Medicina o in Psicologia! I media devono comunque essere visti come un elemento costitutivo del background sociale attuale e, pertanto, vanno trattati non come elementi di disturbo della diade, ma come un nuovo elemento distintivo della relazione da conoscere e gestire efficacemente. Certo è che, se il professionista conosce le modalità più idonee per comunicare al suo paziente, potrà attivare un processo di scambio con lui, valorizzando la relazione che li lega e rendendolo maggiormente consapevole delle insidie del web e, dunque, più responsabile nella ricerca delle informazioni che riguardano la sua salute.

UN PROFESSIONISTA DEVE SAPER COMUNICARE IN MODO ADEGUATO: NECESSITÀ DI COLLABORAZIONE TRA MEDICO E PSICOLOGO

In un'Italia dove i servizi sono sempre più in difficoltà e il personale sempre più carente rispetto alla reale necessità e, per questo, maggiormente esposto al rischio di burnout, purtroppo parlare di vera e propria relazione terapeutica, a volte, risulta un'utopia. D'altro canto, con l'introduzione dei crediti formativi ECM, che prevedono un programma di Educazione Continua in Medicina, si sta cercando di far riflettere

circa queste e altre importanti tematiche.

Il dolore è un'esperienza multidimensionale con componenti essenziali di tipo psicologico, affettivo, cognitivo, comportamentale e sociale. Nella maggior parte dei Paesi del mondo, però, l'approccio biomedico rimane il metodo maggiormente utilizzato nelle istituzioni che si occupano della salute. Un approccio che coinvolge, oltre al personale medico, infermieristico e assistenziale, diverse altre importanti figure professionali, come lo psicologo, permetterebbe di qualificare gli interventi sul paziente e promuovere un maggior livello di benessere, incrementando, inoltre, il livello di fiducia del soggetto nei confronti dei sistemi di assistenza sanitaria. Le diverse regioni, prima fra tutte la Regione Puglia, stanno promuovendo proposte normative che prevedono l'inserimento e la regolarizzazione della figura dello "psicologo di base", che collabora insieme con il medico di base. Questa nuova figura professionale rappresenterebbe un'importante innovazione culturale per il sistema sanitario italiano e, sebbene siano stati compiuti importanti passi avanti, la strada perché questo progetto diventi operativo è ancora lunga. Un ulteriore aspetto da non trascurare è che lo psicologo è ancora una figura considerata marginale da parte del personale medico, rispetto all'accettazione e al riconoscimento del suo contributo scientifico, ritenuto poco oggettivo. Per questo motivo, diverse evidenze scientifiche e riflessioni sono state dedicate a sensibilizzare il personale medico-sanitario a considerare una buona comunicazione col paziente come il migliore strumento per iniziare un percorso di vera e propria promozione del benessere.

Secondo il Ministero della Salute (*Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*, 2015), l'efficace comunicazione non può essere affidata solo alla spontaneità o all'attitudine personale, ma è necessario che ogni operatore si formi, affinché la comunicazione divenga un vero e proprio strumento di lavoro. Se è vero, infatti, che alcuni di noi sono comunicatori nati, è anche vero che tutti possiamo imparare a comunicare efficacemente e questo, per un





professionista, dovrebbe rappresentare un dovere, prima ancora che una possibilità. La comunicazione, infatti, è parte integrante della pratica terapeutica ed ha aspetti tecnici che si possono imparare. L'uso di terminologia come "empatia" e "relazione" spesso viene legata al possesso di capacità personali di tipo innato. La psicologia, invece, ci aiuta a capire che l'innatismo non ha pressoché alcun legame con la comunicazione, che, piuttosto, viene prevalentemente appresa, acquisita. Cade completamente la difesa della propria incapacità personale alla relazione e alla comunicazione come dovuta a doti non possedute. La comunicazione si impara perché segue delle regole scientifiche legate all'apprendimento e il professionista, in questo modo, presta maggiore attenzione al paziente nella sua complessità psico-fisica e sociale, evitando la dispersione diagnostica e terapeutica ad alto costo e bassa efficacia, inclusi gli eccessi di aspettative e di delusioni. La comunicazione si presenta come uno strumento a basso costo (che migliora, tra l'altro, il rapporto costi-benefici), in grado di potenziare l'alleanza terapeutica e di facilitare il percorso di diagnosi, di cura e di riabilitazione.. Una buona capacità di comunicazione, certamente, costituisce una valore aggiunto, perché, oltre ai benefici sulla relazione, può sopperire anche alcune carenze organizzative e strutturali, riattivando un minimo rapporto di fiducia tra cittadino e sanità.

CARATTERISTICHE DI UNA BUONA COMUNICAZIONE

Se tra pensiero e linguaggio esiste una profonda e reciproca interazione, nella relazione medico-paziente ci sono tre azioni indispensabili che il professionista deve attuare: parlare bene, pensare bene e fare del bene. In questo senso, la comunicazione è di per sé già una terapia: permette, infatti, di costruire una solida alleanza tra operatore e paziente, con la quale saranno poste le basi per una efficace riuscita del progetto terapeutico. Una sana relazione tra le due parti, per definizione duale e simmetrica, richiede che il rispetto dell'autonomia del paziente debba bilanciarsi con l'autonomia di esercizio professionale del professionista. Questi dovrebbe porsi in modo equilibrato ed efficace nell'ascolto e nell'osservazione

di ciò che il paziente comunica e dovrebbe essere in grado di dialogare in maniera altrettanto efficace non solo con i pazienti, ma anche con i colleghi nel lavoro in team. Il rispetto della propria e altrui dignità nella comunicazione è il presupposto fondamentale nelle relazioni ed eviterebbe, in effetti, inutili frustrazioni o assenze di collaborazione.

Pensiamo al momento in cui il medico comunica una diagnosi di una certa gravità: il paziente, oltre ad avere il diritto di conoscere la sua situazione clinica, ha bisogno di elaborare le emozioni che prova, in prevalenza paura e tristezza, ma anche senso di colpa e vergogna, e di strutturare, con l'aiuto del professionista, un "piano d'azione" terapeutico. Il contenuto della comunicazione, infatti, che va condiviso anche con i familiari, è spesso difficile da accettare per il paziente e i suoi cari e, se il medico non rispetta alcuni canoni, rischia di trasformarsi in un vero e proprio evento traumatico per entrambe le parti. Con alcuni accorgimenti, si potrebbe rendere il momento della comunicazione diagnostica un po' più sereno, ad esempio mettendo il paziente a suo agio, utilizzando un linguaggio comprensibile e sereno, mantenendo un'atmosfera positiva, sintetizzando e ripetendo le informazioni rilevanti, chiarendo i motivi dell'incontro e rendendosi disponibile a eventuali dubbi o incertezze.

Secondo il modello ABC, come spiega Di Pietro (2015), qualsiasi evento o situazione (A) scatena pensieri (B) che innescano una reazione emotiva comportamentale (C). È evidente come l'equilibrio emotivo ha un ruolo essenziale nelle relazioni interpersonali, in particolar modo nella relazione d'aiuto. Ogni volta che nel paziente si manifestano comportamenti caratterizzati da negatività e passività, bisognerebbe, a livello preventivo, intervenire per un adeguato "restauro delle emozioni", affinché certe esperienze di vita, come la malattia, che possono determinare una lacerazione dei sentimenti, possano essere gestite in modalità costruttive.

Secondo la Carta di Firenze, documento stilato nel 2005 per raccogliere le regole alla base del rapporto professionale sanitario, il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è già un tempo di cura!

LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

La comunicazione è composta da tre componenti fondamentali: *verbale*, formata da messaggi semantici e quindi da tutto ciò che si dice; *non verbale*, che comprende gestualità, postura, movimenti corporali, espressioni del viso, e cioè tutto ciò che non si dice; *paraverbale*, ovvero timbro e tono della voce e velocità di espressione, cioè come lo si dice. Uno studio risalente agli anni '60, afferma che, nella comunicazione tra due interlocutori, solo il 7% è costituito dal contenuto semantico delle parole, mentre il 38% e il 55% sono costituiti, rispettivamente, dagli attributi della voce e dal linguaggio non verbale. Per l'approccio sistematico-relazionale, il comportamento e la comunicazione si influenzano e generano vicendevolmente. Diversi esponenti della famosa Scuola di Palo Alto hanno studiato le caratteristiche della comunicazione, tra cui Watzlawick (1971). Secondo l'autore, «è impossibile non comunicare» e i gesti, le espressioni, persino il silenzio, ci dicono qualcosa. Ogni messaggio, poi, oltre al avere un livello di contenuto e uno di relazione con l'altro, è anche e contemporaneamente stimolo, risposta e rinforzo. Ciò significa che nell'interazione i due o più interlocutori sono coinvolti in una reciprocità complementare e simmetrica e questo vale, a maggior ragione, nel nostro mondo di relazioni d'aiuto. «Comunicare», infatti, è diverso da «comunicare in vista di una relazione»: nel primo caso, prevale il contenuto, l'informazione tecnico-prescrittiva; nel secondo caso, invece, si cerca di stabilire un'*alleanza terapeutica*, che impone al professionista una rielaborazione di scelte e di atteggiamenti professionali, al fine di conciliare le istanze del paziente con il rispetto dei protocolli clinici. In questo senso, la comunicazione terapeutica è un'azione educativa: necessita di un certo tempo per radicarsi e rafforzare nella persona le risorse con cui affrontare il disagio della malattia e l'adesione verso i trattamenti indicati.

Numerosi studi (Becker, 1985; Meinhembaum-Turk, 1987; Gorkin-Goldstein-Follick, 1990; Salovey-Rothman-Rodin, 1997) hanno messo in evidenza come, specialmente nei trattamenti di lungo periodo, il fenomeno della compliance sia

particolarmente sensibile al tipo di relazione che si viene a stabilire, addirittura fin dalla prima visita, tra medico e paziente. L'occasione del primo incontro costituisce la prima opportunità per avviare una proficua relazione clinica, ma, affinché ciò si realizzi, occorre che il medico sappia utilizzare adeguate strategie comunicative, congiuntamente alla disponibilità, all'ascolto e all'atteggiamento empatico. Ad esempio, potrebbe ripetere le ultime parole del paziente, oppure potrebbe lasciare che egli esprima tutto ciò che ha da dire senza interromperlo ma, limitandosi a dare segnali verbali, non verbali e gestuali di ascolto. Ancora, potrebbe chiedere al paziente di precisare le affermazioni non chiare, sintetizzando gli altri contenuti della comunicazione. In questo modo, dimostrerà di essere partecipe e interessato a ciò che il paziente ha da dire e rafforzerà indirettamente quell'alleanza terapeutica necessaria a dare «colore e calore» alla propria prestazione professionale.

IN BALLO CI SONO LE EMOZIONI

«*Una gran parte di quello che i medici sanno è insegnato loro dai pazienti*»

Marcel Proust

Un medico deve curare e prendersi cura. Questi termini individuano due diversi stili dell'agire medico, che dipendono dalla personale filosofia di vita del professionista e dalla sua formazione accademica. Nel *curare* l'attenzione del medico è incentrata prevalentemente sull'organismo, sulle sue alterazioni e sui trattamenti più efficaci per ridurre il danno e ripristinare lo stato di salute. In questo senso, le competenze acquisite e aggiornate nel corso della carriera professionale sono elementi necessari e sufficienti per un responsabile esercizio della professione. Tuttavia, il mondo interno del paziente è spesso trascurato, poiché si ritiene che solo un atteggiamento distaccato preservi il professionista da coinvolgimenti emotivi che ostacolerebbero la scientificità della medicina e l'autorevolezza della figura dello stesso. Addirittura, si crede che il paziente guarderebbe con sufficienza il medico che mostrasse interesse per qualcosa che non rientra nel quadro



sintomatologico. Questo è in parte vero. Infatti, un rischio che vale la pena considerare nella comunicazione medico-paziente riguarda proprio la difficoltà a esprimere verbalmente le proprie emozioni, quella che in campo psicologico è detta *alessitimia*. Un operatore o un paziente alessitimico sono sprovvisti della capacità di comunicare come si sentono e di muoversi pertanto in quel terreno di condivisione e di miglioramento reciproco che permette la costruzione di una relazione di aiuto. In questo senso, l'alessitimia rappresenta un fattore di rischio per la promozione del benessere. Un soggetto alessitimico trova più consono parlare di parti malate o dolenti del proprio corpo, piuttosto che ricevere attenzione



che riguarda la propria inquietudine interiore o le proprie paure. Inoltre, pone il medico nella difficoltà di poter identificare chi è maggiormente bisognoso di supporto e di ascolto. D'altro canto, un professionista alessitimico non è capace di costruire una relazione costruttiva e positiva col suo paziente. Cosa fare? Riflettere ed allenarsi a comunicare...

Tutti gli operatori e professionisti che lavorano nel mondo della sanità potrebbero seguire alcune indicazioni (*massime della comunicazione*) proposte dal filosofo inglese Herbert Paul Grice (1993), che sono valide per qualsiasi tipo di messaggio: "sii sincero, fornisci informazioni veritieri, secondo quanto sai (massima della qualità); fornisci solo le informazioni

necessarie, né più né meno (massima della quantità); sii pertinente (massima della relazione); sii chiaro (massima del modo)". Ma ciò non basta.

Nel *prendersi cura* è presente un atteggiamento aperto ad accogliere il più possibile verso i bisogni del paziente, da quelli legati alla malattia a quelli inerenti il suo mondo interiore e le sue relazioni affettive e sociali, molto simile a quello di una madre che facilita al figlio la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente. L'etologo Lorenz (1950) utilizza il termine *imprinting* per indicare la spinta che porta il cucciolo a legarsi precocemente alla madre, la quale diventa così il suo modello di comportamento. L'attaccamento alla figura di riferimento non ha solo il fine di ricevere nutrimento, ma di soddisfare anche tutta una serie di bisogni essenziali, come quelli di protezione, tenerezza e calore affettivo. Lo stesso Bolwby (1969) ha sottolineato come la motivazione a stringere rapporti è intrinseca nella natura umana. Se trasliamo queste osservazioni nel rapporto medico-paziente, è facile comprendere come l'uno rappresenti per l'altro la figura cui

affidare la soddisfazione dei propri bisogni. Rogers (1970) pone l'*empatia* alla base di una relazione terapeutica valida ed efficace. L'*empatia*, dal greco "en-pathos", letteralmente "sentire dentro", consiste nella capacità di mettersi nei panni dell'altro, di individuare e condividere il suo stato d'animo e di comunicargli comprensione e sostegno. La disposizione empatica implica un atteggiamento aperto e flessibile verso la dimensione intrapsichica ed emotionale di chi vive una situazione critica, come lo è la malattia. Nell'atteggiamento empatico, l'operatore non emette giudizi di valore, ma tende a vedere le cose dalla stessa angolatura del suo interlocutore, con la consapevolezza di non perdere la propria

identità professionale, evitando il frazionamento psicotico. L'Empatia è una delle componenti strutturali di quella che lo studioso Daniel Goleman (1997) chiama *intelligenza emotiva*. Essere consapevoli delle proprie e altrui emozioni ed essere capaci di distinguere e di utilizzare queste informazioni per guidare i propri pensieri e le proprie azioni significa essere emotivamente intelligenti e, pertanto, saper gestire in maniera funzionale le proprie relazioni. Essere empatici e avere una buona intelligenza emotiva è alla base del processo di costruzione della relazione d'aiuto e permette di muoversi in un terreno di condivisione in cui si è liberi di esprimersi e di comprendersi, senza superare il limite della propria posizione nella relazione, una sorta di campo neutro. Questo, però, non significa che "quando mi sintonizzo sul passo dell'altro poi non posso condurre il ballo", anzi, l'operatore deve sempre cercare di mantenere il controllo della comunicazione affinché non se ne perda di vista l'obiettivo primario di promuovere lo stato di salute del paziente, evitando atteggiamenti difensivi o di chiusura. Il professionista deve guardarsi bene dai rischi di un eccessivo coinvolgimento emotivo. Infatti, se non si vuole essere travolti dalle emozioni dell'altro, bisogna addestrarsi per farle emergere, identificarle e controllarle, affinché non superino i confini della relazione terapeutica. Lo scopo principale della comunicazione dovrebbe essere non solo quello di raccogliere informazioni, ma anche di favorire la *resilienza* del paziente, cioè di attivare le risorse latenti affinché egli affronti in maniera funzionale il suo problema. D'altra parte, entrambi i membri della relazione devono saper essere bravi a recepire e praticare quello che viene chiamato *ascolto attivo*: non mi limito ad ascoltare il messaggio ma, ne comprendo le finalità, valuto i segnali non verbali, ci partecipo, mostrando il mio interesse e alimentando così una relazione positiva e propositiva, dinamica, in cui entrambe le parti, nel rispetto del giusto tempo necessario, possano soddisfare i rispettivi bisogni di aiutare ed essere aiutati. È nella comunicazione, pertanto, che si realizza l'atteggiamento empatico, in cui sia la parola che conforta, che l'ascolto autenticamente partecipe, creano, per chi è in difficoltà, le premesse verso un più maturo cambiamento, dove

persino le divergenze vengono vissute non come fratture insanabili, ma come occasione di dialogo e di chiarificazione. Non a caso, i cinesi compongono l'ideogramma di "Kiku" (ascoltare) con l'unione di tre ideogrammi: orecchio, occhio, cuore...

IL CASO CLINICO: VOLER COMUNICARE, IMPOSSIBILITÀ A COMUNICARE

(dr. Carmelo Ciraci)

«*Tra medici e pazienti comunicare*

bene è già una terapia»

Umberto Veronesi

«Il caso di un preadolescente è emblematico. Secondogenito di una coppia (lei casalinga, lui contadino), il ragazzo, che chiameremo Ludovico, mi venne inviato dal medico di famiglia perché presentava crisi lipotimiche, sia a scuola (frequentava la terza classe della scuola secondaria inferiore), che a casa. Spesso, a scuola veniva chiamato il 118, che trasportava il ragazzo in ospedale, dove riceveva la diagnosi di "Crisi lipotimica" d.n.d.d. Il medico di famiglia, a cui si erano rivolti i genitori (la mamma in particolare), aveva consigliato una serie di esami, accertamenti clinici e una consulenza neurologica, che avevano dato tutti esito negativo. L'invio mi era stato fatto perché il medico aveva notato una certa inibizione a verbalizzare, abbinata ad un'ansia somatizzata da parte del giovane. Dopo due colloqui, di circa due ore ciascuno, di cui uno individuale e uno con l'intero nucleo, mi ero reso conto che il ragazzo mostrava un grande bisogno di **essere ascoltato** in famiglia, soprattutto dal padre. I genitori, non contenti, chiedono una consulenza neuropsichiatrica ad un grande luminare del nord, che certifica lo stesso disturbo e consiglia un sostegno psicologico e una psicoterapia al ragazzo e alla famiglia. I genitori, finalmente confermata la diagnosi, accettano di farsi seguire da me presso il Consultorio di Francavilla Fontana (BR). Nel colloquio con il minore emerge una situazione delicata: ogni volta che a casa il ragazzo vuole esprimersi e vuol parlare, il padre, un uomo rigido e autoritario, lo blocca perché deve ascoltare ripetutamente le notizie dei vari tg; la madre, invece, è impegnata a guardare la sua soap-opera preferita. Nessuno dei due mostra



disponibilità e tempo per ascoltare il ragazzo e l'unico suo modo di comunicare è cercare attenzione, somatizzando attraverso le "crisi lipotomiche". I colloqui raggiungono l'obiettivo di far riflettere la coppia genitoriale sull'importanza di ascoltarsi e confrontarsi, con modalità e toni adeguati, al rientro dai propri impegni quotidiani. Dopo circa quindici sedute, il clima emotivo-comunicativo nella famiglia migliora e le crisi lipotomiche diventano gradualmente più rare fino a scomparire del tutto nell'arco di circa cinque mesi. Il giovane, finalmente, si sente ascoltato e sostenuto dalla famiglia e questo aumenta il suo livello di fiducia e autostima, oltre che la sua capacità di verbalizzare, di esprimersi e di ridefinire il suo ruolo, migliorando anche il rapporto con i compagni di scuola».

Questo caso dimostra come una sana e attenta comunicazione migliora la relazione e contrasta anche i sintomi legati alla somatizzazione del proprio disagio emotivo. Inoltre, l'ottima collaborazione tra medico di famiglia e psicologo del Consultorio, basata su una corretta comunicazione e su una condivisione progettuale e professionale (nel rispetto del reciproco ruolo), ha permesso di raggiungere l'obiettivo, in quanto la famiglia ha percepito la congruenza del percorso professionale che ha permesso di risolvere il caso. Infine, ad un ulteriore livello, si riconosce come una buona comunicazione e relazione tra medico, psicologo, paziente e famiglia ha favorito un

confronto ed un percorso funzionali alla risoluzione del problema.

QUANDO LA COMUNICAZIONE È TERAPEUTICA

Non dobbiamo dimenticare che il paziente ci giunge con un bagaglio: ha una storia clinica, una sua cultura e una sua personalità e noi non dovremmo far altro che aiutarlo a disfare la valigia. Aggiungere qualche attimo di umanità qualifica non solo la nostra professionalità, ma anche la nostra persona, oltre a rasserenare il paziente.

Recenti studi australiani condotti da una giovane ricercatrice pugliese, la dott.ssa Ilenia Papa (2017), dimostrano che la dopamina, l'ormone della felicità, controlla la formazione di anticorpi come virus e batteri. Questo contribuirebbe a spiegare perché le persone di buon carattere e con un atteggiamento positivo verso la vita hanno spesso un sistema immunitario più forte rispetto ad altri soggetti. Numerose altre evidenze empiriche testimoniano come l'autostima e l'ottimismo siano importanti rispetto a un buono stato di salute, al successo lavorativo e a delle buone relazioni con gli altri. Il filosofo Baruch Spinoza afferma «se vuoi che la vita ti sorrida regala il tuo buon umore».

Atteggiamenti e attese positive nel rapporto tra professionisti e utenti-pazienti generano comportamenti proattivi e promuovono uno stile di vita salutare. Essere felici, perciò, non può che fare bene, e

non solo al paziente!

Un operatore professionalmente preparato e umanamente sensibile è una ricchezza per se stesso, per il servizio in cui opera e soprattutto per l'altro. Si tratta di un processo di "umanizzazione delle cure" che richiede di porre attenzione alla persona nella sua totalità, ai suoi bisogni organici, psicologici e relazionali, per far sì che i processi



di ospedalizzazione o di richiesta di aiuto non risultino eventi traumatizzanti. Una comunicazione funzionale può, pertanto, costituire un'arma vincente, ma anche una missione umana e professionale nel processo di cura in ambito sanitario. La gentilezza è un "esercizio di benessere" e l'uomo ne ha una predisposizione innata, soprattutto in campo relazionale. "Siamo tutti dei punti di arrivo e dei punti di partenza", secondo Abraham, e, in fondo, se abbiamo scelto una professione d'aiuto, sorridere ed essere positivi, empatici e ben disposti alla comunicazione non dovrebbe costarci nulla!

BIBLIOGRAFIA

- ARNARDI V. (2019). La felicità è una scienza, va studiata ogni giorno. *Il Messaggero*, 29/05, 25
- BALINT M. (1961). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli
- BERTALANFFY L. VON (1950). An outline of general system theory. *British Journal of the Philosophy of Science*, 1, 134-65
- BOLWBY J. (1972). *Attaccamento e perdita*, Torino: Bollati Boringhieri
- CESARI L. (2017). Ormone della felicità. In fuga dall'Italia per seguire la ricerca. *Quotidiano di Puglia*, 23/07, 36
- CICCHETTI A. (2019). Non c'è buona medicina senza organizzazione. *Corriere della Sera*, 15/08, 19
- CIRACÌ C., & CINIERI A. (2012). Felicità e ottimismo: il segreto del benessere. *Psicopuglia*, 8, 66-69
- CARMELO CIRACÌ in FEDERUNI (2005). *La relazione nella vita umana*. Vicenza: Edizioni Rezzara
- CITTADINAZZATTIVA (2002). *La Carta Europea dei diritti del malato*
- DI PIETRO M. (2015). La terapia razionale emotiva comportamentale. Guida per la pratica clinica e per la formazione. Roma: Erickson
- GENGINI G., PORCIANI F., BUFFI C., DEL BARONE G., FIRENZUOLI F., GEPPETTI P., et al. (2005). *Carta di Firenze. Regole alla base del rapporto professionale sanitario*.
- GOLEMAN D. (1997). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli
- GRICE P. (1993). *Logic and conversation in Sintax and semantics 3. Speech acts* (trad. italiana a cura di MORO G. *Logica e conversazione*). Bologna: Il Mulino
- LORENTZ K. (1950). *Physiological Mechanism in Animal Behaviour*. Symposia of the Society for Experimental Biology, New York: Academic Press
- MASERA G. (2019). Mihajlovic e le parole. *Corriere della Sera*, 15/08, 19
- MINISTERO DELLA SALUTE, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (2015). *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*.
- MONTICELLI V., LACERENZA F., FINAMORA C., & LA MURA F. (2017). Interazione medico-paziente affetto da dolore cronico, la letteratura scientifica psicologica a confronto con quella biomedica: dati preliminari. *Psicopuglia*, 19, 25-27
- PELLEGRINO V. (2009). La comunicazione tra medico e paziente nella società dell'informazione: un'esperienza di ricerca sui medici di Parma. *Journal of Science Communication*, 9
- REMUZZI G. (2003). Chi è ottimista resiste meglio ai virus. *Corriere della Sera*, 18/08, 8
- ROGERS C. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli
- SALLUSTIO F. (2015). Viva la gentilezza, un decalogo per vivere meglio. *La Gazzetta del Mezzogiorno*, 13/11, 24
- SIM N. (2019). Chi rovina il rapporto tra medico e paziente. *La Gazzetta del Mezzogiorno*, 31/08, 9
- SIMONETTI N. (2002). Medicina, gli analfabeti di ritorno. La guida pedagogica per il personale sanitario. *La Gazzetta del Mezzogiorno*, 26/04
- TOMASSONI M., & SOLANO L. (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Milano: FrancoAngeli
- TORNO A. (2010). Platone contro il Prozac: i filosofi in cerca della felicità. *Corriere della Sera*, 21/10, 48-49
- VIGNA E. (2018). Abbiamo smesso di ascoltare?. *Corriere della Sera*, 14/06, 16-22
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., & JACKSON D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio
- ZAMAGNI M.P. (2008). Contributo al rapporto medico-paziente. *Psychofenia*, vol. 11, 1-59



TELERIABILITAZIONE

AMBITI APPLICATIVI E POTENZIALI SVILUPPI IN EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA

Ludovica Breccia

Logopedista,

Dott.ssa in Psicologia clinica

Rosanna Duggento

Psicologa clinica, Psicoterapeuta

sistematico relazionale

RIASSUNTO

L'articolo si configura come una rassegna dello stato dell'arte sul tema della teleriabilitazione, tale da offrire strumenti conoscitivi e operazionali in vista della riorganizzazione dei servizi assistenziali e riabilitativi per la pandemia globale da COVID-19.

La pandemia ha infatti cambiato il mondo nel giro di poche settimane, compreso quello della riabilitazione. La strategia primaria per limitare la diffusione del virus è rappresentata dall'isolamento sociale. Dato questo principio, gli operatori sanitari sono stati chiamati a limitare gli incontri faccia a faccia ai casi indispensabili, ricorrendo a metodiche di assistenza a distanza.

Nel corso dell'ultima decade si è assistito a un rilevante avanzamento in ambito riabilitativo, e a un concomitante progresso tecnologico. Dalla combinazione di questi due fattori emerge il successo della teleriabilitazione, un campo della telemedicina costituito da sistemi di controllo dei percorsi riabilitativi a distanza, che va intesa come una potenziale risorsa applicativa attuale e un promettente sviluppo per il futuro. Lungo l'articolo è stata condotta una rassegna sull'applicazione di metodiche di teleriabilitazione in ambito occupazionale, neuropsicologico e più propriamente di supporto psicologico,

in età adulta, geriatrica ed evolutiva. Sono infine stati evidenziati i dati di efficacia e i limiti rilevati dalle esperienze, presupposti per migliorare le applicazioni future.

PAROLE CHIAVE

Teleriabilitazione, telecomunicazioni, videoconferenza, monitoraggio.

INTRODUZIONE

La strategia primaria per limitare la diffusione del COVID-19 è rappresentata dall'isolamento sociale, come chiarito dal DPCM della presidenza del consiglio dei ministri del 4 marzo 2020 e successivi. Questo principio di sanità pubblica, già impiegato nelle precedenti emergenze epidemiologiche, si ripercuote anche sulle modalità di assistenza in ambito sanitario e socio-assistenziale. Quali sono gli incontri indispensabili e quali invece i processi di cura eseguibili a distanza? Quali sono i cambiamenti attendibili nelle leggi, nei regolamenti e nelle politiche di lavoro necessari per consentire questa transizione? Con il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) n. 12/2020 sono state disposte le prime indicazioni per i servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19.

Metodiche di assistenza a distanza, in cui

il paziente è geograficamente separato dal medico o da un altro professionista sanitario qualificato e abilitato all'uso di tecnologie di comunicazione, esistono da decenni, ma l'implementazione diffusa ne è stata limitata da leggi, regolamenti e politiche nazionali e organizzative. Da ciò consegue che le prove della loro efficacia rispetto alle cure tradizionali siano scarne (Klein e Bysis, 2020).

Il termine generale per molti servizi di assistenza a distanza è quello di «telemedicina», dal greco *tēle*, «lontano». Molti pensano che la telemedicina sia costituita esclusivamente da interazioni in tempo reale o comunicazioni audio e video sincrone tra un paziente e un sanitario. Sussiste in realtà un ampio spettro di altri servizi di telemedicina: la comunicazione telefonica, i servizi digitali asincroni come e-mail, i messaggi di testo, il monitoraggio in remoto dei dati dei pazienti quali immagini o parametri fisiologici. La telemedicina richiede inoltre un coinvolgimento ed una relazione autentica degli interlocutori, una strutturazione del setting in cui si svolge l'interazione a distanza, l'impiego di strategie di comunicazione non verbale, la compilazione di documentazione digitale adeguata a supporto del servizio svolto oltre che un'idonea gestione del tempo da parte dell'operatore.

La teleriabilitazione, sviluppatasi nell'ultimo decennio, è un campo della telemedicina costituito da sistemi di controllo dei percorsi riabilitativi a distanza. Studi ed esperienze attuali (Klein e Bysis, 2020) mostrano che la teleriabilitazione include principalmente la valutazione funzionale del paziente, la gestione clinica del paziente a distanza, la gestione dei programmi di riabilitazione da remoto, l'individuazione delle esigenze del paziente o del caregiver, la teleconsulenza, l'educazione e l'addestramento di professionisti e caregiver.

Un primo intervento richiesto agli psicologi nell'ambito delle sequele della pandemia attuale, erogabile anche in modalità a distanza, è sicuramente volto a contenere gli esiti

dell'isolamento e del distanziamento sociale, a favorire i processi comunicativi e l'elaborazione dei lutti intercorsi e a fronteggiare il Burnout nel personale sanitario e assistenziale coinvolto in prima linea nella gestione dei pazienti infetti (Usher, Bhullar e Jackson, 2020). La pandemia avrà sicuramente un effetto duraturo sulla società, per questo si presuppone che anche nel medio-lungo termine gli operatori sanitari faranno ricorso a modalità di assistenza a distanza; in tal senso le esperienze pregresse nel campo pongono le basi per le applicazioni future.

TELERIABILITAZIONE CARDIACA: SORVEGLIANZA E SUPPORTO MOTIVAZIONALE PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

La malattia coronarica è una delle principali cause di morte a livello globale. I programmi di riabilitazione cardiaca riducono gli eventi ricorrenti di malattia e migliorano i fattori di rischio e la qualità della vita attraverso l'attività fisica e l'educazione. Pertanto, risultano utili modelli innovativi per la prevenzione secondaria. Il monitoraggio dei fattori di rischio cardiovascolari sembra essere particolarmente attuabile nell'ambito della telemedicina. Ciò include applicazioni sanitarie utili nel migliorare lo stile di vita mediante sorveglianza, informazione, supporto psicologico e strumenti motivazionali interattivi, con l'obiettivo finale di ridurre i fattori di rischio, la morbilità e la mortalità ad eziologia cardiovascolare. La teleriabilitazione cardiaca è un nuovo e promettente strumento, in particolare per i pazienti che non vivono vicino ad un centro di riabilitazione o che non sono in grado di frequentarlo per vari motivi. Si configura anche come uno strumento utile per migliorare l'aderenza a lungo termine alle indicazioni fornite dai sanitari, e promuovere uno stile di vita salutare.

Nel loro insieme, i risultati delle applicazioni di teleriabilitazione cardiaca (Spindler et al., 2019), suggeriscono che non vi sono differenze tra riabilitazione convenzionale e



teleriabilitazione in termini di motivazione ed impegno dei pazienti in attività di riabilitazione. Sebbene sia stato osservato un aumento iniziale della motivazione autonoma nel gruppo di teleriabilitazione, questa differenza positiva non perdurava nel tempo. Il disagio psicologico diminuisce a livelli comparabili indipendentemente dal fatto che la riabilitazione si verifichi in modalità convenzionale o telematica. Tuttavia occorrono studi prospettici randomizzati su larga scala per dimostrare che la teleriabilitazione cardiaca sia ugualmente efficace rispetto ai programmi usuali basati sulle linee guida attuali.

TELERIABILITAZIONE NEUROMOTORIA E OCCUPAZIONALE: DALLA ROBOTICA ALLA REALTÀ VIRTUALE

Qui di seguito si offre una breve rassegna delle esperienze nel campo della teleriabilitazione, con specifico riferimento al recupero funzionale dell'arto superiore (Zampolini et al., 2008). Gli studi dimostrano che per risultare efficaci, i programmi di riabilitazioni dovrebbero iniziare il prima possibile, essere intensivi e perdurare nelle fasi successive a quella acuta.

Recenti scoperte in neurofisiologia del sistema nervoso hanno mostrato nuove prospettive nel controllo motorio e di conseguenza nei programmi di riabilitazione: il piano motorio della corteccia frontale è influenzato dall'ambiente e dal contesto in cui l'azione si svolge. Nella corteccia prefrontale vi sono infatti aree che facilitano o inibiscono il piano motorio a seconda dell'oggetto che l'arto sta per raggiungere. Inoltre, ci sono aree sensibili alla replicazione di un'azione eseguita da un'altra persona. Si tratta dei "neuroni specchio", attivati dall'azione sia umana che robotica. Sulla base di queste osservazioni, sono stati sviluppati nuovi paradigmi della riabilitazione come le terapie orientate ai compiti. Tali terapie si basano su esercizi con azioni ripetitive inserite in un contesto. L'allenamento può essere svolto anche senza movimento attivo, ovvero pensando al

movimento. Questa tecnica è chiamata "pratica mentale" e si è dimostrata efficace. Inoltre in anni recenti, diversi studi hanno dimostrato che il cervello è continuamente rimappato secondo l'attivazione delle aree cerebrali. L'inattività porta quindi ad un "non uso appreso" con conseguente compromissione della funzione di talune aree specifiche. Quindi anche durante la fase cronica l'esercizio aumenterebbe la funzione; per questo la riabilitazione diviene necessaria per mantenere un'attività adeguata.

Un altro problema emergente è l'importanza dell'intensità del trattamento. L'incremento del trattamento, supportato da strumenti di teleriabilitazione, può indurre proprio ad un miglior recupero.

In letteratura sono riportate diverse applicazioni della teleriabilitazione in ambito neuromotorio.

Per esempio la **robotica** è correlata alla teleriabilitazione: il sistema potrebbe essere controllato a distanza da operatori formati capaci di inviare dati. Una serie di studi ha dimostrato che in riabilitazione la robotica, applicata principalmente nel recupero funzionale dell'arto superiore, potrebbe rappresentare un sistema alternativo o integrativo alla fisioterapia classica. Il limite principale è rappresentato dal fatto che la maggior parte dei sistemi robotici non siano facilmente trasportabili, a causa delle loro dimensioni e del peso.

Un'altra interessante applicazione in teleriabilitazione è l'interazione di umani con macchine: le **interfacce cervello-macchina** (Brain Machine Interface-BMI) ne formano una sotto-classe speciale. Sono state usate come mezzi di comunicazione per le persone che hanno un controllo muscolare volontario nullo o scarso. Per questo la BMI è un'interfaccia dal crescente impiego in domotica, riabilitazione e robotica. Mani protesiche e sedie a rotelle, nonché la testa e il tronco possono essere controllate tramite BMI.

Anche la **realità virtuale** sta assumendo un

ruolo di rilievo in diversi campi della riabilitazione. Finora è stata utilizzata nella riabilitazione degli arti superiori, nella disabilità fisica, nei deficit cognitivi e nella riabilitazione vestibolare. A partire dagli studi analizzati è emerso che le persone con disabilità sembrano essere in grado di apprendere abilità all'interno di ambienti virtuali e di trasferirle nel mondo reale. La realtà virtuale mostra inoltre vantaggi significativi quali il coinvolgimento motivazionale del paziente, l'adattabilità dei compiti al paziente, l'archiviazione trasparente dei dati, l'accesso in remoto ai dati, la riduzione delle spese sanitarie e la portabilità degli strumenti. I limiti nell'uso della realtà virtuale in ambito riabilitativo sono rappresentati dalla mancanza di competenze informatiche dei terapisti, dal costo delle apparecchiature, dall'esistenza di infrastrutture inadeguate per la teleriabilitazione in aree rurali oltre che dalla scarsa sorveglianza del paziente.

La **terapia del movimento indotta da vincoli** consiste in un uso forzato dell'arto superiore per migliorare il recupero e contrastare il "non uso appreso". Recentemente, questo paradigma è stato implementato nel sistema di teleriabilitazione sollecitando un uso autoindotto da vincoli.

Un altro esempio di applicazione di teleriabilitazione è costituito da attività domiciliari da eseguirsi ad un tavolo di lavoro con stimoli strutturati per la riabilitazione degli arti superiori.

Da un'analisi complessiva degli studi su applicazioni di teleriabilitazione in ambito neuro-motorio e occupazionale, emerge l'assenza di prove forti di efficacia dovute alle piccole dimensioni dei campioni studiati e allo scarso design degli studi. Tuttavia la teleriabilitazione costituisce un approccio promettente e i dati raccolti mostrano una tendenza verso un effetto positivo di tale metodologia. La teleriabilitazione domiciliare potrebbe anche avere un effetto positivo nel rapporto costo/efficacia nel caso in cui l'intervento del terapista non sia

continuativo ma venga principalmente utilizzato per indirizzare e monitorare le attività svolte dal paziente o dal caregiver. Sarebbe rilevante inoltre la possibilità di rimanere in contatto con i centri di riabilitazione tramite sistemi telematici nei casi di disabilità gravi quali cerebrolesioni acquisite, esiti cronici di ictus o stati avanzati di sclerosi multipla. In questi casi il contatto da remoto con i professionisti sanitari eserciterebbe un ruolo importante nella gestione dei problemi assistenziali e nella riduzione degli accessi in ospedale. Il contatto potrebbe essere utile anche per monitorare gli esercizi precedentemente forniti al paziente o al caregiver col fine di mantenere il recupero conseguito alla conclusione di programmi di riabilitazione intensiva.

La teleriabilitazione è una grande opportunità ma vi sono anche dei pericoli e degli effetti collaterali. Un problema potrebbe essere quello della perdita del contatto reale tra il terapeuta e il paziente oltre che degli input sensoriali impartiti dal terapista. La teleriabilitazione potrebbe anche portare ad una retrocessione del paziente e limitazione nella partecipazione alla vita di comunità. Un altro problema da risolvere è l'elevato rapporto costi/benefici, per via del costo elevato dei vari sistemi al momento disponibili sul mercato.

I pazienti da includere in un programma di teleriabilitazione dovrebbero inoltre essere selezionati in base alle possibilità di recupero, al tipo di malattia e alla fase di recupero.

TELERIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA: TRAINING E MONITORAGGIO A DISTANZA

Sono numerosi gli studi presenti in letteratura riguardo il trattamento dei disturbi cognitivi post ictus. Un evento ictale può influenzare diversi domini cognitivi, a seconda della tipologia, della localizzazione della lesione e dell'età di insorgenza, e per questo richiede interventi mirati.

La teleriabilitazione con la **realtà virtuale**, utilizzata per ridurre i costi sanitari ed



incoraggiare la continuità delle cure in pazienti post ictus, si è dimostrata efficace. Nello studio di Torrisi et al. (2019), i pazienti post ictus che si sono sottoposti ad un sistema di riabilitazione in una realtà virtuale tramite l'impiego di un tablet in ambito domestico (3 giorni a settimana con una durata di 50 minuti per sessione), hanno mostrato un miglioramento delle abilità neuropsicologiche rilevabile al retest seguente al trattamento in teleriabilitazione. I dati sono stati supportati dal confronto col gruppo di controllo che si è sottoposto al trattamento standard con la stessa cadenza.

Analoghe esperienze si ritrovano nella teleriabilitazione neuropsicologica di pazienti con traumi cranici (Diamond et al., 2003): è stato impiegato un centro virtuale di riabilitazione online che fornisce servizi di riabilitazione, informazione e supporto alle persone con traumi cranici. Tutti gli 8 partecipanti allo studio hanno imparato ad utilizzare il sistema sebbene le abilità di apprendimento fossero variabili. Inoltre un partecipante ha generalizzato l'apprendimento dalla teleriabilitazione alla vita quotidiana. Nel complesso il grado di compromissione nelle abilità cognitivo-comportamentali, nell'integrazione visuo-costruttiva e nelle funzioni esecutive, nonché nell'elaborazione del linguaggio, sembravano essere correlate all'efficacia del trattamento attraverso il centro virtuale di riabilitazione.

È stato inoltre valutato il ricorso ad un sistema di teleriabilitazione cognitiva integrata in un programma diurno per adulti da parte di un soggetto con afasia progressiva primaria (PPA) con variante mista non fluida/logopenica, per la determinazione dei potenziali benefici (Burdéa et al., 2015). Il soggetto ha interagito con i giochi terapeutici utilizzando un controller che misurava i movimenti 3D della mano. Nelle simulazioni al computer sono stati adattati i livelli di difficoltà in base alle prestazioni conseguite, e i risultati sono stati memorizzati su un server in remoto. La terapia consisteva in giochi mirati alla comprensione del linguaggio,

alle funzioni esecutive; attenzione visiva e memoria a breve termine. I test neuropsicologici non hanno mostrato alcun beneficio ma il caregiver ha riportato notevoli miglioramenti nelle risposte verbali, nell'uso del vocabolario, nella capacità di strutturare frasi complete, nel seguire le indicazioni un passo alla volta e partecipare alle attività quotidiane.

Si riscontra inoltre l'uso di **piattaforme di teleriabilitazione neuropsicologica**, tra queste la *Guttmann Neuropersonal Trainer* (GNPT) che fornisce nuove strategie per la riabilitazione cognitiva, migliorando l'efficienza e l'accesso ai trattamenti (Solana et al., 2015). Si tratta di un sistema che consente ai neuropsicologi di configurare e programmare sessioni di riabilitazione individualizzate; è costituito da una serie di esercizi cognitivi computerizzati personalizzati e basati sui principi della neuroscienza e della plasticità. Fornisce inoltre un monitoraggio continuo in remoto delle prestazioni del paziente, mediante una strategia di comunicazione asincrona. La piattaforma consente ai pazienti con danni cerebrali di continuare ed estendere ulteriormente la riabilitazione in ambito domestico, migliorando l'efficienza del processo di riabilitazione.

Sono state condotte inoltre sperimentazioni per studiare la fattibilità e l'efficacia della **tele-assistenza individuale in videoconferenza** per un programma di riabilitazione della memoria in pazienti con ictus (Lawson et al., 2020). Si sono evidenziati miglioramenti correlati al recupero della memoria di eventi quotidiani e della memoria prospettica. Inoltre è stato osservato un maggior ricorso a strategie interne. Infine sessioni di lavoro di richiamo hanno permesso un mantenimento più duraturo degli obiettivi raggiunti.

La **telereabilitazione audiovisiva** è stata impiegata come strumento per adulti e bambini con disturbi del campo visivo quali l'emianopsia (Tinelli, Cioni e Purpura, 2017). È stato utilizzato un apparato costituito da una struttura semicircolare in cui sono situati stimoli

visivi e acustici. Una telecamera integrata nella struttura meccanica al centro del pannello è capace di controllare i movimenti di occhi e testa. I pazienti hanno utilizzato questo sistema di allenamento con un software personalizzato su un tablet. Il terapista ha il controllo completo in remoto sulla sessione di lavoro e sui risultati conseguiti. I pazienti adulti che si sono sottoposti al trattamento hanno mostrato miglioramenti nelle abilità di attenzione visiva con effetti a lungo termine.

Uno studio pilota (Jelicic, 2014) ha confrontato gli effetti della **stimolazione semantico-lessicale attraverso la tecnologia delle telecomunicazioni** (SSL-telematica), con approccio diretto alla persona (SSL-diretta) o attraverso un trattamento cognitivo non strutturato, in 27 pazienti con malattia di Alzheimer in fase precoce (Mini-Mental State Examination [MMSE]> 26/30). L'intervento consisteva in due sessioni settimanali di stimolazione sulle abilità semantico-lessicali (tramite teleconferenza o faccia a faccia, a seconda del gruppo di assegnazione) o esercizi cognitivi non strutturati somministrati a piccoli gruppi per un periodo di 3 mesi. Il punteggio medio al MMSE è migliorato significativamente nei trattamenti *SSL-telematica* e *SSL-diretta*; in particolare il trattamento SSL-telematica ha migliorato le capacità linguistiche, sia fonemiche che semantiche, e ha stabilizzato la memoria episodica verbale ritardata rispetto alle prestazioni rilevate con l'intervento SSL-diretta e alle prestazioni rilevate nel gruppo di controllo. Il miglioramento non è stato raggiunto in alcun punteggio del test neuropsicologico dopo trattamenti del tipo cognitivo non strutturato. L'applicazione della tecnologia delle telecomunicazioni alla riabilitazione cognitiva dei pazienti anziani con compromissione cognitiva neurodegenerativa sarebbe quindi fattibile e capace di migliorare le prestazioni cognitive globali.

Altri studi che hanno testato sistemi di videoconferenza per la riabilitazione neurocognitiva da remoto di pazienti anziani, hanno invece

evidenziato delle criticità (Peel, Russell e Gray, 2011): diversi pazienti vengono infatti considerati non idonei alla teleriabilitazione, principalmente per problemi uditivi o visivi, ansia del paziente/caregiver, mancanza di spazi idonei in casa e deficit cognitivi. Il personale ritiene tuttavia che la teleriabilitazione sia particolarmente stimolante a causa della complessità dei casi, e che per molti pazienti sia necessaria un'integrazione con trattamenti standard. Per implementare il ricorso alla teleriabilitazione in persone anziane vi sarebbero delle barriere da superare relative alle limitazioni dei pazienti, alle problematiche del personale e alla logistica del sistema. La scarsa accuratezza diagnostica, l'eterogeneità delle valutazioni e degli interventi precludono una valida comparazione degli esiti della telepratica rispetto ai trattamenti standard (Coleman, Frymark, Franceschini e Theodoros, 2015).

La tecnologia può anche essere impiegata per attuare un **monitoraggio** dei pazienti con deficit cognitivi che vivono da soli. Uno studio ha valutato la fattibilità e l'accettabilità della tecnologia della "casa intelligente" Howz per monitorare l'attività degli utenti sopravvissuti ad un ictus rilevandone un cambiamento (Rogerson, Burr e Tyson, 2020). Le informazioni vengono derivate da sensori installati nel domicilio dell'utente e sono rese disponibili all'utente stesso e ad un contatto designato (di solito un familiare) tramite un'app. Se l'attività rilevata cambia, viene quindi inviato un avviso all'utente e al contatto indicato. Tutti i partecipanti hanno designato avvisi riguardanti la sveglia mattutina e altre attività quotidiane. I partecipanti hanno trovato il sistema di facile installazione, discreto e ne sono stati positivamente colpiti, tanto da consigliarlo ad altri utenti. Il sistema Howz è risultato quindi fattibile e accettabile e ha fornito agli utenti e alla loro famiglia un maggiore senso di sicurezza e tranquillità rispetto al verificarsi di eventi che richiederebbero un pronto aiuto.

Il telemonitoraggio è stato anche impiegato



come sostegno ai pazienti con disturbi della coscienza (Disturbance of Consciousness-DoC) la cui gestione è delegata quasi interamente alla famiglia. Al fine di promuovere il supporto delle famiglie di persone con DoC, è stato condotto uno studio pilota per testare la fattibilità dell'assistenza domiciliare basata su un sistema di telemonitoraggio (Zucchella et al., 2018). Undici pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica e funzionale al momento dell'arruolamento, dopo due mesi, dopo sei mesi e alla fine del progetto, ovvero dopo 12 mesi, tramite scale cliniche. I punteggi dei pazienti su scala clinica non hanno mostrato differenze statisticamente significative. È stata segnalata tuttavia una tendenza al miglioramento della qualità della vita dei care-giver, della loro ansia e depressione, nonché un elevato grado di soddisfazione riguardo l'intervento. Pertanto, il telemonitoraggio dovrebbe essere preso in considerazione nella gestione dei pazienti con DoC per favorire la dimissione dalle cure acute e supportare le famiglie nelle cure domiciliari.

TELESUPPORTO PSICOLOGICO NELLA GESTIONE DELL'ANGOSCIA E DEL DISAGIO

La letteratura ci mostra un esempio di intervento a distanza via Skype progettato per ridurre l'angoscia nelle persone affette da **malattie degenerative** quali la sclerosi multipla (SM) progressiva primaria e secondaria (Bogosian et al., 2015). Quaranta partecipanti sono stati assegnati in modo casuale ad un intervento di supporto della durata di otto settimane ($n = 19$) o ad un gruppo di controllo ($n = 21$). I partecipanti hanno compilato questionari standardizzati per misurare l'umore, l'impatto della SM e la gravità dei sintomi, la qualità della vita e i costi del servizio prima, dopo l'intervento e al follow-up di tre mesi. I punteggi medi di dolore, affaticamento, ansia, depressione e impatto della SM si sono ridotti nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. È quindi stato dimostrato che gli interventi

basati sulla consapevolezza riducano efficacemente l'ansia, la depressione e il dolore nei pazienti con malattie fisiche croniche.

Altri studi vagliano l'efficacia di interventi in videoconferenza volti a rispondere alle esigenze psicosociali specifiche delle persone con **tumore** e delle loro famiglie. In particolare uno studio ha assegnato 148 adulti con tumore cerebrale primario in modo casuale al programma di videoconferenza *Tele-MAST* di 10 sessioni o alle cure standard di un servizio di consulenza sul cancro (Ownsworth et al., 2019). L'outcome primario era il livello di depressione e quelli secondari la qualità della vita, la salute mentale del paziente e dei componenti della sua famiglia. Le valutazioni sono state condotte prima dell'intervento, subito dopo l'intervento, a 6 settimane e a 6 mesi dalla fine dell'intervento. I risultati hanno indicato che il programma *Tele-MAST* si associa a migliori risultati clinici e che sia più conveniente rispetto ai servizi di supporto al cancro esistenti. Tali risultati invogliano a migliorare la teleassistenza psicosociale aumentandone l'accessibilità per i pazienti con tumori cerebrali.

Una revisione degli interventi psico-educativi mediante tecnologie di telecomunicazione per pazienti adulti affetti da cancro ha valutato la loro efficacia nel ridurre il disagio emotivo e migliorare la qualità della vita (Bártolo et al., 2019). È emerso che l'efficacia degli interventi che utilizzano approcci a distanza nel contesto del cancro non sia ancora ben definita; dovrebbero essere condotti ulteriori studi con interventi mirati che minimizzano l'interazione faccia a faccia. I professionisti della riabilitazione che lavorano nel campo dell'oncologia dovrebbero investire nello sviluppo di interventi psico-educativi che rispondano alle esigenze dei pazienti e promuovano le loro capacità di controllo dello stress. I programmi che utilizzano tecnologie di telecomunicazione possono ridurre le disparità nell'erogazione dei servizi, riducendo al minimo le barriere geografiche e socio-economiche nell'attuazione degli

interventi. Con l'attuale sviluppo tecnologico, è possibile eseguire interventi basati sull'interazione terapeuta-paziente. Tuttavia, i protocolli disponibili in questo campo impiegano ancora risorse di base (ad es. siti web, e-mail e video). I giovani malati di cancro sono inoltre esposti a problematiche aggiuntive relative ad esempio alla fertilità e alla genitorialità. I nuovi approcci di intervento dovrebbero perciò considerare le esigenze informative di ciascun ammalato. Merita infine di essere notificata l'applicazione della tecnologia mediante piattaforma mobile gratuita per l'autogestione dello **stress psicologico** (Gaggioli et al., 2014). La piattaforma mobile presenta tre componenti principali:

1. rilassamento guidato, che offre all'utente la possibilità di sfogliare una galleria musicale per il rilassamento e risorse video-narrative per ridurre lo stress;
2. biofeedback 3D, che aiutano l'utente ad imparare a controllare le proprie risposte, visualizzando le variazioni della frequenza cardiaca in un ambiente 3D coinvolgente;
3. monitoraggio dello stress, mediante la registrazione della frequenza cardiaca e delle segnalazioni personali con sensore da polso.

Tale applicazione è stata valutata positivamente in una prova online che ha coinvolto 32 partecipanti, di cui 7 hanno utilizzato l'applicazione in combinazione con il sensore da polso. Nel complesso, il feedback degli utenti è stato soddisfacente e l'analisi dei dati raccolti online ha indicato la capacità dell'app di ridurre i livelli di stress percepiti.

APPLICAZIONI DELLA TELERIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

La letteratura offre anche delle esperienze di applicazione di interventi a distanza per l'età evolutiva. Una revisione approfondisce l'efficacia di interventi di riabilitazione multidisciplinare basati sulla tecnologia remota (TR) in bambini con **lesioni cerebrali acquisite**, al fine

di porre rimedio alle sequele degli stati patologici e promuovere l'inclusione (Corti et al., 2019). I trattamenti basati sulla tecnologia rappresentano un campo promettente all'interno dell'area di riabilitazione, in quanto consentono di fornire interventi in contesti ecologici e di creare esercizi divertenti che possono favorire la partecipazione. Sulla base del processo di revisione, la maggior parte dei trattamenti in TR ha affrontato problemi cognitivi. Tutti quelli focalizzati su problemi comportamentali sono risultati efficaci. Due modelli meta-analitici che hanno esaminato le modalità degli esiti cognitivi e comportamentali del trattamento in TR hanno prodotto una dimensione dell'effetto non significativa per la TR cognitiva e una dimensione dell'effetto bassa-modera-ta per la TR comportamentale. Ulteriori modelli sugli esiti hanno invece delineato dimensioni significative degli effetti moderati per entrambi i tipi di trattamenti in TR. Tuttavia, è stata osservata una costante eterogeneità metodologica, che comporta una cauta interpretazione dei risultati. Un'analisi dei risultati sulle abilità visuo-spaziali ha mostrato una dimensione dell'effetto minore ma significativa rispetto ai risultati generali al trattamento cognitivo in TR, suggerendo una maggiore affidabilità degli effetti cognitivi generali del trattamento in TR. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere se specifiche caratteristiche di allenamento e sottogruppi di popolazione hanno probabilità di associarsi ad una maggiore efficacia dell'allenamento.

Un altro interessante studio ha invece vagliato l'impiego di programmi computerizzati in due coorti di pazienti con **sclerosi multipla pediatrica (SMP)** e **deficit di attenzione e iperattività (ADHD)** (Simone, Viterbo, Margari e Iafaldano, 2018). I pazienti con SMP e ADHD che hanno fallito in almeno 2/4 test di attenzione di una batteria neuropsicologica sono stati randomizzati e sottoposti ad *trattamenti informatici specifici (TIS)* o *non specifici (TINS)*, eseguiti in sessioni di un'ora, due volte a settimana per



3 mesi. L'outcome primario era l'effetto dell'allenamento sulle prestazioni neuropsicologiche globali misurate dall'indice di compromissione cognitiva. L'efficacia dell'intervento è stata valutata in ciascun gruppo utilizzando misure ripetute. Nei 16 pazienti con SMP l'esposizione al TIS si associa ad un miglioramento significativamente più pronunciato della compromissione cognitiva rispetto all'esposizione al TINS. Nei 20 pazienti con ADHD la differenza tra le due tipologie di trattamenti sull'indice di compromissione cognitiva non era statisticamente significativa, ma un effetto maggiore del TIS è stato riscontrato solo su test cognitivi che esplorano l'attenzione e il richiamo ritardato delle prestazioni di memoria visuo-spaziale. I dati hanno quindi suggerito che un programma di riabilitazione cognitiva dell'attenzione possa rappresentare uno strumento adatto per migliorare il funzionamento cognitivo globale nei pazienti con SMP, con un effetto meno

pronunciato nei pazienti con ADHD.

Un altro articolo ha discusso l'uso delle tecnologie di teleriabilitazione nella terapia occupazionale in **ambito scolastico** (Criss, 2013). La teleriabilitazione, ai fini di questo programma, comprendeva l'implementazione di servizi di terapia occupazionale tramite tecnologia di videoconferenza interattiva bidirezionale. In questo studio pilota erano inclusi bambini, dai 6 agli 11 anni, che frequentavano una scuola online e avevano difficoltà nelle aree delle abilità motorie e/o motorie visive che incidevano sul successo della scrittura manuale. Ogni partecipante si è sottoposto ad una valutazione virtuale e a sei sessioni di intervento di 30 minuti ciascuna. Alla fine del programma è stato effettuato un sondaggio per determinare la soddisfazione dei partecipanti, tutor e studenti. I risultati hanno rivelato miglioramenti nelle prestazioni della scrittura manuale per la maggior parte degli studenti che hanno partecipato



al programma e alti tassi di soddisfazione segnalati da tutti i partecipanti.

Il ricorso ad interventi di teleassistenza con genitori di bambini con **autismo** è frequente. Un esempio ne è uno studio pilota che ha esplorato l'uso della teleriabilitazione per sessioni di terapia occupazionale collaborativa con genitori di bambini con autismo (Gibbs e Toth-Cohen, 2011). L'obiettivo era quello di migliorare la ripetibilità di strategie terapeutiche da parte dei genitori per affrontare al meglio la modulazione sensoriale dei bambini nei loro ambienti naturali. Quattro famiglie hanno partecipato a sessioni in vivo con il terapeuta seguite da sessioni online per sei settimane. I dati consistevano in programmi familiari, stimolazioni sensoriali, sessioni webcam archiviate e valutazioni della misura di elaborazione sensoriale, prima e dopo le sessioni di teleriabilitazione. I risultati hanno dimostrato un potenziale nell'utilizzo della teleriabilitazione come strumento capace di migliorare la ripetibilità dei programmi a casa e offrire ai genitori l'opportunità di porre domande, rivedere le tecniche sensoriali e comprendere il ragionamento clinico del terapeuta.

È possibile anche un servizio di teleassistenza per bambini con **disturbi del linguaggio**. Un articolo ha descritto un modello di erogazione del servizio di teleassistenza a scuola riportando i risultati ottenuti da studenti in età scolare con disturbi del linguaggio in un distretto scolastico rurale dell'Ohio (Grogan-Johnson et al., 2011). È stato fornito un intervento logopedico attraverso stimolazioni alla produzione di suoni verbali, erogabile in modalità di videoconferenza interattiva o attraverso un intervento convenzionale. I progressi sono stati misurati usando i punteggi pre e post intervento conseguiti ad un test di articolazione verbale. Gli studenti in entrambi i modelli di erogazione del servizio hanno apportato miglioramenti significativi nella produzione dei suoni verbali. Gli studenti in condizioni di teleassistenza hanno dimostrato una maggiore padronanza negli

obiettivi del loro piano di istruzione individuale. La videoconferenza interattiva sembra quindi essere un metodo praticabile per fornire interventi in bambini con disturbi del linguaggio, sia in ambito domiciliare che scolastico.

È inoltre riportata un'esperienza di teleriabilitazione mediante il sistema di gioco *CosmoBot*, un software autonomo per la conduzione di terapia del linguaggio verbale (Parmanto, Saptono, Murthi, Safos e Lathan, 2008). Il sistema *CosmoBot* è costituito dal dispositivo di interfaccia umana *Mission Control* e dal software *Play and Learn* di Cosmo, con un personaggio robot di nome Cosmo che ha l'obiettivo di migliorare le capacità comunicative dei bambini e stimolare l'interazione verbale nell'ambito dei disturbi del linguaggio. È rivolto a bambini dai 3 ai 5 anni. Il sistema di telemonitoraggio mette in collegamento un terapista del linguaggio con un bambino o i suoi genitori. Si è ottenuto un sistema di teleriabilitazione che consente ad un logopedista di monitorare le attività dei bambini svolte a casa, fornendo al contempo feedback a distanza.

Un certo numero di applicazioni di telereabilitazione basate su immagini sono state utilizzate nella gestione di disturbi del linguaggio in pazienti adulti neurologici o in età evolutiva, con balbuzie, disturbi della voce, laringectomie e disfagie (Theodoros, 2008). È necessario un ulteriore sviluppo di tali applicazioni e di altre terapie basate sul computer, un'analisi dei costi/benefici, dell'efficacia e della formazione professionale dedicata se la teleriabilitazione dovesse diventare parte integrante della pratica logopedica.

Le procedure di riabilitazione raccomandate per la **dislessia evolutiva** non sono ancora completamente definite e solo pochi studi confrontano direttamente i diversi tipi di allenamento. Uno studio (Pecini et al., 2019) ha confrontato un allenamento *Reading Trainer* che lavora sulla compromissione della lettura con un allenamento *Run the RAN* che lavora sulla compromissione della denominazione rapida



automatizzata (RAN), uno dei principali deficit cognitivi associati alla dislessia evolutiva. Due gruppi di bambini con dislessia evolutiva ($N = 45$) equivalenti per età, sesso, QI e velocità di lettura sono stati addestrati dal Reading Trainer ($n = 21$) o da Run the RAN ($n = 24$); entrambi gli allenamenti hanno richiesto un intenso esercizio a casa della durata di 3 mesi. Entrambi i gruppi hanno mostrato miglioramenti significativi nella velocità e correttezza di lettura. Bypassando l'uso di stimoli alfanumerici, ma potenziando i processi cognitivi alla base della lettura, l'allenamento RAN può essere uno strumento valido nei bambini con difficoltà di lettura che apre nuove prospettive per i bambini con gravi disabilità o a rischio di difficoltà di lettura.

LIMITI

Come in parte discusso nei precedenti paragrafi le strategie di teleassistenza presentano delle utilità ma anche dei limiti applicativi connessi agli scarsi dati di efficacia disponibili. Non tutti i pazienti risultano candidati ad un sistema di teleassistenza per via di limiti inerenti la patologia o il disturbo presenti, la motivazione, l'attenzione, la compliance, l'autonomia nell'uso di sistemi digitali, l'entourage familiare, il setting domestico, la disponibilità e la capacità di impiego di strumenti tecnologici, i costi della connettività, le capacità e la formazione del personale dedicato.

Le **limitazioni sensoriali** uditive e visive costituiscono un evidente impedimento all'uso di strategie di supporto basate sulla tecnologia. Nel caso di ipoacusici resta possibile l'interazione a distanza in forma scritta o mediata da immagini/video. Al contrario negli ipovedenti il canale uditorio resta quello perseguitibile.

Vi sono tuttavia delle esperienze di teleriabilitazione per persone con deficit visivi. Diversi studi e progetti osservazionali hanno indicato il potenziale beneficio e la fattibilità dell'erogazione di cure oftalmologiche via internet. Al momento però non vi sono prove a sostegno

dell'uso della teleriabilitazione per le persone ipovedenti (Bittner, Yoshinaga, Wykstra, e Li, 2020).

Dato l'onere dei deficit sensoriali quali ipoacusia e ipovisione, e il crescente interesse per la telemedicina, è necessario che studi futuri esplorino il potenziale di piattaforme di teleriabilitazione per la fornitura di servizi remoti in pazienti con limitazioni sensoriali.

IMPLICAZIONI PER IL FUTURO

Negli ultimi anni, i progressi nella tecnologia dell'informazione e della comunicazione hanno portato allo sviluppo di piattaforme e applicazioni che mirano a sostenere la terapia di riabilitazione estendendo la continuità del trattamento a casa. In futuro potrebbe proprio essere utile costituire e sperimentare piattaforme di teleassistenza, secondo una ciber-security aderente al nuovo regolamento UE n. 679/2016 GDPR (General Data Protection Regulation), e con modalità d'impiego utili al raggiungimento di obiettivi terapeutici.

In una recente ricerca (Rosso, Frisiello, Trizio, Mosso e Bazzani, 2018) è stato adottato l'approccio centrato sulla persona per **progettare una piattaforma di riabilitazione** cognitiva in grado di fornire strumenti e funzionalità su misura per le esigenze e le strategie professionali, e in grado di coinvolgere i pazienti nel percorso di trattamento. Al fine di esplorare il punto di vista dei clinici sulle strategie di intervento neuropsicologico, sono state applicate due diverse tecniche: il metodo di decisione critica per studiare le strategie dei professionisti con una prospettiva descrittiva, e l'analisi gerarchica delle attività per l'analisi dei processi. I risultati della ricerca hanno dimostrato che l'adozione dell'approccio ibrido ha permesso di concentrarsi maggiormente sul processo di riabilitazione cognitiva e sul meccanismo decisionale dei professionisti. Ciò ha portato ad una migliore comprensione dei requisiti funzionali a supporto del processo decisionale strategico del clinico, in termini di personalizzazione dei

trattamenti, impostazioni degli esercizi cognitivi e personalizzazione del feedback. Lo studio ha offerto un contributo alla comprensione dei processi di riabilitazione, suggerendo gli impatti positivi di un trattamento clinico "esteso" possibile attraverso l'adozione di uno strumento flessibile e adattabile. In conclusione, la ricerca ha evidenziato il valore della tecnica della decisione critica di concentrarsi specificatamente sulle funzionalità che i professionisti richiedono ad un sistema di teleriabilitazione cognitiva, e ha permesso di progettare più dettagliatamente le interazioni clinico-paziente all'interno di un sistema telematico rispetto ai metodi convenzionali.

Tenendo conto delle norme di distanziamento sociale necessarie nella gestione della attuale pandemia, crescerà sicuramente l'interesse e il ricorso a processi di cura assistenziali e riabilitativi attraverso strumenti di monitoraggio mediati da canali telecomunicazione. Per questo è opportuno che il personale dedicato si informi, formi e sperimenti nuove metodologie sul campo per rispondere ai bisogni degli utenti in contesti di emergenza epidemiologica.

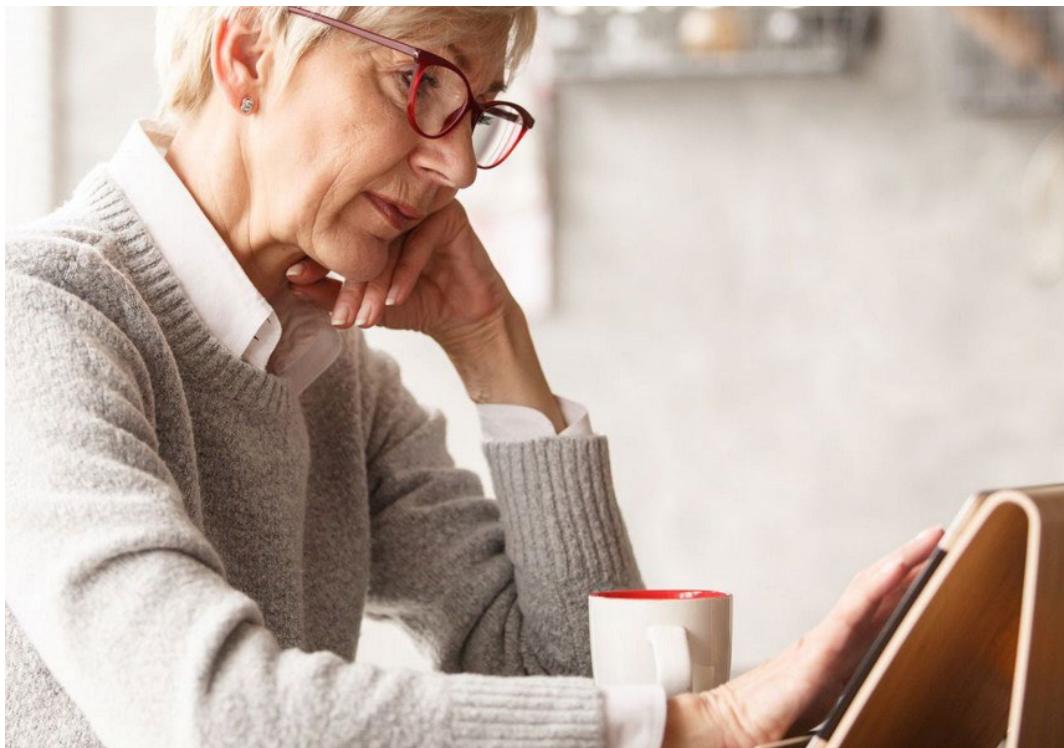
BIBLIOGRAFIA

- Bártholo, A., Pacheco, E., Rodrigues, F., Pereira, A., Monteiro, S., & Santos, I.M. (2019). *Effectiveness of psycho-educational interventions with telecommunication technologies on emotional distress and quality of life of adult cancer patients: a systematic review*. *Disabil Rehabil*. 2019 Apr;41(8):870-878, doi: 10.1080/09638288.2017.1411534.
- Bittner, A.K., Yoshinaga, P.D., Wykstra, S.L., & Li, T. (2020). *Telerehabilitation for people with low vision*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2, doi: 10.1002/14651858.CD011019.pub3.
- Bogosian, A., Chadwick, P., Windgassen, S., Norton, S., McCrone, P., Mosweu, I., Silber, E., & Moss-Morris, R. (2015). *Distress improves after mindfulness training for progressive MS: A pilot randomised trial*. *Mult Scler*. 2015 Aug;21(9):1184-94, doi: 10.1177/1352458515576261.
- Burdea, G.C., Polistico, K., House, G.P., Liu, R.R., Muñiz, R., Macaro, N.A., & Slater, L.M. (2015). *Novel integrative virtual rehabilitation reduces symptomatology of primary progressive aphasia: a case report*. *Int J Neurosci*. 2015;125(12):949-58, doi: 10.3109/00207454.2014.993392.
- Coleman, J.J., Frymark, T., Franceschini, N.M., & Theodoros, D.G. (2015). *Assessment and Treatment of Cognition and Communication Skills in Adults With Acquired Brain Injury via Telepractice: A Systematic Review*. *Am J Speech Lang Pathol*. 2015 May;24(2):295-315, doi: 10.1044/2015_AJSLP-14-0028.
- Corti, C., Oldrati, V., Oprandi, M.C., Ferrari, E., Poggi, G., Borgatti, R., Urgesi, C., & Bardoni, A. (2019). *Remote Technology-Based Training Programs for Children with Acquired Brain Injury: A Systematic Review and a Meta-Analytic Exploration*. *Behav Neurol*. 2019 Aug 1;2019:1346987, doi: 10.1155/2019/1346987.
- Criss M.J. (2013). *School-based telerehabilitation in occupational therapy: using telerehabilitation technologies to promote improvements in student performance*. *Int J Telerehabil*. 2013 Jun 11;5(1):39-46, doi: 10.5195/ijt.2013.6115.
- Diamond, B.J., Shreve, G.M., Bonilla, J.M., Johnston, M.V., Morodan, J., & Branneck, R. (2003). *Telerehabilitation, cognition and user-accessibility*. *NeuroRehabilitation*. 2003;18(2):171-7.
- Gaggioli, A., Cipresso, P., Serino, S., Campanaro, D.M., Pallavicini, F., Wiederhold, B.K., & Riva, G. (2014). *Positive technology: a free mobile platform for the self-management of psychological stress*. *Stud Health Technol Inform*. 2014;199:25-9.
- Gibbs, V., & Toth-Cohen, S. (2011). *Family-centered occupational therapy and telerehabilitation for children with autism spectrum disorders*. *Occup Ther Health Care*. 2011 Oct;25(4):298-314, doi: 10.3109/07380577.2011.606460.



- Grogan-Johnson, S., Gabel, R.M., Taylor, J., Rowan, L.E., Alvares, R., & Schenker, J. (2011). *A pilot exploration of speech sound disorder intervention delivered by telehealth to school-age children*. *Int J Telerehabil*. 2011 May 24;3(1):31-42.
- Jelicic, N., Agostini, M., Meneghelli, F., Bussè, C., Parise, S., Galano, A., Tonin, P., Dam, M., & Cagnin, A. (2014). *Feasibility and efficacy of cognitive telerehabilitation in early Alzheimer's disease: a pilot study*. *Clin Interv Aging*. 2014 Sep 24;9:1605-11, doi: 10.2147/CIA.S68145.
- Klein, B.C., & Busis, N.A. (2020). *COVID-19 is catalyzing the adoption of teleneurology*. *Neurology*, DOI: 10.1212/WNL.00000000000009494.
- Laver, K.E., Adey-Wakeling, Z., Crotty, M., Lannin, N.A., George, G., & Sherrington, C. (2020). *Telerehabilitation services for stroke*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 1, doi: 10.1002/14651858.CD010255.pub3.
- Lawson, D.W., Stolwyk, R.J., Ponsford, J.L., McKenzie, D.P., Downing, M.G., & Wong, D (2020). *Telehealth Delivery of Memory Rehabilitation Following Stroke*. *J Int Neuropsychol Soc*. 2020 Jan;26(1):58-71, doi: 10.1017/S1355617719000651.
- Ownsworth, T., Chambers, S., Aitken, J.F., Foote, M., Pinkham, M.B., Gordon, L.G., Lock, G., Hanley, B., Gardner, T., Jones, S., Robertson, J., Shum, D., & Conlon, E. (2019). *Evaluation of a telehealth psychological support intervention for people with primary brain tumour and their family members: Study protocol for a randomised controlled trial*. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Jul;28(4):e13132, doi: 10.1111/ecc.13132.
- Parmanto, B., Saptono, A., Murthi, R., Safos, C., & Lathan, C.E. (2008). *Secure telemonitoring system for delivering telerehabilitation therapy to enhance children's communication function to home*. *Telemed J E Health*. 2008 Nov;14(9):905-11, doi: 10.1089/tmj.2008.0003.
- Pecini, C., Spoglianti, S., Bonetti, S., Di Lieto, M.C., Guarani, F., Martinelli, A., Gasperini, F., Cristofani, P., Casalini, C., Mazzotti, S., Salvadorini, R., Bargagna, S., Palladino, P., Cismondo, D., Verga, A., Zorzi, C., Brizzolara, D., Vio, C., & Chilosì, A.M. (2019). *Training RAN or reading? A telerehabilitation study on developmental dyslexia*. *Dyslexia*. 2019 Aug;25(3):318-331, doi: 10.1002/dys.1619.
- Peel, N.M., Russell, T.G., & Gray, L.C. (2011). *Feasibility of using an in-home video conferencing system in geriatric rehabilitation*. *J Rehabil Med*. 2011 Mar; 43 (4): 364-6, doi: 10.2340 / 16501977-0675.
- Piotrowicz, E., & Piotrowicz, R., (2013). *Cardiac telerehabilitation: current situation and future challenges*. *Eur J Prev Cardiol*. 2013 Jun; DOI: 10.1177/2047487313487483c.
- Rogerson, L., Burr, J., & Tyson, S. (2020). *The feasibility and acceptability of smart home technology using the Howz system for people with stroke*. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2020 Feb;15(2):148-152, doi: 10.1080/17483107.2018.1541103.
- Rosso, G., Frisiello, A., Trizio, M., Mosso, C.O., & Bazzani, M. (2018). *Learning from professionals: Exploring cognitive rehabilitation strategies for the definition of the functional requirements of a telerehabilitation platform*. *Comput Biol Med*. 2018 Apr 1;95:288-297, doi: 10.1016/j.combiomed.2017.08.009.
- Simone, M., Viterbo, R.G., Margari, L., & Iaffaldano, P. (2018). *Computer-assisted rehabilitation of attention in pediatric multiple sclerosis and ADHD patients: a pilot trial*. *BMC Neurol*. 2018 Jun 8;18(1):82, doi: 10.1186/s12883-018-1087-3.
- Solana, J., Cáceres, C., García-Molina, A., Opisso, E., Roig, T., Tormos, J.M., & Gómez, E.J. (2015). *Improving brain injury cognitive rehabilitation by personalized telerehabilitation services: Guttmann neuropersonal trainer*. *IEEE J Biomed Health Inform*. 2015 Jan;19(1):124-31. doi: 10.1109/JBHI.2014.2354537.
- Spindler, H., Leerskov, K., Joensson, K., Nielsen, G., Andreasen, J.J., & Dinesen, B. (2019). *Conventional Rehabilitation Therapy*

- Versus Telerehabilitation in Cardiac Patients: A Comparison of Motivation, Psychological Distress, and Quality of Life.* Int J Environ Res Public Health. 2019 Feb 12, DOI: 10.3390/ijerph16030512.
- Theodoros, D.G. (2008). *Telerehabilitation for service delivery in speech-language pathology.* J Telemed Telecare. 2008;14(5):221-4, doi: 10.1258/jtt.2007.007044.
 - Tinelli, F., Cioni, G., & Purpura, G. (2017). *Development and Implementation of a New Telerehabilitation System for Audiovisual Stimulation Training in Hemianopia.* Front Neurol. 2017 Nov 21;8:621, doi: 10.3389/fneur.2017.00621.
 - Torrisi, M., Maresca, G., De Cola, M.C., Cannavò, A., Sciarrone, F., Silvestri, G., Bramanti, A., De Luca, R., & Calabrò, R.S. (2019). *Using telerehabilitation to improve cognitive function in post-stroke survivors: is this the time for the continuity of care?* Int J Rehabil Res. 2019 Dec;42(4):344-351, doi: 10.1097/MRR.0000000000000369.
 - Usher, K., Bhullar, N., & Jackson D. (2020). *Life in the pandemic: Social isolation and mental health.* J Clin Nurs. 2020 Apr 6, doi: 10.1111/jocn.15290.
 - Zampolini, M., Todeschini, E., Bernabe-Guitart, M., Hermens, H., Ilsbroukx, S., Macellari, V., Magni, R., Rogante, M., Scattareggia-Marchese, S., Vollenbroek and M., & Giacomozi, C. (2008). *Tele-rehabilitation: present and future.* Ann Ist Super Sanità 2008 | Vol. 44, No. 2: 125-134.
 - Zucchella, C., Di Santis, M., Ciccone, B., Pelella, M., Scappaticci, M., Badalassi, G., Lavezzi, S., & Bartolo, M. (2018). *Is telemonitoring useful for supporting persons with consciousness disorders and caregivers? A preliminary observational study in a real-life population.* J Telemed Telecare. 2018 Jan;24(1):56-62, doi: 10.1177/1357633X16673273.





RORSCHACH IN CORSIA

LA TERAPIA CON PAZIENTI BRCA

«I lettori hanno probabilmente del terapista un'immagine familiare, gentile, benevolo, relativamente silenzioso interessato a scoprire il passato di una persona attraverso un percorso graduale, ricco di riflessione e di analisi. La terapia sistematica è fatta di attiva partecipazione e di sforzo teso al cambiamento»

~ Salvador Minuchin

RIASSUNTO

Il presente lavoro è stato realizzato nel reparto di Oncologia Medica dell'Ospedale San Paolo di Bari, grazie alla lungimiranza del dott. Nicola Marzano responsabile del reparto di oncologia medica dell'Ospedale San Paolo di Bari e del dott. Olindo Custodero responsabile Breast Unit del medesimo nosocomio, nonché grazie alla collaborazione di alcune delle pazienti afferite alla Brest Unit nell'anno 2019 a cui è stata riscontrata una modifica genetica BRCA1 o BRCA2. L'idea trae origine dal fatto che la nuova frontiera della prevenzione in ambito oncologico richiede allo psicologo un'alta formazione specifica, poiché, con la scoperta della mutazione genetica, viene a modificarsi anche il quadro delle psicoterapie. Ci si ritrova – di fatto – a dover prendere in carico oltre che il singolo paziente l'intero gruppo familiare. Bisogna accompagnare queste persone in

un percorso di indagine genetica in aggiunta al supporto per la gestione sia delle loro ansie che delle attese a cui far fronte tenendo anche conto di quanto questo comporti direttamente ed indirettamente sugli individui coinvolti. È necessario al contempo sostenere ed accompagnare in un percorso decisionale i singoli sia sulla gestione di eventuali positività che sulle decisioni da prendere successivamente.

Questo tsunami che si abbatte sulle famiglie crea, il più delle volte, confusione e disorientamento rendendo necessario sia un percorso terapeutico individuale che uno familiare.

Un altro fattore di cui tener conto è rappresentato dal fatto che queste pazienti – e le loro famiglie – solitamente provengono da precedenti vissuti luttuosi che segnano indelebilmente la vita di tutti gli individui. Spesso ad essere colpiti dalla malattia prima di loro sono stati affetti

Mariella Tambone

Psicologa/Psicoterapeuta Sistematico
Relazionale responsabile del servizio di
supporto psicologico presso il
reparto oncologia dell'Ospedale
San Paolo di Bari

Emiddio Ricco

Psicologo/Psicoterapeuta
Sistematico Relazionale
(all'ultimo anno di formazione)



primari, quali genitori, fratelli, cugini, nonni, zii. Per questo motivo si è pensato di fare una valutazione del profondo delle pazienti, al fine di indagare anche quanto di inconscio si riattivi in loro in aggiunta al trauma della diagnosi ed all'incertezza del percorso terapeutico da affrontare. Si è deciso per questo di utilizzare il test di Rorschach che per le sue caratteristiche fornisce una mini-terapia emotiva senza che le pazienti utilizzino le difese razionali e quindi oppongano resistenze razionali al fluire delle loro emozioni. A questo si è associato una presa in carico relazionale individuale – e spesso familiare – di tipo sistematico. Infatti, quello che è possibile definire "sistema famiglia" viene nuovamente colpito da una diagnosi individuale e questo riattiva automaticamente negli individui tutti i lutti non elaborati, le paure con le quali si era cercato di convivere e le carenze conseguite dalla perdita. Il test di valutazione genetica inoltre, provoca

una devastante condivisione diagnostica che va gestita, affrontata e supportata dallo psicologo proprio per lo sconvolgente effetto sulla vita delle donne che ne vengono a conoscenza. Uno degli auspici che ha portato alla formulazione della presente riflessione è certamente orientato verso la creazione di équipes dedicate a questo tipo di problematica con gestione di gruppi e terapie individuali.

PAROLE CHIAVE

Brca 1/2, psicoterapia sistematico-relazionale, mastectomia profilattica-bilaterale, cancerofobia.

IL TEST DI RORSCHACH

Rorschach validò il suo "test delle macchie" con il reattivo di associazione verbale utilizzato da Jung (relatore della tesi in psichiatria dello stesso giovane svizzero) con il quale sviluppò un percorso



innovativo di diagnosi e cura della malattia mentale. A differenza del test di Jung -basato su un elenco di 100 parole stimolo su modello freudiano, che per questo rimaneva vincolato al livello razionale del paziente - quello delle "macchie" era in grado di superare tale limite rendendo lo strumento di assessment fruibile anche a pazienti di bassa levatura culturale. Ad oggi risulta ancora il test più completo nelle indagini di personalità. Indaga sulla qualità e quantità dell'intelligenza, sul tipo di vita interiore, sull'indice di realtà, sull'impulsività, su come tutte queste istanze interagiscono tra loro, e molto altro. A differenza di Freud che si occupò solo delle nevrosi sia Jung che Rorschach nella loro pratica clinica lavorarono molto sulle psicosi ed è per questo che superarono il padre della psicoanalisi. Altra figura chiave per Rorschach (professore e primario della clinica dove il giovane medico cominciò ad esercitare) fu un altro importante studioso, il dr Bleuler che gli permise di applicare l'approccio freudiano nella pratica clinica.

Un ultimo elemento significativo fu la professione del padre -un pittore - dal quale probabilmente ereditò anche le capacità artistiche che hanno fatto delle sue tavole uno strumento prezioso di indagine di personalità. È indubbio che l'opera d'arte si distingue proprio per la sua capacità di suscitare emozione in chi ne fruisce. Il test di Rorschach è molto emotivo e la sequenza delle tavole conduce il paziente in un percorso interiore profondo. Va infine sottolineato che lo studioso si ispirò alle tavole di un altro celebre psichiatra tedesco, Justinus Kerner. A differenza dell'autore teutonico però Rorschach introdusse il colore, la siglatura delle risposte e quindi la loro standardizzazione. Fece in modo di renderle più ambigue per consentire di proiettare sulle immagini il proprio sé.

A chiusura del presente passaggio sì evidenzia che nel periodo in cui Rorschach era intento a perfezionare il proprio strumento Jung era alle prese con il proprio testo sui "Tipi psicologici", quindi è ipotizzabile che i due autori portassero avanti degli studi paralleli sui tipi di personalità e

sul transfert. È evidente come il test di Rorschach consenta di proiettare al singolo il proprio modo di sentire e di vedere la vita. Per Rorschach tutto è immagine e con questo anticipò di molto alcuni suoi successori. Le proiezioni del mondo interiore sono valide sia per la normalità che per la malattia mentale. Per questo motivo non ci sarà mai un protocollo uguale all'altro proprio perché ogni individuo è diverso dall'altro.

A seguito dell'emigrazione degli studiosi europei in America, il test ebbe un'ampia applicazione, uscendo fuori dai confini svizzeri.

INTRODUZIONE

Questo nostro lavoro prende spunto dagli ultimi studi presentati al congresso Esmo 2019 di Barcellona.

Gli studi medici evidenziano che questo tipo di pazienti rispondono meglio alle terapie ormonali ma in genere si tratta di pazienti giovani che si vedono private o lese nella loro femminilità in una fase della vita in cui stanno pensando a costruirsi una famiglia, o hanno figli piccoli o comunque stanno vivendo al massimo la loro vita nell'ambito della femminilità e della realizzazione di sé. La mutazione espone le donne ad un significativo rischio di sviluppare un tumore e di incorrere quindi in recidive che si sviluppano anche velocemente.

Per questo motivo, gli interventi di mastectomia bilaterale profilattica hanno fatto diminuire fino all'8% il rischio di sviluppare un nuovo tumore a fronte di una media nazionale del 12%. Sono quindi dei veri e propri interventi "salva vita".

Questi tumori sono correlati ai tumori ovarici e pertanto queste pazienti devono sottoporsi a percorsi ulteriormente invasivi. Queste donne se non affrontano un percorso profilattico di mastectomia bilaterale e di asportazione di parte del sistema riproduttivo, hanno un alto rischio di incorrere in una recidiva che va dall'80-90%.

In alternativa possono scegliere di effettuare controlli molto frequenti. Questo però comporta vedersi invasa la vita dalla malattia, perché c'è sempre un'ansia prima delle indagini di controllo,

durante e dopo. Per questo motivo le donne poi in genere scelgono gli interventi.

A livello psicologico ci si è chiesti: "come poter aiutare queste donne nei loro vissuti profondi per sostenerle" ma anche per attivare in loro le risorse necessarie per affrontare un percorso complesso. L'ottica sistematica ci aiuta a gestire il gruppo famiglia in quanto una donna mutata a volte non ha punti di riferimento importanti, perché venuti a mancare anni addietro, o perché i familiari non sempre riescono a sostenere le pazienti, perché a loro volta carenziati e sofferenti per le provanti esperienze precedenti. Inoltre, e non da meno, sono donne con figli e quindi bisogna gestire l'ansia ma anche la consapevolezza e quindi la responsabilità verso le generazioni future a convivere con questo rischio.

Considerando quanto detto fino ad ora resta quindi necessario una preparazione a gestire una problematica che riguarda non solo il singolo ma anche il sistema famiglia con le proprie storie, i propri punti di forza e dei propri crolli da sostenere.

CENNI STORICI DI TERAPIA FAMILIARE

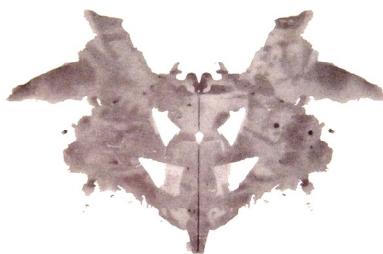
La nascita della terapia familiare risale all'ultimo conflitto mondiale. Molti studiosi europei si trasferirono oltre oceano e le varie scuole ebbero a "contaminarsi reciprocamente". In evidente controtendenza rispetto ai granitici dettami psicoanalitici di inizio secolo, cominciò a farsi largo tra gli studiosi la necessità di terapie più brevi per dare una risposta ed un sostegno al disagio psichico. La necessità di un intervento improntato sul "qui e ora" del malessere psicologico fu necessario per la gestione di alcuni pazienti fortemente traumatizzati: i reduci dal fronte bellico. Il modello psicoanalitico non rispondeva più alle nuove esigenze della popolazione poiché molto più assonante a modelli cognitivi/comportamentali. L'attenzione sulla comunicazione fece sì che i vissuti inconsci venissero trattati solo nella misura in cui vi fosse un'interferenza degli stessi con la vita quotidiana del paziente. Il rientro in famiglia o la gestione dei lutti di famiglie

disgregate, rese perciò necessario una modifica nel percorso terapeutico.

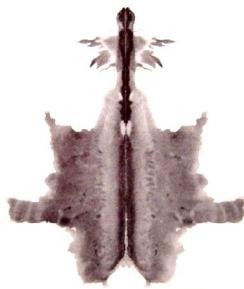
Una realtà particolarmente vivida fu quella californiana dove, nella scuola di Palo Alto si tennero molti simposi multidisciplinari frequentati da medici, fisici, matematici, antropologi nei quali si gettarono le fondamenta per la nascente scuola di pensiero. Uno dei più distinti tra i pionieri di questa nuova corrente fu Gregory Bateson, un antropologo americano che per primo parlò di ecologia della mente. Individuò nel sistema famiglia una Gestalt che rappresentava qualcosa di più e di diverso della somma dei singoli elementi. Studiò le relazioni interpersonali e sviluppò la teoria del doppio legame. Supportato dalle teorie della comunicazione di un'altra importantissima figura del modello sistematico, Watzlawick, Bateson dimostrò che la malattia mentale può essere determinata non sono da fattori organici ma da relazioni agite e negate, dove la componente razionale – ad esempio – non risulta essere in armonia con gli stati emotivi determinando quindi un'ambivalenza generante distorsioni e disfunzioni comunicative.

Bateson trasse queste conclusioni osservando e studiando le relazioni che gli adulti hanno con i loro figli. Evidenziò come i messaggi verbali e gli agiti degli adulti possano creare nello sviluppo del bambino delle distorsioni del piano di realtà forieri di disturbi di personalità e – non di rado – di psicosi. Gli studi e le pratiche cliniche delle eminenti figure finora citate ma anche quelle di altri "pionieri delle teorie sistematico-relazionali", seppur esercitate spesso in maniera differente ebbero sempre lo stesso fulcro, ovvero l'importanza più che dell'individualità freudiana, della complessità del sistema famiglia concepito non come mera sommatoria delle individualità ma risultante di una circolarità senza soluzione di continuità degli stessi membri.

Nonostante gli anni, quella circolarità è tutt'oggi alla base delle teorie sistematiche adottate nelle terapie che hanno dato origine a questa breve lavoro sulla correlazione tra diagnosi ed intervento sia medico che psicologico.



Tav. I



Tav. VI



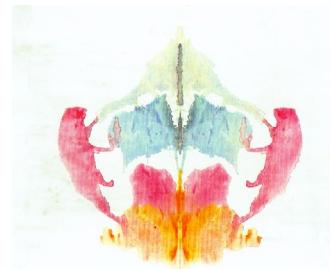
Tav. II



Tav. VII



Tav. III



Tav. VIII



Tav. IV



Tav. IX



Tav. V



Tav. X

I CASI CLINICI

Paziente nr.1

Paziente dell'82 orfana di padre da piccola. Primo-genita, paziente difficile da trattare, genitorializzata perché ha perso il papà a 13 anni per tumore al cervello, quando il papà ne aveva solo 46, e quindi non si concede di potersi lasciar andare. Tenta di essere sempre ipercontrollata. In realtà dietro la sua corazza razionale, traspare subito una personalità fragile, molto ansiosa. Viene segnalata già in fase di diagnosi, ha due bimbi piccoli, subito pensa alla morte. Ha costruito il suo matrimonio su basi solide a suo dire, perché anche il marito viene dal lutto della separazione dei suoi genitori. Subito vede i suoi figli come orfani. C'è chiaramente un'identificazione proiettiva, un'ansia anticipatoria, una depressione post traumatica in atto, ché porta all'attenzione il lutto non risolto del padre, perché dice di non voler lasciare orfani i propri figli. La somministrazione Rorschach viene effettuata al momento della diagnosi di mutazione. La paziente aveva già intrapreso un percorso terapeutico di sostegno, affrontato un intervento di asportazione di un quadrante della mammella interessata. Stava affrontando un percorso di chemioterapia. Al follow up dichiara di aver elaborato gran parte del sul lutto pregresso. Dall'indagine genetica per fortuna nessuno è risultato positivo. Lei è BRCA1. Sua nonna, madre del papà, ha avuto tumore alle ovaie. La cosa più bella che dice è di aver capito che la sua è una battaglia diversa da quella del padre e sente per la prima volta di essere più serena, anche di prima che si ammalasse. Nel percorso ha sentito di non essere sola e di essersi arricchita di nuove consapevolezze.

Il test paziente nr.1

Tav. I latenza 5 totale 15

- 1) Un pipistrello
- 2) Non è proprio.... Però una foglia
- 3) Gli occhi
- 4) No... non è un pipistrello
- 5) Una maschera
- 6) La morte

Tav. II latenza 4 totale 16

- 1) (allontana la tavola) ...ma..tipo, non so..un gatto
- 2) No...un animale
- 3) Un gatto, anche se manca il naso...un gatto non so...
- 4) La faccia di un gatto... perché altro non posso pensare... questo buco

Tav. III latenza 45 totale 53

- 1) Più andiamo avanti, più è difficile. Non so. Non so cosa mi.. (cerca di consegnarla), (guardala) Questi sembrano occhi, però questi non c'entrano niente, mettono una maschera, non so dire altro.
- 2) Una maschera

Tav. IV latenza 5 totale 10

- 1) Questo sembra.. non so.. se un mostro comunque di spalle
- 2) Un grande animale
- 3) O un mostro di spalle

Tav V latenza 3 totale 8

- 1) Una farfalla però nera, sempre di spalle. Secondo me...nera però.

Tav VI latenza 9 totale 20

- 1) (allontana la tavola) può essere una foglia?
- 2) Potrei associare anche ad un animale, qui ha gli occhi, gli artigli.
- 3) Mettiamo una foglia secca, anche se la parte inferiore/superiore mi lascia un dubbio. Le foglie secche, quelle larghe.

Tav VII latenza 7 totale 13

- 1) Qua vedo due teste, gli occhi, il naso e la bocca a destra e a sinistra.
- 2) La parte inferiore sembrano due cavallucci attaccati, con la bocca chiusa.
- 3) Ah, sopra delle facce con la bocca aperta.

Tav VIII latenza 2 totale 25

- 1) Un po' di colore finalmente. Dx e sx due animali..



- 2) non so se dei gatti che si arrampicano.
- 3) Un gatto
- 4) o una iena.
- 5) Sotto una farfalla.
- 6) Qui a metà c'è.... cosa può essere? Questi due animali si arrampicano sulla farfalla e si arrampicano a queste mani per raggiungere la vetta
- 7) Però mi piace il colore.

Tav IX latenza 5 totale 15

- 1) Il colore mi piace, il rosa che prediligo, anche qui a metà, vedo.. tipo due animali che stanno scalando per arrivare in vetta però per arrivare dentro qui, il bianco... la serenità.

Tav X latenza 7 totale 20

- 1) ah...il colore... cos'è qua? Allora, questi gialli mi danno dei pulcini
- 2) poi dei granchi
- 3) tutti uniti. E sono degli animali che raggiungono la vetta. Sono tutti uniti per raggiungere la vetta. Quelli sopra sono brutti

Pinacoteca

- I una maschera
- II ho detto prima? Un gatto
- III il pagliaccio per il rosso
- IV la morte che se ne va di spalle
- V pure questo la morte, le tenebre che se ne vanno. Di spalle..
- VI un titolo brutto anche questo perché scuro. Le tenebre
- VII questi si uniscono. Ora sembra un biscotto morsicato
- VIII la primavera. Un po' di colore nella vita
- IX il risveglio, la rinascita
- X il risveglio, la vita. Però sempre attento a quello che sta sopra, scura, brutta.

Paziente nr.2

Paziente del 69. La signora arriva al ricovero con una diagnosi di cancerofobia che ha faticato a reperire perché tutti i Servizi non si ritenevano competenti a farla. È giustamente molto arrabbiata. Lei vuole fare una mastectomia profilattica

bilaterale ma per poterla chiedere deve dimostrare questa fobia. Di fatto, questa signora non è fobica. Lei un tumore ce l'ha veramente. E' vero che basterebbe operare un quadrante in assenza di test genetico, ma la signora insiste. Effettua il test dopo l'intervento tanto agognato. In realtà questa paziente ha già perso la madre per tumore alla mammella quando era adolescente. Aveva una sorella che per quest'esperienza luttuosa decide di fare l'infermiera. Nonostante l'attenzione alla prevenzione diagnostica, la sorella si ammala cinque anni prima e muore. Lei sembra non essere meravigliata di questa diagnosi, ma decide di combattere questa situazione con tutte le sue forze. È un po' arrabbiata con gli psicologi che le hanno negato la diagnosi di cancerofobia e la somministrazione Rorschach vuole essere un gesto risarcitorio rispetto alla categoria. La paziente attraverso l'empatia che il test crea, si affida nel suo percorso terapeutico. Casalinga, in realtà segue l'attività del marito musicista e del figlio anch'egli musicista. E' una persona che vuole superare il dolore pregresso che tuttavia a tratti affiora. Ha anche una figlia per la quale è preoccupata. Anche per lei arriva la diagnosi di mutazione. Per fortuna i figli stanno bene ma il suo unico fratello che vive a Trento risulta positivo. Con la famiglia va a trovarlo per comunicargli personalmente la diagnosi. Alla fine del percorso chemioterapico decide di non fare l'intervento alle ovaie per mantenere per un altro po' di tempo più attiva la sua vita sessuale. Ci salutiamo così, con una ripresa della sua vita precedente.

Il test paziente nr.2

Tav. I latenza 3 totale 5

- 1) no un attimo.. ho un tempo?(no) una farfalla

Tav. II latenza 3 totale 8

- 1) due figure umane colorate col cappellino rosso, uno di fronte all'altro (allontana la tavola)
- 2) o anche sempre una farfalla, una bella farfalla

Tav. III latenza 3 totale 11

- 1) lo stesso, due figure umane

- 2) due ballerini uno di fronte all'altro
- 3) Una bella farfalla colorata rossa .. non riesco a vedere altro
- 4) Ah.. anche una rana
- 5) un granchio .. non so, non riesco a definire ...
- 6) no ..un ragno ora vedo bene

Tav. IV latenza 2 totale 8

- 1) questo mi da di una farfalla un po' brutta.
- 2) Una falena ecco. Non mi piace

Tav. V latenza 2 totale 6

- 1) questa proprio a primo impatto un pipistrello
- 2) o una farfalla, non vedo altro

Tav. VI latenza 3 totale 9

- 1) non lo so, non mi da di niente (posso girare?)
(si) non mi da di niente (capovolge la tavola e la rimette dritta) un acaro
- 2) un animaletto con le zampine

Tav. VII latenza 5 totale 13

- 1) (allontana la tavola) senti.. vedo due figure umane una di fronte all'altra col codino in su.
- 2) due bambine
- 3) due nonnine.. non riesco.. (capovolge la tavola e la rimette dritta)
- 4) due coniglietti anche

Tav. VIII latenza 3 totale 10

- 1) weee, per fortuna un colore. Vedo due animali a quattro zampe (allontana) nient'altro (capovolge la tavola e la rimette dritta)
- 2) una montagna non so

Tav. IX latenza 9 totale 15

- 1) (allontana la tavola, la capovolge e poi la rimette dritta) un volto,
- 2) le narici.. neanche..
- 3) il viso di un animale
- 4) non mi da di niente.. i colori sono belli comunque

Tav X latenza 10 totale 18

- 1) (capovolge la tavola e la interpreta capovolta) a parte i colori che mi piacciono (mette dritta

la tavola e poi la capovolge nuovamente) non riesco a .. (allontana la capovolge)

- 2) ho visto un angelo, questo qui.. con le ali grandi
- ...
3) Ah.. due ippocampi ...
4) due cavallucci marini e basta .
5) le altre macchie non mi danno di niente
6) forse due granchi, questi celesti

Pinacoteca

- I una farfalla
- II una farfalla colorata
- III due ballerini
- IV la falena
- V il pipistrello
- VI l'insetto
- VII due ragazzine
- VIII qui ho visto due animali a quattro zampe, però non riesco a dare un nome. Due orsi.
- IX non so.. il volto di un animale ma non.. il cane.. o non so come definirlo.. aspetta.. no niente.. un volto (si aggiusta i capelli)
- X sinceramente mi da di primavera. Non mi da di mare. È colorata, è bella. Sì, primavera

Paziente nr.3

La paziente venticinquenne fa i colloqui con la madre che spesso la anticipa nelle risposte del primo colloquio. Lei nel feedback successivo, ammette che si stava nascondendo dietro la madre, perché non voleva affrontare il percorso che era costretta ad intraprendere. Era molto arrabbiata. Riferisce di non aver proseguito gli studi universitari proprio perché non voleva lasciare la vita nel suo piccolo paese lucano. Non voleva trasferirsi nella grande città. Ora era costretta a venire a causa della malattia. Faceva la baby-sitter, fidanzata da molti anni voleva solo sposarsi ed avere dei figli. Questa diagnosi quindi sconvolge nell'intimo i suoi progetti di vita. Lei voleva solo una vita semplice e tranquilla.

Man mano che la diagnosi si fa sempre più pesante, lei è sempre più arrabbiata. Ha fissato la data del matrimonio e ci arriverà senza seno, con una terapia che le produrrà una menopausa,



perderà i capelli e la possibilità di rimandare il suo progetto di avere figli. È troppo davvero. Il sostegno è quindi di condividere i suoi vissuti e di trovarli assolutamente congrui con quanto sta vivendo. A volte la vita decide per noi e non è facile accettare la malattia così come non è facile dover adattare il proprio presente e il proprio futuro a nuovi percorsi obbligati. La paziente passa poi in uno stato depressivo importante, tanto che si rende necessaria una consulenza neurologica in fase di chemioterapia perché la paziente ha sensazione di depersonalizzazione e forti sentimenti di crollo psichico. Grazie alla somministrazione Rorschach, questa paziente che comunque mantiene una sua stenicità e capacità quindi di affrontare i problemi, presenta un dettaglio nella tavola di identità che segnala un rischio di scissione. Il vecchio dettaglio oligofrenico che in una ragazza giovane non è certamente dettato da deterioramento mentale.

L'équipe quindi interviene a gamba tesa sul disagio psichico della ragazza di cui la breast era consapevole. Questo dettaglio non viene comunicato alla paziente, ma è utile all'équipe per avere maggiore attenzione al contenimento della paziente. La si sostiene nel suo progetto di andare a vivere col fidanzato e di arredare casa. Questo processo di svincolo viene frenato dalla madre protettiva che avevamo conosciuto nel colloquio preoperatorio.

Quando la paziente aveva accettato la malattia e quanto per lei stabilito dai medici, veniva rifiutato dalla madre che cercando di frenare la figlia stava inconsapevolmente creando un altro problema. Lei doveva sostenere la figlia nel suo processo di crescita, perché questo andava a controbilanciare quanto di luttuoso la ragazza stava vivendo. Tanto, sia in relazione al suo se corporeo, ma anche rispetto alla storia trigenerazionale. Inoltre, come diceva Freud "l'istinto di vita è sempre più forte dell'istinto di morte", quindi dovevamo sostenere questo processo della ragazza.

Nella famiglia d'origine della madre vi erano molte morti per tumore e la madre del fidanzato anch'essa deceduta a causa di un tumore.

La paziente quindi veniva da esperienze molto negative. A seguito della scoperta della sua mutazione, anche la madre e tutte le sue sorelle scoprono di essere mutate.

Questa famiglia si presenta come un clan. I confini delle famiglie nucleari sono indifferenziati, i mariti periferici.

Inizialmente tutte queste donne decidono di negare la diagnosi e di non fare nulla come prevenzione. Chiedono alla paziente di non differenziarsi con la sua decisione e di non affrontare la mastectomia profilattica bilaterale. Queste pressioni destabilizzano la paziente perché le fanno sentire per la sua decisione come se fosse una traditrice rispetto alla decisione collettiva.

Il lavoro terapeutico si sposta nel sostenere la coppia di fidanzati nel loro progetto di autonomia ma anche di sostegno reciproco. Sostiene la loro capacità di autonomia rispetto alle decisioni di madre e zie. Queste ultime vengono gestite con difficoltà perché non vogliono ingerenze rispetto le loro decisioni. Si fanno colloqui individuali con la madre che non ottengono nessun risultato e con lei e le sorelle. Qui si apre, a sorpresa, un varco comunicativo attraverso una zia che media tra la rigidità materna e la decisione responsabile della figlia di continuare il suo percorso di cura e prevenzione.

Alla figlia si sottolinea che intanto lei la malattia già l'ha dovuta affrontare, poi si trova in una fase del ciclo vitale diverso da quello della generazione precedente. Così sostenuta la coppia va avanti e la paziente supera il periodo depressivo e il rischio scissione e, senza aiuto di farmaci, prende la sua decisione profilattica. Nel follow up riferisce che anche le zie hanno deciso di affrontare l'intervento alle ovaie. Sua madre invece è ferma nelle sue posizioni. Nel frattempo, tutto è pronto per il matrimonio. La data è rimasta quella fissata prima della diagnosi. I capelli stanno crescendo e ha scelto l'abito da sposa in base al suo nuovo decolté.

Il test viene somministrato alla notizia che lei dovrà sottoporsi alla chemio e le viene contestualmente proposto il percorso che deve

affrontare. Nel feedback la paziente riferisce che continua a pensare sempre a quello che aveva visto in tav. IV. Le viene rappresentato il significato di quella tavola. La paziente riferisce di aver avuto prima della diagnosi un forte stress legato alla sua famiglia nucleare ma non ne vuole parlare. Rispettando la sua scelta e le vengono comunque forniti gli elementi per continuare da sola il suo percorso terapeutico. Si sottolinea comunque il potere evocativo di queste tavole e di come agiscano nel profondo delle emozioni.

Il test paziente nr.3

Tav. I latenza 3 totale 10

- 1) un animale tipo una farfalla, mi viene da ridere
- 2) è la tiroide

Tav. II latenza 7 totale 10

- 1) il viso di un uomo anziano con la barba

Tav. III latenza 3 totale 5

- 1) persone
- 2) due gemelli che stanno per prendere qualcosa

Tav. IV latenza 2 totale 7

- 1) un animale con la testa di un elefante. La testa più piccola e il corpo più grande.
- 2) la testa è di un elefante

Tav. V latenza 9 totale 11

- 1) un pipistrello

Tav. VI latenza 5 totale 8

- 1) (sospira)-mezzo corpo di una lucertola. Poi sotto non vedo niente

Tav. VII latenza 3 totale 5

- 1) il viso di due bambini gemelli

Tav. VIII latenza 4 totale 7

- 1) sembra lo scheletro di un pesce?
- 2) con accanto due leoni

Tav. IX latenza 10 totale 16

- 1) non vedo niente (allontana e avvicina la tavola)

sembra una parte del corpo, tipo la forma dei polmoni.

- 2) questi animali arancioni come si chiamano? tipo il gambero

Tav. X latenza 4 totale 10

- 1) allora.. all'apice della parte grigia due mostriattoli
- 2) sembrano due mostriattoli
- 3) tutto il resto sembra spazzatura
- 4) ah queste sembrano due strade

Pinacoteca

- I male
- II pericolo
- III festa
- IV male
- V male
- VI malissimo
- VII conoscenza
- VIII forza
- IX respiro
- X confusione

Paziente nr.4

La paziente è nata nell '84, fa l'infermiera professionale. Arriva con un atteggiamento molto sicuro di sé, molto sfrontata e sembra non aver paura di nulla. È consapevole del percorso che avrebbe dovuto fare. Chiede una mastectomia profilattica bilaterale avendo affrontato un intervento di quadrante anni fa. La paziente non ha tempo per fare un percorso terapeutico. Si è costruita una corazza che non vuole toccare ma che il test riesce a sciogliere. Tra la visita preoperatoria e l'intervento, ha programmato un viaggio a New York e non ha il tempo di fare il test. Del resto, non ne ha bisogno. Al ritorno, in fase di ricovero, viene convinta a fare il Rorschach. Il potere emotivo del test fa sì che lei si liberi del macigno che ha nel cuore e racconta la sua storia. Proviene da un nucleo familiare poco sereno e per questo decide di andare a lavorare in un'altra Regione, dove ha una vita felice e realizzata, dove convive con un compagno col quale ha progetti familiari. Ad un certo punto la madre



si ammala e lei viene richiamata a casa, benché viva con i genitori la sua unica sorella. La madre muore per tumore e lei nel frattempo ha perso tutto. Lavoro, amici, amore. Inoltre, ammette che gli esiti del primo intervento l'hanno resa molto insicura, non si accetta e non ha per questo voluto altre relazioni. È una ragazza giovane e con questo nuovo intervento vuole darsi un'altra possibilità. Viaggia spesso perché il clima in famiglia è molto triste. Vive nella villa familiare molto grande e ognuno dei tre membri occupa un piano. Lei si è posizionata nell'attico. È molto arrabbiata col padre. A parte questa piccola finestra emotiva creata grazie al test, la paziente dalla volta successiva non è più disponibile ad interfacciarsi con il servizio, perché la corazzata era stata riparata e l'ipercontrollo era sopraggiunto.

Per questo motivo non è stato possibile indagare sulla storia clinica della giovane. Questa paziente avrebbe bisogno di lavorare sul richiamo familiare e sul dolore di essersi vista la vita distrutta. La presa in carico in questo contesto tuttavia non consente di andare oltre perché la paziente non ha espresso una richiesta terapeutica, bensì medica. Bisogna sempre tener conto del contesto nel quale si trova e rispettare la volontà delle persone di non andare "oltre" in un percorso di consapevolezza di sé e della propria storia. Del resto, l'uomo non è programmato per la sofferenza e quindi è normale mettere in atto tutti i meccanismi di difesa per proteggersi dal dolore.

Il test paziente nr.4

Tav. I latenza 2 totale 7

- 1) che ca**o ne so che vedo? ah è vero non una mosca?
- 2) un pipistrello (capovolge la tavola e la rimette dritta chiedendo di poterla lasciare)

Tav. II latenza 3 totale 8

- 1) che ca**o (allontana la tavola) un bacino dello scheletro umano, pensavo fossero colorate

Tav. III latenza 7 totale 12

- 1) non so, due profili di due donne che stanno

facendo qualcosa

Tav. IV latenza 2 totale 4

- 1) un bisonte

Tav. V latenza due totale 5

- 1) la farfalla. Morta ovviamente

Tav. VI latenza 8 totale 16

- 1) (capovolge la tavola, la rimette dritta) niente non vedo niente. Una macchia e basta. No non mi ispira niente, né animale
- 2) né essere umano
- 3) Una foglia?
- 4) una foglia! (Capovolge la tavola prima di riconsegnarla)

Tav VII latenza 2 totale 7

- 1) due folletti (sorride)

Tav. VIII latenza 4 totale 8

- 1) due gchi che salgono su qualcosa ...
- 2) No. Solo due gchi

Tav. IX latenza 3 totale 12

- 1) non so come si chiama questo ...questo fiore ...ma l'ho già visto! Tipo tulipano. Un fiore comunque vedo

Tav. X latenza 7 totale 15

- 1) non vedo niente. Cioè vedo colorato ma non vedo niente si può dire? No, non lo associo a niente

Pinacoteca

- I La mosca
- II il bacino
- III due donne
- IV il rinoceronte
- V Butterfly dead. La morte della farfalla
- VI autunno
- VII Questa mi dispiace dirlo. Alice
- VIII il risveglio della natura
- IX il tulipano
- X il casino, uh macidd

Paziente nr.5

Paziente del 1973 Primogenita di tre figli. Una sorella minore poliziotta e un fratello minore. Aveva pochi anni quando la casa coniugale subisce un grave incendio. Lei salva tutta la famiglia dando l'allarme e scappando con i fratelli. Il padre al lavoro, la madre si salva ma rimane traumatizzata dall'evento. È lei che si occupa della madre giovane e inesperta, incapace di affrontare la vita per la sua fragilità. Fa l'estetista. Si presenta sempre molto solare e curata. Diventa infine una figlia genitoriale e nel percorso terapeutico che sta affrontando la sorella scopre di essere mutata anche lei. La paziente già in corso di terapia, chiede sostegno psicologico alla notizia di essere portatrice di mutazione. Spesso si accompagna con la figlia ventenne molto preoccupata per la madre. Anche lei genitoriale. La paziente finge di essere forte ma è comprensibilmente preoccupata per l'indagine genetica soprattutto per la figlia che però risulterà negativa. Lei affronta tutto il percorso di interventi, la sorella no perché è più giovane e vuole avere una seconda gravidanza. Fa solo la Mastectomia profilattica bilaterale. La paziente rivendica questo involontario ruolo di primogenita genitoriale anche in questo percorso di diagnosi, che non riesce ad abbandonare, ma suo malgrado deve ancora prendersi cura dei suoi fratelli. È ben contenta comunque di aiutare la sorella. Anche la madre prima di loro ha fatto lo stesso percorso oncologico. Alla fine della terapia la paziente è più consapevole della sua storia e della gestione dei propri affetti. Vengono ridefiniti i confini trigenerazionali. Alla fine, c'è la soddisfazione reciproca di aver dato un senso ed una crescita, al tempo trascorso da noi.

Il test paziente nr.5

Tav.I latenza 2 totale 18

- 1)** un pipistrello
- 2)** un insetto (silenzio) si, un insetto

Tav. II latenza 12 totale 20

- 1)** (allontana, sospira, capovolge la tavola)

-anche questa, in questa posizione, sta buh.. un insetto con una striatura tipo zampine ...sì (mette dritta la tavola, la rimette capovolta, poi laterale. La capovolge ancora) sì

Tav. III latenza 3 totale 8

- 1)** (capovolge la tavola) -un granchio sembra. Queste parti qua sembrano proprio tentacoli
- 2)** granchi (rimette la tavola lateralmente, la capovolge, consegna) sì

Tav. IV latenza 20 totale 22

- 1)** (capovolge la tavola, allontana, sospira, la mette dritta, la capovolge, lateralizza, la mette dritta) Non mi voglio ripetere ma hanno tutto queste forme un po' così.. (capovolge la tavola la mette dritta, la capovolge, sospira) mi dà da pensare sempre ad un insetto

Tav. V latenza 3 totale 10

- 1)** questa ha proprio la forma di un pipistrello (capovolge la tavola la mette dritta poi alla fine la ripone sul tavolo)

Tav. VI latenza 3 totale 13

- 1)** questo sembra più una specie di pesce (capovolge la tavola) tipo un rombo diciamo.. (la mette dritta e riconsegna sorridendo)

Tav. VII latenza 4 totale 9

- 1)** Eh.. questa mi sembra una specie di mannaia no? Sì (capovolge)
- 2)** mi dà molto di quell'attrezzo da cucina per sminuzzare

Tav. VIII latenza 5 totale 23

- 1)** questi sembrano degli animaletti che cercano di salire su.. tipo castori
- 2)** non orsi (capovolge la tavola) questo vedo rappresentato.
- 3)** proprio castori.
- 4)** In queste figure vedo anche molte parti anatomiche.
- 5)** qui vedo proprio per esempio delle costole vedo



Tav. IX latenza 3 totale 18

- 1) per esempio, questa mi dà molto di anatomia come se stessi guardando una lastra, la colonna vertebrale qui (indica l'asse centrale)
- 2) qui un bacino, la colonna vertebrale

Tav. X latenza 2 totale 20

- 1) idem, ovaie
- 2) si, polmoni. Mi dà molto di anatomia. Tanto tanto tanto..
- 3) esofago (indica il grigio centrale superiore) Ripeto, molta anatomia, si.

Pinacoteca

- I insetto alato, si
- II (capovolge la tavola) pungiglione
- III (capovolge la tavola) crostaceo
- IV (capovolge la tavola) questo è brutto proprio, brutto.
- V pipistrello
- VI (capovolge la tavola) rombo
- VII mannaia astratta magari..
- VIII castori
- IX la colonna vertebrale.. che proprio risalta
- X anatomia

CONCLUSIONI

La competenza psicologica nelle famiglie BRCA mutate, dovrebbe portare il professionista a considerare sia la necessità per le pazienti di elaborare i vissuti profondi, che quelli attuali. Il sostegno va reindirizzato su un familiare piuttosto che verso il malato oncologico, perché "anche stare accanto ad una persona malata non è facile". Per questo motivo si è pensato di usare un test del profondo in abbinamento alla terapia sistematico-relazionale. Il test – per le proprie caratteristiche intrinseche – viene usato anche come oggetto metaforico in terapia familiare, proprio per la capacità di evocare i "fantasmi" personali e familiari, intorno ai quali quella singola famiglia ha costruito il proprio ciclo vitale (Whitaker). Come gli individui che la compongono, anche la famiglia invecchia e si modifica attraverso le varie fasi cicliche che

portano l'individuo a nascere, crescere e perire. Gli studi del ciclo vitale della famiglia inoltre, come la diagnosi estesa dell'indagine di mutazione genetica, prende in considerazione l'arco di vita "trigenerazionale", partendo dal paziente per studiare la generazione precedente e quella successiva.

Al di là delle singole diagnosi che per privacy sono state omesse, quello che accomuna queste donne è un comprensibile stato depressivo. Questo è legato alla diagnosi, ma anche alla storia personale. (Tav. 4) Tutte hanno comunque delle risorse che non le fanno cadere nell'angoscia. Tutte hanno a modo loro, una resilienza, una capacità di prendere da questo percorso doloroso le risorse per realizzare una crescita. Per mettere in qualche modo a posto i pezzi, di una vita che le aveva fatte soffrire molto, prima ancora di questo percorso di malattia. Proprio perché allenate da piccole a modificarsi psicologicamente per affrontare la vita.

La paziente che soffre di più della lesione organica è l'unica con l'identità sessuale psichica femminile e che ha perso tutto per curare la madre morta di tumore. Evidentemente c'era tra loro un forte legame. Le coppie disfunzionali, spesso si dividono i figli che ereditano poi il conflitto di coppia, come è accaduto alla nostra paziente nr. 4. Questa paziente, che nella tavola dell'inconscio da la risposta di un fiore, è consapevole di essere quindi una bella donna, ma più delle altre punta sui caratteri estetici della femminilità. Le altre riescono a gestire meglio le modifiche del proprio corpo, perché hanno una visione più legata ad aspetti cognitivi per proporsi come donne.

Tutte in tavola della realtà evidenziano un momento difficile di vita (Tav. n 5), ma tutte contano sugli affetti per risalire dalle loro difficoltà (Tav. 8)

Tutte hanno una presentazione di sé squalificata (Tav 1) e dei problemi nella sfera della sessualità (Tav 6). Tutte queste difficoltà sessuali tuttavia sembrano essere pregresse alla diagnosi, proprio per la storia delle singole donne.

Esse sono state scelte in maniera casuale tra le pazienti afferite alla Breast Unit del reparto. Lo scopo della ricerca era solo quello di mostrare un lavoro sinergico tra terapia organica e quella psicologica.

È interessante notare, come nella paziente 3, che oltre a problemi organici, deve affrontare problemi di svincolo, sia l'unica a parlare di gemelli, di legami simbiotici. La sottolineatura di questi piccoli particolari è necessaria per sottolineare quanto sia importante sia il sostegno individuale che l'ottica familiare. È fondamentale soprattutto una diagnosi complessa per determinare un percorso terapeutico. Queste non sono donne che fanno una richiesta terapeutica cercando un sostegno psicologico. Questo è un punto molto importante. Loro accettano di farsi seguire perché nel percorso si "imbattono" nella figura dello psicologo che si propone di accompagnarle. Per questo motivo il lavoro terapeutico è sempre molto delicato, rispettando i tempi delle difficoltà organiche, dei pazienti e dei loro familiari. Soprattutto è importante per l'quipe questo lavoro per fornire dei servizi sempre più completi ed efficaci. Per questo, non sempre viene detto tutto alle pazienti in sede di restituzione di diagnosi. Serve al professionista, nel momento del bisogno, per capire come meglio supportare il singolo o la famiglia nel momento della crisi, che può avvenire in qualunque momento del percorso terapeutico clinico. A volte capita che le persone crollino proprio quando tutto è finito o gratifichino il terapeuta con il loro star meglio come è accaduto alla paziente nr 1.

Sono donne molto diverse tra loro, che alla fine del percorso possono dire di avercela fatta, sia ad affrontare la sofferenza degli interventi e della chemioterapia, che a non sprecare questo tempo e questo dolore. Hanno collaborato per il fine comune, aiutandosi vicendevolmente con molta competenza e disponibilità con gli operatori. Sono riuscite ad affidarsi e a canalizzare i propri vissuti per una crescita non solo individuale ma anche condivisa con le loro famiglie,

Cambiando i rapporti con i familiari, condividendo un percorso di interventi, rafforzando i legami e strutturando i confini relazionali giungendo a migliorare la confidenza. C'è chi ha portato in terapia solo il coniuge, come nel caso della paziente n 2, c'è chi ha portato con sé le tre generazioni della propria famiglia come nel caso della paziente n 5.

C'è anche chi in qualche maniera è stata "indirizzata" verso un piccolo percorso emotivo e psicologico, come la paziente nr. 4 molto difesa e molto competente perché infermiera. Non aveva bisogno di nulla ed è stata rispettata la sua volontà di non approfondire alcuni aspetti del lutto o delle relazioni che sicuramente le avrebbero portato arricchimento.

La speranza è che il potere evocativo delle tavole abbia affascinato anche il lettore, meglio di tanti commenti, come ha affascinato gli autori che hanno sentito il bisogno di condividere il loro lavoro.

Molto altro si potrebbe dire ad esempio sul senso di persecuzione o sull'insicurezza che traspare da alcuni protocolli. Alcune hanno canalizzato la loro rabbia con manifestazioni particolari rispetto al bisogno di controllo, altre rispetto al vuoto dei lutti infantili, hanno costruito un giardino. La bellezza di essere persone uniche si è voluta condividere con il lettore sperando di esser riusciti nell'intento e nel testimoniare – inoltre- quanto queste donne siano forti e delicate al tempo stesso.

BIBLIOGRAFIA

- Francis via Reagan, Fleming et al adjuvant Ovarian suppression in premenopausal Breast cancer 2015, 372 436 – 446;
- Wang M ,ZH a o, et Al, Phase tree comparison of tamoxifen Versus tamoxifen plus ovarian function suppression in Premenopausal women with node - negative hormone receptor - positive breast cancer: a trial of the eastern cooperative oncology group J.Clin oncology 2014 ;
- Ribi K, Luo W et al. Adjuvant Tamoxifen Plus



- Ovarian Function Suppression Versus Tamoxifen Alone in premenopausal women with early breast cancer: patient-reported outcomes in the suppression of ovarian function trial j clin onc et al 2016 1601-10;
- Coates AS, Winer EP, Goldhirsh A, et al. Tailoring therapies-improving the management of early breast cancer: St Gallen international Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer 2015. Ann Oncol 2015 Aug; 1533-46;
 - Regan MM, Pagani O, Fleming GF, et al. Adjuvant treatment of premenopausal women with endocrine-responsive early breast cancer: design of the Text and Soft trials. Breast 2013 Dec; 1094-1100;
 - Gnant M, Mlineritsch B. Zoledronic acid combined with adjuvant endocrine therapy of tamoxifen versus anastrozole plus ovarian function suppression in premenopausal early breast cancer: final analysis of the Austrian Breast and Colorectal Study Group. Ann Oncol 2015 Feb 26;
 - Altschuler A, Nekhlyudov L, Rolnick SJ, Greene SM, Elmore JG, West CN, et al. Positive, negative, and disparate--women's differing long-term psychosocial experiences of bilateral or contralateral prophylactic mastectomy. Breast Journal 2008; 14(1):25-32. Evans DG, Ingham SL, Baidarn A, Ross GL, Laloo F, Buchan I, et al. Contralateral mastectomy improves survival in women with BRCA1/2-associated breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment 2013; 140(1):135-42;
 - Frost MB, Hoskin TL, Hartmann LC, Degnim AC, Johnson JL, Boughey JC. Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. Annals of Surgical Oncology 2011; 18(11):3110-6;
 - Frost MH, Slezak JM, Trait NV, Williams CI, Johnson JL, Woods JE, et al. Satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy: the significance of mastectomy type, reconstructive complications, and body appearance. Journal of Clinical Oncology 2005; 23(31):7849-56;
 - Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton U, Liu IL, Altschuler A, et al. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. Journal of Clinical Oncology 2006; 24(9):1350-6. Heemskerk-Gerritsen BA, Menke-Pluijmers MB, Jager A, Tilanus-Lintherst MM, Koppert LB, Obdeijn IM, et al. Substantial breast cancer risk reduction and potential survival benefit after bilateral mastectomy when compared with surveillance in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: a prospective analysis. Annals of Oncology 2013; 24(8):2029-35;
 - Hwang ES, Locklear TD, Rushing CN, Samsa C, Abernethy AP, Hyslop T, et al. Patient-reported outcomes after choice for contralateral prophylactic mastectomy. Journal of Clinical Oncology 2016; 34(13):1518-27;
 - Metcalfe K, Gershman S, Ghadirian P, Lynch HT, Snyder C, Tung N, et al. Contralateral mastectomy and survival after breast cancer in carriers of BRCA1 and BRCA2 mutations: retrospective analysis. BMJ 2014;
 - Metcalfe K, Lynch HT, Ghadirian P, Tung N, Olivotto, Warner E, et al. Contralateral breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Journal of Clinical Oncology 2004; 22(12):2328-35;
 - Proteggere la salute nell'esperienza della malattia oncologica. Prospettive transdisciplinari di cura tra scienze mediche e psico-sociali - ISBN : 9788891751676 Author(s) : Andrea Gallina, A. Gonella Published Date : 2017-04-07;
 - Guida alle tecniche della terapia della famiglia - ISBN : 9788834007211. Salvador Minuchin, Charles H. Fishman;
 - Danzando con la famiglia. Un approccio simbolico-esprienziale - ISBN : 9788834009574
 - 1989 Author(s) : Carl A. Whitaker, William M. Bumberry;

- Pragmàtica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi delle patologia e dei paradossi - ISBN : 9788834001424 Published Date : 1971 Author(s) : Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson;
- Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia
- Published Date : 1990 Author(s) : Carl A. Whitaker;
- Dalla famiglia all'individuo: la differenziazione del sé nel sistema familiare -ISBN : 9788834006399 Published Date : 1979 Author(s) : Murray Bowen;
- C. RIZZO: Il Rorschach di un "maestro", contributo allo studio sulla validità delle indagini psicodiagnostiche in campo psicologico. Estratto dal volume: Problemi di Neurologia e Psichiatria, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 1936.
- C. RIZZO: Prime ricerche su Italiani adulti normali studiati col metodo diagnostico del Rorschach. Rivista Speriment. Freniat. 1937
- G. B. RIZZO: Il fattore sesso nella psicodiagnosi Rorschach, (tesi) Roma 1950.
- F. FERRACUTI., G.B. RIZZO: Esame Comparativo dei Fattori di siglatura al Rorschach ed al Test di Howard. Bollettino di Psicologia e Sociologia Applicate n. 13-16 Gennaio Agosto- 1956.
- C. RIZZO: L'adulto sano di mente. Dispensa a cura della Scuola Romana Rorschach, Roma 1972.
- C. RIZZO e P.A. RIZZO: Sulla siglatura e il valore dei Chiaroscuri nel Metodo Rorschach. Rorschachiana XV, Washington. 1981.
- S. PARISI, P. PES: RORPALACE, applicativi informatici Rorschach: **SIGLAROR**, Sistema informatico per la Siglatura delle interpretazioni Rorschach; Ed. Centro Hermann Rorschach srl, Roma 2003.
- S. PARISI, P. PES: RORPALACE, applicativi informatici Rorschach: **RORCOMP plus 1.0**, software per la archiviazione dei referti Rorschach; Ed. Centro Hermann Rorschach srl, Roma 2003.
- S. PARISI, P. PES, R. CICIONI: Tavole di Localizzazione Rorschach. Volgari ed R+ statistiche. Centro Hermann Rorschach srl. Roma 2005.
- S. PARISI, P. PES: RORPALACE, applicativi informatici Rorschach: **RORTUTOR**, Guida Ipertestuale Rorschach; Ed. Centro Hermann Rorschach srl, Roma 2005.





DUE APPROCCI A CONFRONTO NEL TRATTAMENTO DELL'EMETOFOBIA

L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA E IL TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

RIASSUNTO

Il lavoro che segue è incentrato sulla storia, sull'approfondimento e sul trattamento del disturbo psicologico conosciuto con il nome di Emetofobia di cui soffre una giovane adolescente che, per ragioni di privacy, chiameremo F. La ragazza si mette in gioco in un percorso di psicoterapia per alleviare la sofferenza psicologica ed eliminare le limitazioni sociali che tale difficoltà le impone. Il caso è stato analizzato secondo l'approccio centrato sulla persona.

In seconda battuta è stata realizzata un'ipotesi di trattamento con l'approccio cognitivo-comportamentale cui spesso si fa ricorso per trattare i disturbi d'ansia e le fobie semplici.

PAROLE CHIAVE

Emetofobia, ansia, attacco di panico, vomito, A.C.P., T.C.C.

PREMESSA

La fobia del vomito, o Emetofobia, è una paura specifica ancora poco studiata, un'area ad oggi

trascurata dalla ricerca. (Boschen, 2007). Il termine Emetofobia deriva dal greco **emein**, che significa atto o istanza di vomito e **fobia**, ovvero la paura o il timore ingiustificato e razionalmente non spiegabile rispetto ad un oggetto, una classe di oggetti o una situazione specifica. In particolare, si riferisce all'intensa paura del vomito e alla sensazione di nausea rispetto alla possibilità di vedere o sentire un'altra persona o se stessi vomitare. La maggior parte degli individui non è a conoscenza del fatto che esista un vero e proprio disturbo legato alla paura di vomitare, ma in realtà si tratta di una fobia piuttosto comune che può manifestarsi tra uomini e donne ed interessare anche i bambini. Secondo le statistiche ne soffre circa il 6 -7% della popolazione femminile e l'1,7-3,1% di quella maschile. (Fantoni, 2016)

Alla base del disturbo d'ansia c'è una difficoltà nella sfera del **controllo** e la fobia è scatenata dal pensiero di non poter prevedere, gestire e controllare i conati di vomito. A ciò si aggiunge la preoccupazione che la difficoltà si possa manifestare nel corso di situazioni sociali importanti

Alessandra Bisanti
Psicologa, Mediatrice Familiare,
Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale ad indirizzo
Neuropsicologico

Paola Galati
Psicologa, Psicoterapeuta
ad indirizzo Rogersiano

creando situazioni di imbarazzo e vergogna difficili da gestire ed affrontare. Spesso l'individuo emetofobico viene colto da crisi in momenti in cui diventa difficile o imbarazzante isolarsi dalle persone a lui vicine (ad es. al cinema, allo stadio, durante una cena tra amici).

Le testimonianze riferite da coloro che soffrono di questa invalidante fobia hanno in comune l'**ir-razionale** paura che i soggetti sperimentano alla sola idea di vomitare, poichè temono di perdere il controllo e di non potersi fermare. Nonostante la spiacevole sensazione esperita nel corso dell'attacco di panico, che di solito viene scatenato dalla fobia, raramente arrivano a vomitare.

In numerosi resoconti, gli individui riportano che l'anticipazione del vomito spesso è peggiore dell'atto stesso di vomitare. La fobia si innesca spontaneamente in seguito ad un episodio di vomito traumatico.

Una volta che si sia instaurato il meccanismo, il disagio può anche aumentare a causa dell'**evitamento** sociale e dell'**ipervigilanza** che il soggetto metterà in atto per controllare l'imbarazzante condizione.

Anche le abitudini alimentari possono essere modificate, diventando più rigide e sfociando in atteggiamenti simili all'ortoressia o all'anoressia. Le restrizioni in ambito privato e sociale causate dalla fobia finiscono per creare un disagio sociale e lavorativo del soggetto che sceglie di non recarsi più sul posto di lavoro o di non andare a mangiare nei ristoranti, mentre il bambino può rifiutarsi di frequentare la scuola o di recarsi a casa di amici e compagni. Perdere queste occasioni di vita sociale comporta la compromissione delle relazioni interpersonali che può avere un riscontro negativo sul processo di socializzazione del minore.

Inoltre, il disturbo, se presente sin dall'infanzia, non identificato e trattato adeguatamente, può diventare cronico ed invalidante per lo svolgimento delle attività quotidiane. Rispetto alla sua eziologia non sono presenti in letteratura numerosi riferimenti, soprattutto per quanto riguarda l'infanzia, ma è possibile rintracciare come motivi e variabili causali, diversi fattori ed eventi come:

ricoveri ospedalieri vissuti, presenza di familiari con esperienze di vomito ricorrente dovuto a differenti cause (malattie, abuso di alcool, stato di gravidanza), aver vissuto esperienze spiacevoli di vomito in pubblico o aver visto qualcuno vomitare, sensazioni spiacevoli conseguenti all'atto di vomitare o umiliazioni subite per essersi sentiti male in occasioni particolari.

I soggetti emetofobici sono significativamente svantaggiati dal loro comportamento di evitamento rispetto alle persone con fobie specifiche; ad esempio, possono evitare o interrompere una gravidanza desiderata, o rinunciare ad un intervento chirurgico. (Vaele e Lambrou, 2006)

All'interno del DSM 5 (APA, 2013) il disturbo è incluso nella categoria Fobia specifica "Altro tipo". Di seguito sono riportati i criteri diagnostici grazie ai quali è possibile fare una diagnosi di Fobia specifica. Oltre al criterio diagnostico (A), per poter effettuare la diagnosi, è necessaria la presenza di altri sei criteri.

- a)** Paura o ansia marcate verso un oggetto o una situazione specifici (per es. volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).
- b)** La situazione o l'oggetto fobico provocano quasi sempre immediata paura o ansia.
- c)** La situazione o l'oggetto fobico vengono attivamente evitati, oppure sopportati con paura o ansia intense.
- d)** La paura e l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalle situazioni specifiche e al contesto socioculturale.
- e)** La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più.
- f)** La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- g)** Il disturbo non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale, tra cui la paura, l'ansia e l'evitamento di situazioni associate a sintomi simili al panico o ad altri sintomi invalidanti (come nell'agorafobia); oggetti o situa-



zioni legate ad ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo); ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post traumatico); separazione da casa o dalle figure di attaccamento (come nel disturbo d'Ansia da separazione); o situazioni sociali, come nel disturbo d'ansia sociale. (SPC Verona)

I sintomi sperimentati sono quelli dell'ansia e soprattutto quelli della vergogna, ovvero aumento del battito cardiaco, rossore del volto, eccessiva sudorazione, secchezza delle fauci, difficoltà di deglutizione, contrazioni muscolari, tremori e malessere gastrointestinale. E' altamente probabile che i pazienti emetofobici presentino il disagio da sempre e che siano riusciti a convivere con esso sino a quando non si sia presentata una circostanza, un evento o un problema che li abbia messi nella condizione di dover fronteggiare e superare la paura di vomitare.

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

Ai fini della definizione del caso è necessario riportare i parametri principali.

- **Il setting terapeutico:** lo studio privato della psicoterapeuta.
- **Durata del percorso terapeutico:** 15 colloqui a cadenza settimanale.
- **Dati anamnestici:** F. ha 16 anni e frequenta il terzo anno di Liceo. Nonostante sia così giovane, la ragazza ha già avuto numerose esperienze di psicoterapia. Infatti, già dall'età di 5 anni i suoi genitori si rivolgono ad uno psicoterapeuta perché preoccupati per il suo mutismo selettivo. All'età di 10 anni, la bambina ritorna dallo specialista a causa della comparsa del disturbo di panico. Dopo circa 6 anni i genitori decidono di farle intraprendere un nuovo percorso di psicoterapia a causa del disturbo di emetofobia diagnosticato da un neuropsichiatra infantile.
- **Il contratto terapeutico:** È stato concordemente basato sul progetto di gestire il disturbo di Emetofobia, di gestire e ridurre lo stato di paura associato all'azione di vomitare ed aumentare la condizione di auto-consapevolezza.

LA STORIA DI F.

Inizialmente si presenta in studio dalla specialista il padre di F. il quale dice di essere molto preoccupato per la figlia a causa di un disturbo di Emetofobia, pertanto viene fissato un appuntamento per la settimana successiva.

Sin dal primo momento, la terapeuta è particolarmente colpita dal suo aspetto molto semplice ed infantile; la ragazza, infatti, ha una voce sottile ed un sorriso genuino che, spesso, accompagna le sue interazioni verbali.

F. vive con il padre e la madre e ha un fratello universitario che non abita con loro. Inoltre ha un fidanzato con cui, da diverso tempo, intrattiene una relazione a distanza.

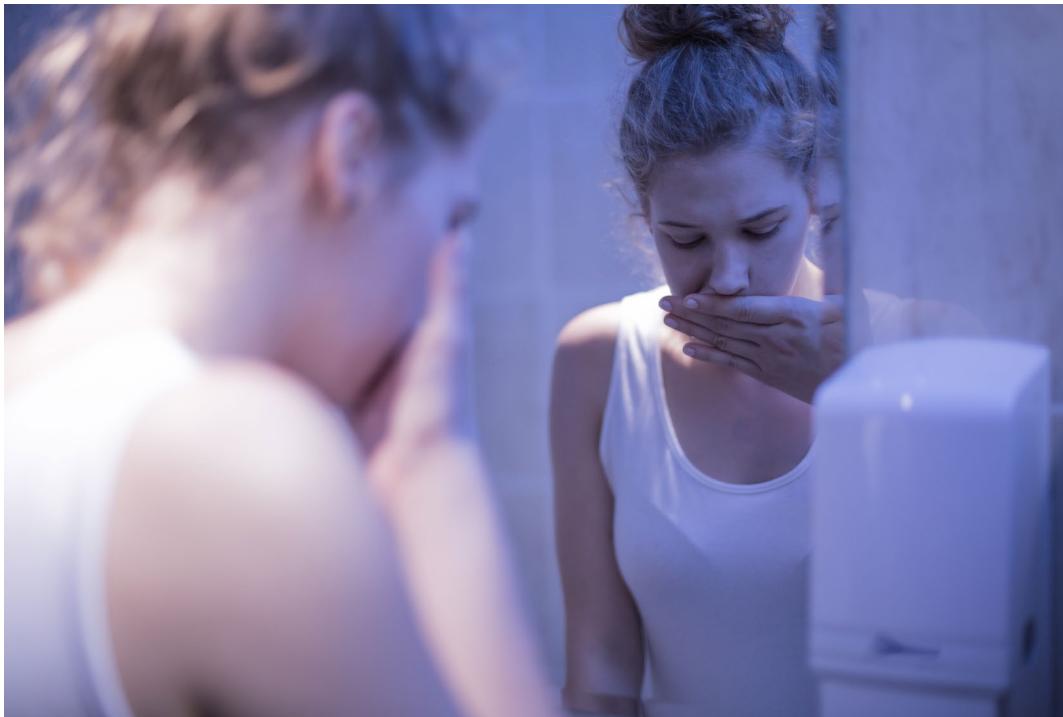
Quando, per la prima volta, si reca nello studio della terapeuta, la ragazza non manifesta imbarazzo; anzi sembra piuttosto allenata a parlare della sua sintomatologia. Infatti accompagna senza difficoltà la specialista ad intraprendere assieme a lei un viaggio nel suo mondo interiore.

Fin dall'età di 5 anni, affronta numerosi percorsi di psicoterapia a causa del disturbo d'ansia passando dal mutismo selettivo al disturbo di panico e racconta di aver acquisito nel tempo strategie per il contenimento dell'ansia.

L'adolescente mette al centro degli scambi verbali le sue relazioni significative nel contesto familiare e scolastico. L'aspetto che colpisce la professionista è la tendenza di F. a raccontare i suoi drammi interiori, compresi quelli legati a vissuti negativi di rabbia e dolore, con espressioni mimiche e non verbali poco coerenti con il contenuto riferito.

L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA

L'Approccio Centrato sulla Persona si sviluppa negli anni '40 per opera di Carl R. Rogers; rispetto all'orientamento psichiatrico e psicoterapeutico dell'epoca l'approccio centrato sulla persona appare controcorrente. Carl Rogers sostituisce il termine "paziente" con quello di "cliente" in quanto gli conferisce uguale dignità e rispetto all'interno della relazione ridimensionando nel



contempo il potere dell'esperto e facendo del cliente parte attiva della relazione terapeutica. Per questo motivo la terapia centrata sul cliente non è direttiva. Nella terapia centrata sul cliente il Sé assume un ruolo centrale nella struttura psichica condividendo, inoltre, una visione antiriduzionista e antimeccanicistica, considerando gli esseri umani come agenti di scelta, responsabili e liberi (Mischel, 1981). Gli esseri umani, secondo Rogers, hanno un'innata spinta motivazionale, (a livello organismico) la cosiddetta tendenza attualizzante che riguarda la capacità dell'uomo di autodeterminarsi e di autorealizzarsi.

La terapia centrata sul cliente facilita la persona a riappropriarsi della propria tendenza attualizzante a causa della perdita o della distorsione delle capacità di autoregolazione e di autoconsapevolezza promuovendo un processo di cambiamento e di crescita che possa ristabilire la capacità di contatto organismica della persona con se stesso e con l'ambiente.

Secondo l'approccio centrato sulla Persona ci

sono delle condizioni psicologiche necessarie e sufficienti che possono determinare una modifica-
zione della personalità.

Una modifica-
zione costruttiva della personalità si verifica quando sono presenti e sussistono per un certo periodo le seguenti condizioni:

- 1. Due persone sono in contatto psicologico**
- 2. La prima, che chiameremo cliente, è in uno stato di incongruenza, di vulnerabilità o di ansia.**
- 3. La seconda persona, che chiameremo il terapeuta, è in uno stato di congruenza: è cioè, nella relazione, liberamente e profondamente se stesso.**
- 4. Il terapeuta prova dei sentimenti di considerazione positiva incondizionata nei confronti del cliente**
- 5. Il terapeuta prova una comprensione empatica del sistema di riferimento interno del cliente e si sforza di comunicare al cliente questa esperienza**
- 6. Si verifica una comunicazione, almeno parziale, della comprensione empatica e della considerazione positiva incondizionata del terapeuta per il cliente. (Rogers, 1970)**



Come si evince dalle parole di C. Rogers queste condizioni creerebbero un clima facilitante all'interno della relazione terapeutica. Tali condizioni necessarie e sufficienti sono la congruenza, l'accettazione positiva incondizionata, l'empatia ossia la capacità di entrare nel mondo percettivo dell'altro e di comprendere discretamente e sensibilmente i pensieri e i sentimenti. Empatizzare con i propri clienti vuol dire accostarsi con rispetto ai significati della loro esperienza, evitando di emettere valutazioni o giudizi. L'empatia del terapeuta permette di farsi guidare dalle risposte del cliente.

L'accettazione positiva incondizionata è l'apertura senza giudizio verso l'altro nonostante la diversità nei valori e nelle convinzioni; è l'attitudine ad apprezzare e a stimare il proprio cliente accogliendo qualsiasi emozione.

La congruenza è l'autenticità del terapeuta. Nella relazione con il cliente il professionista agisce in modo corrispondente a ciò che sta provando o sentendo. Solo percependo i propri bisogni il terapeuta può essere in grado di distinguerli da quelli del proprio cliente centrando in maniera autentica.

Il professionista cerca di abbandonare "il camice bianco" ovvero il suo ruolo professionalizzato stereotipato.

LA GESTIONE DELL'ANSIA CON L'A.C.P.

L'obiettivo iniziale della terapia rogersiana è la "creazione" di un clima facilitante che attraverso le tre condizioni necessarie e sufficienti offrano a F. l'opportunità di entrare in contatto con il qui ed ora all'interno del setting.

Le sensazioni fisiologiche sono "prodromiche" all'insorgenza del sintomo e diventano fonte di ansia tale da creare la difficoltà di discriminazione percettiva. Infatti, anche lo stimolo del piano rappresenta per lei un motivo di apprensione dal momento che riferisce alla terapeuta di aver paura persino di versare le lacrime. La paura si manifesta come uno scoglio insormontabile per la cliente anche perché assimila l'azione del vomito al senso di angoscia.

Nel corso dei colloqui la ragazza accosta spesso l'immagine del vomito al senso di perdita. Inoltre, dal contenuto delle conversazioni si evincono importanti difficoltà nel centrarsi sul qui ed ora dell'emozione, pertanto F. sembra assumere talvolta un atteggiamento evitante.

Il tentativo della professionista che, nel corso dell'intervento, si è ispirata ai fondamenti della terapia rogersiana, è stato di avvicinare F. sul piano emotivo ed intimo al significato delle sue espressioni verbali. Lo sforzo iniziale è stato cogliere il significato del sentimento di paura che inizialmente è sfuggito alla sua razionalità.

Grazie all'atteggiamento autentico, empatico ed accettante della terapeuta, gradualmente F. si è avvicinata alla sensazione di paura e, con numerose difficoltà, ha accostato la fobia del vomito o meglio dell'atto di "vomitare" all'immagine della morte. Nel corso della terapia, la cliente riporta il proprio vissuto focalizzandosi superficialmente su se stessa e sulle emozioni esperite.

Pertanto, la professionista ritiene opportuno sostenerla ed accompagnarla nel tentativo di individuare i suoi punti di forza quali, ad esempio, la capacità di gestire le emozioni nelle situazioni scolastiche.

Partendo dai suoi resoconti, la terapeuta le rimanda l'esperienza delle interrogazioni: "E' come se manifestassi un atteggiamento di attesa ed osservazione dinanzi alle interrogazioni ..non ti butti ma attendi e poi vai".

"Il terapeuta risponde rilevando l'essenziale delle parole della cliente, sostenendo la trama del suo racconto e dandole l'occasione di prendere più acutamente coscienza delle cose che esprime" (Rogers, Kinget 1965)

La costruzione della relazione di fiducia porta F. a raccontare alcuni episodi di panico che lei associa a stimoli fisiologici che non si presentano necessariamente in prossimità del pranzo o della cena. Inoltre, il livello di empatia e di fiducia instauratosi, le consente di focalizzarsi maggiormente sui pensieri che le suscitano un'espressione di

sorriso che sembra non corrispondere al flusso delle sue idee. La capacità della terapeuta di "stare" insieme nel sintomo le consente di descrivere la sensazione del vomito, paragonandolo al baratro. "Perché il terapeuta sia efficace, bisogna che adotti nei confronti del suo cliente, un atteggiamento empatico; deve sforzarsi di immergersi con il cliente, nel mondo soggettivo di costui". (Rogers, Kinget 1970)

Il riconoscimento del suo stesso bisogno la spinge a richiedere l'aiuto di chi la circonda. La facilitazione compiuta dalla terapeuta per trovare alternative alla sensazione di "baratro", la porta a sperimentare vissuti differenti al sintomo fisiologico del vomito e la aiuta ad auto-comprendersi ed accettarsi. Il riconoscimento e la valorizzazione del vissuto della paura le fa dirigere l'attenzione dallo stimolo fisiologico al significato personale dell'emozione sperimentata che la induce ad una gestione efficace del suo stato di ansia.

"Il paziente deve riscoprire e constatare sistematicamente che "l'emozione ha sempre ragione". (Roccato,2005)

LO SVILUPPO DELL'AUTOCONSAPEVOLEZZA CON L'A.C.P.

Un adeguato livello di consapevolezza viene definito da Carl Rogers "congruenza" che si riferisce al mondo interno dell'individuo ovvero alla corrispondenza tra i propri sentimenti e sensazioni e la loro corretta percezione a livello di coscienza e dei pensieri. (Marmocchi, Dallaglio e Zannini, 2004)

"Ho paura di piangere perché potrei sentirmi male"; con quest' espressione la cliente comunica alla terapeuta la difficoltà di simbolizzare l'emozione come se non riuscisse ad entrare in contatto con il vero bisogno fisiologico.

Secondo l'approccio centrato sulla persona questa tensione deriva dalla discrepanza tra i vari livelli del sé (sé organismico, sé percepito e sé ideale) che rappresenterebbe l'esternazione di un elevato livello di disaccordo interno. Tale conflitto interiore si evince dalla verbalizzazione nel momento in cui la ragazza afferma di non

riuscire "a capire se si senta davvero male o se sia solo un'invenzione". Attraverso la facilitazione la terapeuta si pone l'obiettivo di far diminuire la tensione interna di F. ed aiutarla attraverso le tre condizioni ad "avvicinarsi" maggiormente al suo bisogno organismo.

"Lo scopo del terapeuta non è di aiutare il cliente a risolvere un singolo problema ma a facilitare le innate capacità di autoregolazione e di autorealizzazione" (Zucconi,1986)

Durante le sedute si prova ad evidenziare le modalità di entrare in relazione con gli altri all'interno dei diversi contesti di appartenenza. In particolare, la cliente riconosce e valorizza il suo modo di "fronteggiare" le situazioni facilitando il processo di autocomprendere che la induce a focalizzarsi sull'immagine di se stessa e sul suo funzionamento.

Il raggiungimento di questa capacità le consente di "fermarsi" nel momento antecedente all'atto del vomito. Inizialmente la non accettazione dello stato d'ansia porta la terapeuta ad osservare in F. un meccanismo di percezione selettiva.

Difatti, quando l'individuo rileva solo alcuni elementi della sua esperienza, cioè quelli conformi all'immagine di sé rifiutandone altri non conformi, finisce per allontanare il contenuto emotivo inaccettabile dalla sua coscienza e per assumere un atteggiamento evitante. È come se F. avesse due immagini di sé; lei stessa si disegna divisa in due: una parte nera e una parte bianca. La parte nera è quella caratterizzata dagli attacchi di panico, quella bianca invece ne è priva. L'obiettivo che ci si pone in terapia l'integrazione delle due metà.

Dalle parole di un cliente in "La Terapia centrata sul cliente" (Carl R. Rogers) il terapeuta è "qualcuno che condivide l'esperienza affettiva che sto vivendo: pensa quello che penso, sente quello che sento, desidera quello desidero, teme quello di cui ho paura, senza "se", "ma", "non proprio". "Centrarsi" insieme a F. nella sintomatologia dell'ansia e nei suoi significati personali la facilita ad intraprendere un lavoro



di accettazione della sua condizione e ad integrare entrambe le immagini di se stessa. La relazione terapeutica le permette lentamente anche di guardare dall'esterno la sua parte "nera". Inizia a dire a se stessa che "potrebbe anche sopravvivere" all'attacco di panico e potrebbe sentire e riconoscere nuovi aspetti di se stessa.

Esaminando il processo terapeutico, secondo l'approccio centrato sulla persona, si passa da una fase in cui il sé ideale (in cui F. non deve aver paura) si diversifica da quello organismico, ad un livello in cui F. riesce a riconoscere le sue fragilità e a sostenere ed accettare la sua percezione emotiva.

In questa fase, la cliente può riconoscere "chiaramente queste contraddizioni interne e provare un interesse preciso a proposito di esse". (Rogers, Kingetpag)

F. riconosce la parte nera dicendo che non le piace ma la ritiene indispensabile per la sua esistenza. "La parte nera assorbe tutti i miei colori e non ne posso fare a meno".

TRATTAMENTO DELL'EMETOFOBIA SECONDO LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Il profilo comportamentale del soggetto ematofobico corrisponde ad un quadro agorafobico o di Fobia Sociale che differisce dall'inquadratura di **Fobia Semplice** con cui può essere etichettata l'emetofobia.

Gli ematofobici effettuano un monitoraggio continuo rispetto alle sensazioni "gastriche", finalizzato a prevenire uno scenario catastrofico assolutamente da evitare. Da questo esercizio del controllo sulle proprie sensazioni enterocettive deriva il circolo vizioso tra ansia, credenze associate al vomito e presenza di sensazioni spiacevoli (nausea, mal di stomaco, "movimenti intestinali" etc.).

Tali vissuti vengono sovrastimati rispetto all'imminenza ed alla gravità dell'evento. In presenza del disturbo è opportuno effettuare una diagnosi differenziale che escluda altre patologie simili.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Anche se la fobia del vomito appare relativamente poco comune rispetto alle fobie specifiche in generale (Becker et al., 2007), la sua incidenza potrebbe essere stata ridimensionata a causa di diagnosi errate o eventuali comorbidità (Boschen, 2007; Manassis & Kalman, 1990; Veale, 2009b); ad esempio, i sintomi ossessivo-compulsivi possono essere osservati nel lavaggio compulsivo o nei comportamenti superstiziosi in Emetofobia che vengono eseguiti al fine di prevenire il vomito (Veale et al., 2015)

Allo stesso modo, un disturbo ipocondriaco può essere erroneamente individuato e, di conseguenza, diagnosticato dal grado significativo di preoccupazione, di ricerca, di sicurezza e controllo del comportamento. Tali atteggiamenti risultano legati alla paura di possibili infezioni o intossicazioni alimentari che potrebbero portare la persona a vomitare.

L'anoressia nervosa può essere diagnosticata erroneamente quando l'individuo emetofobico sottopeso limita la quantità di cibo ingerito per ridurre il rischio di vomito. (Marini, 2018)

In realtà, il soggetto potrebbe non avere alcun disturbo dell'immagine corporea o dell'autovalutazione senza aver paura di ingassare (Manassis & Kalman, 1990)

LA PSICOEDUCAZIONE SUL SINTOMO

La psicoeducazione, sviluppata negli anni Ottanta nell'ambito della salute mentale, è attualmente considerata una buona pratica medica, peraltro consigliata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle principali Linee Guida Internazionali per il trattamento dei diversi disturbi psichici. Si tratta di una tecnica che sviluppa un processo di corretta informazione sul disturbo diagnosticato – natura, caratteristiche, andamento, prognosi, possibilità di trattamento e di gestione – al paziente e alle sue persone di riferimento, i cosiddetti caregivers. (C.L.B., 2016)

In questo modo si favorisce l'accettazione e

l'elaborazione della diagnosi stessa, ma anche il riconoscimento, la comprensione e la gestione delle sue manifestazioni.

Inoltre, essere informati del fatto che anche altre persone presentino le stesse difficoltà, che ci siano conoscenze sulle origini, sulla manifestazione del disturbo e che esistano terapie efficaci per superare le difficoltà, ha un effetto rassicurante per la persona.

L'obiettivo primario della fase di psicoeducazione è promuovere un'adeguata consapevolezza e coscienza di malattia, oltre che fornire una corretta ed adeguata informazione sulla natura del sintomo e sulla sua genesi.

Ciò induce il paziente al riconoscimento del problema e ad una maggiore comprensione delle caratteristiche del sintomo, quindi lo stimola a passare da una fase di precontemplazione, vale a dire di assoluta inconsapevolezza di malattia, a quella di contemplazione ossia di accettazione delle proprie difficoltà quotidiane.

Quest'ultimo passaggio è conosciuto in psicoterapia come fase dell'ambivalenza, l'oscillazione iniziale frequente che vede il paziente muoversi tra desiderio e necessità di cambiare e paura del cambiamento stesso, il quale implicherebbe la messa in discussione di schemi cognitivi aderenti alla propria routine quotidiana. Il lavoro del terapeuta è quindi aiutare il paziente a trovare la spinta e la motivazione in se stesso per effettuare il percorso che lo condurrà verso la guarigione.

Affinchè ciò avvenga è necessario valutare, attraverso l'uso della bilancia decisionale, vantaggi e svantaggi del disturbo tenendo in considerazione che, se il paziente ha mantenuto il sintomo per numerosi anni, evidentemente ha beneficiato di vantaggi derivanti dalla patologia, definiti fattori di mantenimento del problema.

Successivamente, dopo aver compreso la natura del sintomo, il paziente deve essere istruito riguardo al suo riconoscimento precoce e all'efficace gestione dello stesso. Come già anticipato, le difficoltà incontrate in questo passaggio sono legate alla resistenza verso il cambiamento.

Una causa di questo atteggiamento potrebbe essere, ad esempio, che l'emetofobico sa bene di avere un'elevata capacità di contenimento del vomito, pertanto può convincersi che, una volta guarito, non sarà più in grado di contenerlo così bene e quindi potrà vomitare.

Dunque diventa necessario considerare che la psicoterapia consente al paziente di sviluppare una serie di strategie adatte non solo a gestire l'ansia, che spesso si associa a questa fobia, ma soprattutto consente di creare un clima empatico di fiducia, accettazione e comprensione con il proprio terapeuta. Ciò permette al paziente di imparare a gestire e comprendere meglio le dinamiche del suo rapporto con il vomito e del significato che assume a livello inconscio per acquisire strumenti necessari a modificare le suddette dinamiche.

OBIETTIVI A BREVE E MEDIO TERMINE

Dopo la fase di informazione alla paziente relativa al duo disturbo, è stato condotto un intervento di psicoeducazione sull'ansia, emozione fortemente esperita dalla ragazza nei momenti che anticipano l'attacco di panico precedente al vomito. La paziente è stata edotta riguardo alla natura e alla funzione dell'ansia senza la quale l'uomo non sarebbe sopravvissuto nel corso dei secoli e non sopravvivrebbe ancora ai pericoli.

L'ansia è di per sé naturale, diventa un'alleata nel momento in cui bisogna affrontare una prova, una situazione in cui è necessaria una notevole dose di attenzione e concentrazione. Quando diventa eccessiva può trasformarsi in panico, bloccare l'individuo ed essere disfunzionale e patologica. A tal proposito, la paziente è stata istruita a saper riconoscere la sintomatologia presentata che, in letteratura, è riportata in uno o più dei seguenti cluster:

- Sintomi cardiorespiratori: tachicardia, senso di oppressione al petto, soffocamento, dispnea, etc.
- Sintomi gastrointestinali: nausea, vomito, mal di stomaco, dolori addominali, diarrea, etc.



- Sintomi vestibolari: sensazioni di instabilità, vertigini, sensazione di svenimento, etc.
- Sintomi psicosensoriali; disorientamento, de-realizzazione, depersonalizzazione, gambe molli, etc...

Quando la paziente è in grado di riconoscere la sintomatologia che caratterizza il manifestarsi del pensiero ansioso, è predisposta per la ristrutturazione cognitiva rispetto a quest'ultimo che si effettua riconoscendo inizialmente le convinzioni di pericolo e la tendenza a catastrofizzare un evento o una situazione spiacevole.

Nel caso analizzato, l'evento temuto è la perdita di controllo che provoca la fase imbarazzante del vomito in presenza di altri e l'impossibilità di raggiungere un bagno. Inizialmente, la ragazza si allena nel riconoscimento del pensiero antecedente che si presenta in modo quasi automatico, che le provoca l'ansia e il conseguente episodio di panico.

Per condurla all'identificazione degli schemi di pensiero alla base del disturbo si potrebbe chiedere alla paziente quale sia l'idea ricorrente che sperimenta prima di sentirsi male, cosa pensa riguardo alla condizione e in che modo crede di gestirla. Chiedendo progressivamente il significato dei suoi pensieri, la terapeuta può rilevare le convinzioni sottostanti che la paziente ha su se stessa, sugli altri e sul mondo. Grazie al dialogo socratico sono state individuate le convinzioni profonde (core belief o schemi cognitivi), ovvero strutture interpretative di base attraverso cui rappresenta se stessa e gli altri e organizza il suo pensiero.

La paura della paziente di poter rimettere, con la conseguenza di fare brutte figure in pubblico e perdere la stima da parte dei conoscenti, rimanda all'idea che ha su se stessa, in particolare al vissuto di non amabilità ed inadeguatezza. Tali credenze di base derivano dalle prime esperienze relazionali che l'hanno indotta ad avere una scarsa autostima e consapevolezza di sé e delle proprie potenzialità. Questo vissuto viene tuttora alimentato dalla condizione di dipendenza dalla figure genitoriali e dalla

mancanza di un'adeguata autonomia rispetto all'età.

L'esercizio di ristrutturazione cognitiva successivo è stato chiedere alla paziente di visualizzare una scena di potenziale perdita del controllo che porta all'esperienza del vomito in pubblico e di provare ad immaginare cosa possano pensare o fare coloro che assistono all'evento.

La paziente immagina di vivere la situazione e che alcuni tra i presenti possano allontanarsi, altri possano fornirle un supporto conducendola in bagno e altri ancora inveire contro di lei.

La domanda della terapeuta è allora concentrata sul vissuto successivo sperimentato dopo l'episodio "Dopo aver perso il controllo e aver rimesso per strada, cosa è successo tra coloro che hanno assistito alla scena?"; poi ancora "Dopo aver sperimentato la sensazione di timore e vergogna, sei riuscita a ritrovare l'equilibrio e ritornare alle tue attività abituali?"

La ragazza riferisce di essere riuscita a controllarsi dopo una fase iniziale di forte ansia, accompagnata da rabbia e vergogna per aver rimesso per strada. Inoltre, conclude che si sia trattato di un'esperienza spiacevole ma che, in fin dei conti, sia sopravvissuta.

Il cambiamento cognitivo, ottenuto in questa fase, viene calato nella realtà attraverso gli "homeworks", ovvero tecniche di esposizione a livello situazionale ed immaginativo. Tale allenamento, effettuato a casa, consente alla paziente di migliorare efficacemente la gestione delle risposte emotive di ansia e di modificare le convinzioni negative su se stessa relative al non controllo delle risposte fisiologiche. Il lavoro successivo si è concentrato sul trattamento degli attacchi di panico che precedono l'esperienza del vomito.

L'attacco di panico è un breve episodio di ansia intollerabile che dura al massimo 20 minuti. È caratterizzato da sentimenti di apprensione, paura o terrore in cui la persona vive un senso di catastrofe imminente e ha spiccate manifestazioni neurovegetative. Possono esserci anche esperienze di depersonalizzazione e

derealizzazione.

Arriva come un fulmine a ciel sereno, improvvisamente. È questo il motivo per cui le persone ne sono tanto spaventate. La realtà, invece, è diversa: l'attacco di panico ha sempre un fattore scatenante, anche quando non si è in grado di riconoscerlo come tale, come si vede in terapia. Durante l'attacco di panico anche i pensieri si modificano, infatti le persone temono che accadrà loro qualcosa di grave. Pensano, ad esempio, che moriranno, che impazziranno, che faranno una figura terribile. Dopo aver provato una volta la spiaevole esperienza di un attacco di panico, la persona colpita teme ovviamente che possa accadere di nuovo. Si innesca un circolo vizioso che può trasformare il singolo attacco di panico in un vero e proprio disturbo di panico. Si apprende così ad avere "paura della paura". Il paziente, infatti, ha un coinvolgimento attivo e determinante nell'insorgenza e nella persistenza dell'attacco. Quest'ultimo infatti, è frutto di un processo continuamente rinforzato da molti aspetti, su cui la persona ha più controllo di quanto non creda.

Nel caso specifico, la paziente è stata allenata a pensare che se nella situazione ansiogena, ad esempio, avverte sintomi fisici di giramento di testa e pensa *"sto per svenire"*, in terapia imparerà a sostituire questo pensiero con *"sto solo sperimentando i soliti sintomi fisici"*, *"non ho nessuna ragione di credere che sto per svenire"*. Se, ad esempio, in passato ha pensato *"sto per morire"*, in terapia lo ha sostituito con *"è solo il battito del mio cuore accelerato, non sto per avere un infarto"*. (A.T.Beck)

CONCLUSIONI

L'Emetofobia è un disturbo d'ansia che può compromettere la quotidianità della persona a causa della paura di vomitare. Nella storia di F. la paura ha influito su diverse aree della personalità. Il disturbo d'ansia crea un cattivo adattamento psicologico "il cattivo adattamento psicologico esiste quando l'organismo nega alla sua consapevolezza esperienze viscerali e sensorie

significative, di conseguenza queste non sono simbolizzate ed organizzate nella Gestalt della struttura del sé.

Quando si verifica questa situazione vi è tensione fondamentale o potenziale" (Zucconi,1986).

L'Approccio Centrato sulla Persona considera la persona parte attiva nella relazione terapeutica.

L'alleanza terapeutica creata attraverso le tre condizioni necessarie e sufficienti ha facilitato il processo terapeutico di F. All'inizio della terapia era come se F. non riconoscesse il sentimento della paura; gli attacchi di panico le hanno impedito di dare il significato personale alle situazioni. Il lavoro terapeutico ha permesso alla cliente di avvicinarsi al sentimento della paura, considerarla come propria e gradualmente accettarla per poterla gestirla in maniera più efficace.

F. attraverso il lavoro terapeutico avvicina gradualmente i tre livelli del sé imparando a riconoscere la sua parte più fragile o meglio citando le sue parole "la mia parte nera"; comincia a riconoscere l'importanza delle contraddizioni interne.

F. inizia la terapia con un modo di esperire oggettivizzato: l'Emetofobia la porta ad avere un modo di vivere l'esperienza "stereotipato" in cui la paura del vomito la porta ad allontanarsi da ciò che percepisce assumendo un atteggiamento evitante. Attraverso il processo terapeutico F. inizia a riconoscere le contraddizioni dell'esperienza dandosi il permesso di vivere il qui ed ora in modo più immediato.

Questo porta a dedurre che la relazione terapeutica ha facilitato un processo nella ragazza tale da determinare un maggiore sviluppo dell'autoconsapevolezza e una maggiore capacità di gestire la propria ansia. La terapia di F. con l'A.C.P. è tuttora in corso.

Nell'ipotesi di trattamento secondo la terapia cognitivo comportamentale la ragazza è stata istruita sulla natura dei sintomi e sulle loro manifestazioni con un intervento di psicoeducazione. Successivamente, grazie al dialogo socratico, sono stati individuati gli schemi cognitivi di base che contraddistinguono il suo modo di leggere la



realità.

Grazie alla ristrutturazione cognitiva sono stati messi in discussione tali costrutti disfunzionali e sono state offerte alternative valide al proprio modo di analizzare i fatti e il mondo circostante.

Con l'utilizzo degli "homeworks", ovvero di compiti a casa e attraverso l'utilizzo di esercizi di esposizione in immaginazione, la ragazza si è allenata ad affrontare la situazione temuta, immaginando di superare i vissuti negativi e i sintomi ad essa associati. In questo modo si è voluto ancora una volta sottolineare il ruolo attivo della paziente nella comparsa della sintomatologia e nella sua gestione.

Lo scopo di questo complesso lavoro è stato avvicinare il lettore alla conoscenza del disturbo dell'Emetofobia e di esaminare il caso di F. attraverso due approcci differenti accomunati dal tentativo di costruire una relazione di aiuto che possa garantire un nuovo e migliore adattamento senza dover rinunciare agli aspetti di se' ma potendoli riconoscere e valorizzare.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, *22*(2),69–74.
- Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing Emetophobia: A Cognitive–Behavioral Formulation And Research Agenda. *Journal Of Anxiety Disorders*, *21*(3),407–419.
- Fantoni, M., (2016), Paura di vomitare? Forse soffri di ematofobia. Marzo 2016. Centro Elpis in Età Evolutiva, Infanzia, Salute E Benessere.
- Manassis, K., & Kalman, E. (1990). Anorexia Resulting from Fear of Vomiting in Four Adolescent Girls. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *35*(6),548–550.

- Marmocchi, P. Dall'Aglio, C. Zannini, M. (2004) *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., Trento.
- Rogers, C.R., Kinget, M.G. (1965) *Psychothérapie et relations humanies .Théorie et pratique de la thérapie non directive*, Edition Nauwelaerts, Louvain; trad. it. *Psicoterapia e relazioni umane ,Boringheri*, Torino,1970.
- Rogers, C.R. (1970) *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, 1970.
- Veale, D., & Lambrou, C. (2006). *The Psychopathology of Vomit Phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, *34*(02), 139.
- Veale, D. (2009). *Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. *The Cognitive Behaviour Therapist**, *2*(04), 272.
- Veale, D., Hennig, C., & Gledhill, L. (2015). Is a specific phobia of vomiting part of the obsessive-compulsive and related disorders? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *7*.
- Zucconi, A. (1986) "La visione della natura umana e del cambiamento secondo Rogers" in AA. VV. *Immagini dell'uomo*, Rosini Editore, Firenze.

SITOGRAFIA

- Fobia sociale in Spc Verona,(2014), Associazione di Psicologia Cognitiva APC SPC, [ottobre 2004]
- <https://www.apc.it>, disturbi adulto,fobia-sociale,quali sintomi.
- Lauri,S., Paura Di Vomitare: Conosciamo Un Disturbo Particolare, L' emetofobia <https://www.milano-psicologa.it>, paura di vomitare.
- Marini,M.,(2018) Emetofobia -La Paura Del Vomito.
- Una Fobia Specifica Trascurata Dalla Ricerca. Psicologi Online. [14 Novembre 2018]
- C. L. B., (2016) Centro Lucio Bini per lo studio e la terapia della depressione, Clinica, Psicoeducazione
- <http://www.psychomedia.it/pm/answer/dap/roccato2.htm>



MAXI EMERGENZA COVID-19

CONTRASTO, RESILIENZA ED INTERVENTI TERAPEUTICI

Valentina Monticelli

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta ad approccio Strategico Breve in formazione, esperta in tecniche e gestione dell'ansia

Francesca Lacerenza

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta sistematico-relazionale, terapeuta EMDR

Teresa Caldara

Psicologa presso gli Istituti Penali di Trani (BT), Psicoterapeuta ad approccio Strategico Breve in formazione, esperta in psicologia dell'emergenza

RIASSUNTO

Il Ministero della Salute con la legge n.3 del 2018 dichiara che la figura dello psicologo diventa a tutti gli effetti una professione sanitaria, alla pari delle altre e che nello specifico si occupa della salute mentale di ogni soggetto, garantendone la sua integrità e la sua presa in carico. Dinanzi ad una emergenza sanitaria da pandemia COVID-19 è fondamentale tener conto della persona nella sua totalità, considerando e tutelando anche l'aspetto psicologico, che è incluso nel processo di cura e sollevo del dolore di ciascun individuo, all'interno di differenti contesti. Il fine vuole essere quello di non trascurare o lasciar passare in secondo piano una parte fondamentale che garantisce il benessere dell'uomo. Tutto ciò può essere fronteggiato dando spazio anche agli interventi psicologici in base ad approcci specifici ed efficaci come la Psicologia dell'Emergenza e l'uso della terapia EMDR per il trauma.

PAROLE CHIAVE

Ansia, Covid-19, Emergenza, EMDR, Paura, Trauma

INTRODUZIONE

L'emergenza anche psicologica che colpisce tutti noi per il pericolo e il timore da contagio Covid -19 (coronavirus) innesca una dose spesso elevata e talvolta poco gestibile, di ansia e paura che generano stress, accumulato per le restrizioni che determinano distanziamento sociale, isolamento e/o quarantena, oltre alla pericolosità medica del virus stesso. La quarantena, metodo di difesa funzionale, di per sé suscita frustrazione, angoscia, sofferenza che se non gestite in modo tempestivo, esaustivo ed efficace, generano depressione e disturbi di adattamento, caratterizzati a loro volta, dalla presenza di sintomi da stress



traumatici o post-traumatici. Questi sentimenti di rabbia, ansia e paura riguardano sia il soggetto definibile "sano", sia il soggetto che ha già delle problematiche di natura psichica o di salute mentale. Essere obbligati alla quarantena potrebbe condurre ad un deterioramento dell'equilibrio psico-emotivo, producendo così delle gravi conseguenze, come il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) o ad idee suicidarie o a suicidi. Alla luce di quanto esposto, è fondamentale supportare la persona, che ne ha bisogno, nell'amministrare una buona quarantena, offrendo strumenti terapeutici utili, motivarli alla resistenza e resilienza, alla limitazione di esposizione ai resoconti di media sulla pandemia attuale, invitandoli ad informarsi in modo corretto, a non favorire l'isolamento sociale, bensì a non ridurre i contatti relazionali anche se a distanza; mantenere una sana alimentazione e un regolare ciclo sonno-veglia; limitare la dipendenza da alcol, gioco d'azzardo, tabacco, internet e droghe illecite.

LA PAURA DEL CONTAGIO DENTRO E FUORI LE MURA

Il virus fa così paura perché è qualcosa di ignoto e sconosciuto e terribile in alcuni casi, dal quale potrebbe essere difficile difendersi. L'idea di un nemico invisibile, strutturata rigidamente nel cervello, crea legittima tensione ed allerta. La paura scatta per preservarci dal pericolo: è il bisogno di identificare un'area sicura da quella pericolosa, trovare un proprio posto definibile "sicuro" che di solito, ora come ora, potrebbe essere la propria casa, la propria dimora che va vissuta come un rifugio e non come una prigione. La nostra psiche, non è pronta ad affrontare l'inaspettato, eludendo la naturale propensione umana alla pianificazione. La paura, come il virus in questione, è contagiosa perché i neuroni a specchio conducono ad una empatia con i nostri simili (Gallese, 2005), permettendoci così di vivere le paure e le emozioni che si osservano nell'altro. In tutto questo, l'ansia ha un ruolo fondamentale poiché risulta essere

utile, ed attiva una serie di segnali cognitivi, emotivi, fisiologici che indicano i rischi possibili. L'ansia, è un meccanismo adattivo che risponde ad un ambiente stressante, il quale va gestito in modo strategico e non va evitato. La paura del contagio, non appartiene solo a chi è costretto alla "reclusione" nelle abitazioni, ma anche a chi lavora in prima linea e che è continuamente esposto al pericolo di contagio, vivendo in condizioni di smarrimento, confusione e costante preoccupazione. Dopo la paura, c'è la rabbia, la rabbia di non farcela, la rabbia per gli effetti economici disastrosi, per la perdita del lavoro e/o reddito, la rabbia di non riuscire a sopravvivere dignitosamente. Dentro le mura di case, comunità, carceri sono bloccati anche milioni di individui già fragili, ad esempio pazienti e/o utenti psichiatrici e detenuti. Persone soggette a malattie psichiatriche e psichiche come la schizofrenia, disturbi bipolari, demenze, dipendenze con o senza sostanza e altre patologie degne di nota, dove il regime di isolamento forzato diventa doppiamente complicato da gestire e così nel tempo potrebbero verificarsi reazioni importanti. Stessa cosa, accade per i detenuti, i quali vivono in circostanze di mancato o scarso controllo della situazione esterna e delle condizioni di salute reali delle loro famiglie o contatti stretti. Considerata la cessazione transitoria delle visite esterne causa contagio Covid-19, alcune conseguenze come forme di ribellione al sistema anti-contagio intrapreso, potrebbero essere lo sciopero della fame e della sete, errori di condotta, rifiuto di attività psicoeducative e riabilitative o piani di fuga giustificati da un senso di mancata tutela, ma che porterebbero al caos ed eventi infelici. Il carcere ha anche una sua "materialità" dalla quale non si scappa: muri di cinta, sbarre, chiavi, lunghi corridoi, suoni che echeggiano, radio accese qua e là, televisori ad alto volume, file di celle con tanti uomini e donne. Il concetto di tempo e del come gestirlo risulta totalmente stravolto rispetto a quello in cui siamo abituati fuori: si allunga ma nello



stesso tempo si piega su se stesso, ma è terribilmente scandito, programmato, al punto di annullarsi totalmente. Non tutti i detenuti riescono a trovare la forza necessaria di convivere non solo con la privazione della libertà in sé, ma anche con la privazione della libertà di conoscere da vicino ciò che accade fuori da quelle mura. In ogni tipo di contesto, elementi cruciali risultano essere la forza del contrasto e la resilienza. La resilienza è una capacità molto importante e debole in tanti soggetti, va alimentata e supportata da una quotidianità tutelata che è temporaneamente modificata, distribuendo il tempo in modo adeguato, usando la creatività, riflettendo sulla propria carriera di donna o di uomo, convivendo

in sistemi familiari e relazionali a volte difficili ma pur sempre radici di vita. È necessario saper usare il proprio paracadute. In questo periodo unico e quasi surreale, possono verificarsi ed emergere in numeri maggiori altri problemi delicati, come la violenza domestica su minori o di genere, che non va tralasciata. Il coronavirus non infetta solo le vie respiratorie, ma rischia di infettare menti, relazioni, vite e comunità intere. Da qui nasce la maxi emergenza per contrasto, supporto, elaborazione del trauma generato dal pericolo di tale pandemia, in qualsiasi forma ed entità.

CORONAVIRUS ED ELABORAZIONE DEL LUTTO

In questo periodo buio, c'è chi combatte anche



con lutti e mancati addii, l'accettazione di una perdita in modo arduo e terrificante può avere processi dilatati nel tempo ed una elaborazione della stessa molto complessa. Il lutto non è una malattia, ma è certamente un'esperienza carica di sofferenza.

La perdita di una persona significativa, infatti, causa una ferita la cui cicatrizzazione domanda investimento di tempo e di energie. Il lutto comporta sofferenza ma è anche portatore di crescita. Le più forti e prolungate reazioni al lutto si manifestano quando la morte è improvvisa e inaspettata. Le fasi sono principalmente tre: la prima è quella dello *shock*, la seconda è quella che possiamo chiamare di *manifestazione delle emozioni e dei sentimenti* e la terza, infine, è il momento della *riorganizzazione della persona e della progressiva accettazione e adattamento*. Non necessariamente seguono questo ordine, poiché qualche volta l'una precede l'altra. Fondamentale è la riflessione e l'ascolto attivo, ossia la capacità di cogliere e comprendere non solo i contenuti che vengono comunicati, ma anche le risonanze emotive della narrazione e che tali contenuti hanno nella interiorità di chi li comunica. Per l'elaborazione di un lutto, alcuni strumenti efficaci e terapeutici (anche in tempi relativamente brevi) e che conducono quindi ad un significato preciso attribuito alla perdita di una persona e alla gestione dei propri sensi di colpa e delle proprie ferite sono: i gruppi AMA (auto-mutuo-aiuto), l'uso della medicina narrativa e l'uso del lamento indirizzato.

Il *lamento indirizzato* consiste nell'esporre più volte la persona a ricordi che riguardano il defunto, in particolare ad esperienze condivise con il soggetto deceduto. Spesso si ricorre alla lettura di lettere o alla visione di fotografie o fonti iconografiche,

al fine di rompere l'inibizione emotiva dirompente, indebolendo così la risposta emotiva condizionata (tristezza e depressione). La *Medicina Narrativa* consiste, invece, in una metodologia clinico-assistenziale basata sulla narrazione con la co-costruzione di un percorso personale per il sollievo del dolore attraverso l'uso di strumenti specifici come il diario narrativo o intervista semi-strutturata costruita ad hoc, con lo scopo di ridurre la sofferenza ed ottimizzare le risorse a disposizione, migliorando così la qualità di vita dell'individuo. La Medicina Narrativa è una medicina affiancata alla medicina tradizionale e utilizza la parola come strumento di cura. È definibile come un processo catartico che aumenta la consapevolezza e riduce l'angoscia, favorendo inoltre, un processo di umanizzazione delle cure.

INTERVENTI TERAPEUTICI

Il metodo EMDR e la corretta gestione del Covid-19

L'EMDR (dall'inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) nato 30 anni fa, fu scoperto e sviluppato da Francine Shapiro, e fin dall'inizio è stato basato sulla ricerca scientifica, è uno dei metodi sui traumi con più ricerca alla base, riconosciuto e considerato efficace dall'Oms e da tantissime linee guida internazionali. È un metodo psicoterapico strutturato che facilita il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati sia ad eventi traumatici, che a esperienze più comuni



ma emotivamente stressanti.

Nel 2018, l'Associazione EMDR Italia è stata inserita nell'elenco delle Società Scientifiche delle professioni sanitarie, riconosciute dal Ministero della Salute (ai sensi del dm 2 agosto 2017 – Legge Gelli), è un approccio psicoterapico interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 44 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie inclusi la depressione, l'ansia, le fobie, il lutto acuto, i sintomi somatici e le dipendenze.

La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (*Adaptive Information Processing*) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR.

Tale metodo psicoterapico si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia completa, che utilizza i movimenti oculari e altre forme di stimolazione per combattere disturbi legati direttamente a momenti emotivamente difficili da superare. Dopo una o più sedute, i ricordi disturbanti legati all'evento perdono la loro carica emotiva negativa, il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati. Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress. Infatti, l'evento appare come un ricordo lontano dal presente. Questo approccio, la cui efficacia è scientificamente provata, viene adottato da un numero sempre crescente di psicoterapeuti in tutto il mondo.

L'Associazione riunisce i professionisti che si occupano di stress traumatico e di interventi specialistici attraverso il trattamento EMDR. Collabora a stretto contatto con l'ente EMDR europeo dal 1999, senza scopo di lucro. Tutti gli associati sono formati con corsi specifici e supervisionati, al fine di offrire un altissimo

standard di eccellenza. Nell'ambito della ricerca sono in corso vari progetti con le università italiane per analizzare non solo il livello di efficacia ma anche i meccanismi d'azione della metodologia, che ha già avuto ottimi riconoscimenti dal mondo scientifico. Nel 2019, il Presidente Mattarella ha premiato l'associazione per l'impegno civile e il contributo sociale, nominando la presidente Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

L'Associazione EMDR Italia si occupa di fornire da anni un altissimo livello di specializzazione nella gestione delle maxi emergenze come terremoti e calamità naturali di altra natura, catastrofi e attentati, al fianco delle Forze di Soccorso con programmi specifici di supporto in base al tipo di popolazione che viene colpito e ai livelli di gravità a cui la popolazione è stata esposta. L'EMDR è infatti l'approccio più utilizzato per supportare la popolazione, i soccorritori e gli operatori sanitari in ambito emergenziale.

Una corretta gestione del COVID-19 tiene conto dell'aspetto psicologico, la mancanza di relazioni l'isolamento, la quarantena e la paura del contagio possono provocare grande sofferenza e forti disagi. L'attuale emergenza sanitaria sta cambiando totalmente il nostro approccio alla vita quotidiana.

Le improvvise trasformazioni, a partire dall'attività lavorativa, a rischio per tante persone, e dalle preoccupazioni per la salute propria e dei propri cari, stanno avendo un forte impatto psicologico su tutta la popolazione. Senza considerare, inoltre, lo stress e i traumi vissuti da chi è malato e dagli operatori sanitari che combattono ogni giorno contro il virus. Tra i danni provocati dal Covid 19, quindi, non vanno sottovalutati quelli sulla nostra mente, che deve sopportare un carico di tensione non indifferente.

Dal 25 febbraio scorso, l'Associazione EMDR Italia, guidata dalla presidente Isabel Fernandez, è stata contattata da molte istituzioni locali e nazionali per ottenere un supporto psicologico



specialistico attraverso interventi umanitari. Per affrontare la difficile situazione attuale, l'ente ha siglato vari accordi di collaborazione e protocolli d'intesa per fornire psico - educazione, sensibilizzazione, informazione e supporto psicologico in emergenza e in crisi, rivolto sia alla popolazione che agli operatori sanitari, come medici e infermieri. Gli interventi, dunque, sono operati attraverso le istituzioni, a livello locale e nazionale. Tra questi, si contano numerosi Comuni, Asl, Ospedali e diverse Agenzie di Tutela della Salute (Ats), come quelle di Milano, Bergamo, Val Padana e Insubria (sono 130 le proposte attivate in un solo mese di lavoro per gestire al meglio le conseguenze del problema sanitario).

Inoltre, la società si sta occupando di gestire la traumatizzazione vicaria dei terapeuti coinvolti in quest'emergenza. A tal proposito, la presidente Fernandez spiega come *"Seguendo le linee guida internazionali (IASC), che sottolineano quanto sia importante considerare gli aspetti*

psicologici dell'emergenza Coronavirus, il supporto psicologico specialistico realizzato dall'associazione EMDR affronta una vasta gamma di impatti psicologici dell'isolamento, della quarantena, della paura del contagio e dei vari disagi che si sono sviluppati in questo periodo. Tutti questi aspetti possono portare a sviluppare sintomi di stress post traumatico, depressione e sentimenti di rabbia e paura". Anche nei momenti più faticosi e problematici, la popolazione e gli operatori sanitari possono contare sugli oltre settemila terapeuti che collaborano con la società scientifica EMDR.

Sia in questa fase acuta, in cui l'intera popolazione è costretta a rivedere totalmente le sue abitudini, sia nella futura fase di ripresa, non dobbiamo dimenticare di prenderci cura di noi stessi anche a livello psicologico, per riconoscere e intervenire sui disturbi che potrebbero insorgere; questo, non impedirà di provare stress, ma potrà aiutare a ridurlo, conernerlo, limitarne gli effetti e ritrovare le risorse,

permettendoci di affrontare al meglio l'emergenza che stiamo vivendo.

Psicologia dell'Emergenza e Coronavirus

La psicologia dell'emergenza si occupa dei processi cognitivi e di come questi vengono rimodulati trasversalmente nelle situazioni gravi e di pericolo acuto. Ambiti applicativi della psicologia dell'emergenza sul suo versante clinico sono la formazione preventiva al personale del soccorso (fase pre-critica), ad esempio con tecniche di *Psicoeducazione*, programmazione e gestione dei soccorsi e dei rischi. È rivolta alle situazioni fortemente stressanti, che mettono a repentaglio il benessere psico-fisico del soggetto colpito. Gli interventi immediati di supporto sulla scena e consulenza diretta (fase peri-critica) sono rivolti agli operatori coinvolti in prima linea e alle vittime, con eventuali procedure di *debriefing*, valutazioni di follow-up ed interventi di sostegno individuali, gruppali e familiari a medio termine (fase post-critica). Gli interventi clinici di psicologia dell'emergenza, effettuati con protocolli specifici, sono pertanto indirizzati alle vittime "primarie" (i soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico), alle vittime "secondarie" (parenti e/o testimoni diretti dell'evento) e alle vittime "terziarie" (i soccorritori, che spesso sono esposti a situazioni di particolare drammaticità), con l'utilizzo di colloqui, test o questionari.

CONCLUSIONI

La maxi emergenza non può permettersi sconti sanitari di alcun genere e l'aspetto psicologico ne è parte costituente. La presenza di un supporto psichico con sportelli d'ascolto dedicati all'interno di molteplici contesti sociali oggi più che mai è di estrema importanza, dando così la possibilità a tutta la cittadinanza vittima della situazione attuale, di poter curare il dolore dell'anima, lo stress accumulato che a lungo andare influiscono gravemente sul sistema immunitario. Tuttavia, supporto psicologico

e psicoterapia mantengono integra la dignità e il benessere di ogni persona. Questo virus è un'arma biologica puntata contro il nostro organismo (corpo e cervello) che se non gestito in modo adeguato può scatenare istinti pericolosi e talvolta estremi.

BIBLIOGRAFIA

- Altieri, L. (2002). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità, in Salute e società. Milano: Franco Angeli.
- Amione F. & Chicco, L. (2003). Narrazione e ascolto. L'autobiografia come strategia di intervento nelle relazioni. Roma: Carocci Faber.
- Benedetti, F. (2013). Il caso di G. la medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente. Roma: Carocci Editore.
- Cannizzaro, G. & Casali, R. (2011). Psicologia dell'emergenza sanitaria 118, esperienze di psicologi, medici e infermieri dell'aria critica. Milano: Franco Angeli Editore.
- Didoni, A. (2013). Trauma di Stato. Milano: Autodafè Edizioni.
- Kubler-Ross E., (1984). La morte e il morire. Assisi: Cittadella Editore.
- Marin, M.G.& Arrenghini, L. (2012). Medicina Narrativa per una Sanità sostenibile Milano: Ed. ISTUD.
- Molinari, E. & Castelnovo, G. (2010). Psicologia clinica del dolore. Milano: Springer.
- Pietrantoni, L. & Prati, G. (2009). Psicologia dell'Emergenza. Bologna: Il Mulino.
- Schützenberger, A. A. & Bissone Jeufroy, E. (2011). Uscire dal lutto. Superare la propria tristezza e imparare di nuovo a vivere. Roma: Di Renzo Editore.

SITOGRAFIA

- www.corriereitalianita.ch/
- www.emdritalia.it
- www.emdr.it/wp-content/uploads/2020/04/FocusSaluteEMDRItalia-07-04-2020.pdf
- www.iss.it/coronavirus - (Istituto Superiore della Sanità)



VOLLEY

UN ECCELLENTE STRUMENTO DI TEAM BUILDING

Alessio Alfonso Prencipe

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni, Criminologo ed esperto in Scienze Forensi, Esperto in Psicologia della Comunicazione, Coach ed esperto in Psicologia Positiva e dello Sport, Formatore e Consulente tecnico

Lucia Ercolino

Docente di Educazione Fisica, Tecnico Federvolley

RIASSUNTO

L'articolo nasce dalla collaborazione dei due autori che hanno in comune la passione per la pallavolo, uno sport che ha nobili origini e che rappresenta un esempio emblematico dell'esaltazione della prestazione del gruppo. Ciò è possibile grazie alle dinamiche specifiche dello sport in sé che limita al minimo la capacità incisiva individuale, o perlomeno la subordina alle capacità altrui. Per questa ragione, si può considerare il volley come uno strumento efficace da utilizzare nelle attività di team building. Nell'odierno contesto socio – economico e di riflesso anche lavorativo, la rete ha assunto un valore decisamente più importante rispetto al recente passato, ragion per cui le soft skills quali ad esempio la cooperazione, l'orientamento alle relazioni e al lavoro in team sono diventate requisiti fondamentali per accedere al mondo del lavoro. Attraverso il gioco del volley, saranno individuati quegli elementi e quelle dinamiche utili, a favorire la cooperazione, la collaborazione, il senso di coesione e di interdipendenza, skills in grado di fare la differenza e di trasformare il gruppo in una squadra.

PAROLE CHIAVE

team building, volley, gruppo, squadra, coesione del gruppo, senso di appartenenza, best performance.

INTRODUZIONE

I nuovi scenari che si stanno delineando nell'odierno contesto lavorativo, evidenziano come sia diventato imprescindibile, poter disporre di una rete, al fine di raggiungere degli standard qualitativi e di performance elevati per poter ambire all'eccellenza. Le soft skills, sono diventate un requisito fondamentale da possedere per poter accedere al mondo del lavoro. Le moderne procedure di selezione del personale, come ad esempio l'Assessment Center, conferiscono un'importanza crescente alle skills personali, su tutte l'orientamento alle relazioni e la capacità di lavorare in gruppo.

A questo proposito, per sviluppare e potenziare queste abilità, negli attuali ambiti aziendali, e lavorativi in generale, sono nate una serie di attività e procedure denominate team building.

Letteralmente "costruzione del gruppo", il team building sta ottenendo risultati importanti, in merito al miglioramento della performance e al raggiungimento di standard di eccellenza, che naturalmente si traducono in vantaggi consistenti anche in termini di profitto. Tante sono le attività che possono essere annoverate nel team building: focus group, brainstorming, laboratori, role playing etc. e tutte garantiscono ottimi risultati, in quanto stimolano la comunicazione, favorendo in tal senso l'empatia e la coesione, oltre a produrre una serie di successi in termini creativi e di idee.

Partendo da questi fondatissimi presupposti, si è pensato di trarre ispirazione dal modo dello sport. Analizzando, per ovvie ragioni solo gli sport di squadra, è emerso che il volley, che spesso definiremo all'italiana pallavolo (dato che abbiamo un'ottima tradizione sportiva), per la sua struttura e le sue dinamiche si presta perfettamente ad essere utilizzato come strumento di team building. È giusto ricordare, per correttezza teorica e deontologica, che molti concetti in ambito della psicologia delle organizzazioni sono stati mutuati dal mondo dello sport e trasferiti nei contesti lavorativi, a partire dalla resilienza fino ad arrivare al più recente coaching. L'intento è quello di illustrare attraverso una prima analisi tecnica della pallavolo, come essa sia massima espressione della prestazione collettiva e del gioco di squadra e successivamente quali implicazioni può avere come attività di team building.

STRUTTURA E DINAMICHE DEL GIOCO

Gli sport cosiddetti di squadra si possono anche classificare come GIOCHI SPORTIVI.

Per gioco sportivo si intende:

«una forma di pratica dell'esercizio fisico sportivo, a carattere ludico, agonistico e di processo in cui i partecipanti (giocatori) costituiscono 2 squadre (formazioni) che si trovano in rapporto di avversità tipica, non ostile (rivalità sportiva), un rapporto determinato da una competizione in cui attraverso la lotta si cerca di ottenere

la vittoria sportiva per mezzo del pallone o di un altro oggetto di gioco, manovrato secondo regole prestabilite.»

(Teodorescu 1923) (Fipav, Corso Allievo Allenatore, Primo Livello Giovanile, pp.5)

Fra gli sport di squadra rientra, a pieno titolo, la Pallavolo. Inventata nel 1895 da William C. Morgan, insegnante di educazione fisica presso l' Università di Holyocu vicino a Springfield, nel Massachusetts, con lo scopo di creare un gioco che tenesse allenati giocatori di Baseball e di Rugby durante il periodo invernale e di permettere di praticare un' attività fisica a chi lavorava tutto il giorno. Gli italiani hanno conosciuto la Pallavolo attraverso i Francesi e soprattutto gli Americani durante la 1° guerra mondiale. Successivamente i soldati italiani provenienti dal fronte hanno trasmesso questo sport ai connazionali. Numerose sono state le trasformazioni a livello di tecnica e di regolamento prima che si affermasse come la disciplina sportiva che tutti conosciamo.

Oggi la pallavolo è uno sport che conta 327.031 Atleti Tesserati di cui 243.073 donne e - 83.958 uomini ed è uno degli sport più diffuso in tutto il mondo. A rendere possibile ciò, sono le caratteristiche generali del gioco che il prof. Adriano Guidetti (Pallavolo '91 IL GIOCO) sintetizza così:

1. Facile accessibilità;
2. Universalità e completezza di preparazione;
3. Variabilità della produzione dello sforzo;
4. Sviluppo delle qualità morali che sono indispensabili per la formazione di un buon cittadino.

Partiremo dal prendere in esame il punto 1.

Per quanto riguarda la facile accessibilità, credo debba essere evidenziata: la semplicità degli impianti di gioco, una rete da fissare a 2 pali, a due alberi, a due sostegni; l'equipaggiamento che è fra i meno costosi: un pantaloncino, una maglietta, un paio di scarpe leggere e un paio di ginocchiere; lo spazio su cui si sviluppa la gara (18x9) non grandissimo e la superficie che può



essere di diverso tipo: asfalto, cemento, legno, tartan, ma.te.ko, sabbia, e perché no anche acqua.

Il punto **2** pone l'accento sulla capacità della Pallavolo di sviluppare tutte le qualità motorie, sia condizionali che coordinative, in modo completo ed armonico.

Il punto **3** tratta la variabilità dello sforzo, ossia non essendoci contatto fisico lo sforzo, cui l'atleta si sottopone è relazionato all'età, al sesso, alla preparazione. Meno si è preparati, più si commettono errori, più pause ci sono.

Il punto **4** evidenzia lo sviluppo delle qualità morali. È doveroso sottolineare che la Pallavolo oltre a favorire come tutti gli altri sport di squadra lo sviluppo dell'autocontrollo, della socievolenza e della socialità, sviluppa ed esalta qualità come la disciplina, l'altruismo, la correttezza e la cooperazione, qualità altrettanto indispensabili per un team aziendale che ambisce ad ottenere risultati prestigiosi. La presenza della rete che divide le due squadre disposte ciascuna nella propria metà mette in condizione i

giocatori di risolvere le situazioni di gioco trovando soluzioni tecnico-tattiche, mai basate sul contatto fisico, pertanto ciò favorisce molto l'autocontrollo, il rispetto dell'avversario, ed altri valori morali che dovrebbero essere sempre al centro di qualsiasi prestazione sportiva, ma che troppo spesso, vengono dimenticati a favore della competizione forsennata la quale prende spesso pieghe a dir poco discutibili. Inoltre, la mancanza di contatto fisico, permette ad ogni singola squadra di cercare le soluzioni ai problemi, focalizzandosi sull'interno, più che sull'esterno, un concetto sacrosanto nelle attività di team building aziendale come vedremo in seguito.

Non poter toccare 2 volte di seguito il pallone impone al giocatore la necessità di passare il pallone al compagno, quindi collaborare; per la costruzione di un'azione, "ho bisogno dei miei compagni di squadra". Costruire un'azione di attacco, sfruttando i tre tocchi a disposizione e realizzarla insieme con i compagni, dà a ciascun atleta la possibilità di sentirsi partecipe



e protagonista, ciò è valido sia per il successo, ossia la conquista del punto, sia per la perdita dello stesso.

Il palleggiatore, definito più comunemente alzatore, nel momento in cui effettua un'alzata allo schiacciatore, dà fiducia al proprio compagno di squadra e lo schiacciatore dal canto suo fa il possibile per non tradire tale fiducia e per concludere al meglio l'azione costruita dai compagni. L'azione di copertura che effettua tutta la squadra in un'azione di attacco esprime aiuto, supporto tecnico, ma anche psicologico, l'atleta che attacca sa che se sbaglia o se è murato c'è tutta la squadra pronta a reagire e riproporre con determinazione, volontà, un altro attacco, la capacità di non arrendersi e di lottare insieme per realizzare il punto.

Il senso responsabilità, la fiducia reciproca, la capacità di gioire per un buona prestazione di un compagno di squadra, la comprensione per un eventuale errore sono doti, qualità morali imprescindibili per un gioco di squadra di successo.

Dopo l'analisi della manovra di attacco è necessario spendere due parole sul muro e sulla difesa.

L'azione di difesa inizia con il muro che esprime la volontà dell'atleta e della squadra di non voler subire l'attacco avversario, di volersi opporre per salvaguardare la difesa a terra dei compagni. Nel muro a due o a tre, l'adattamento reciproco per raggiungere la compattezza e per saltare simultaneamente sono elementi essenziali perché l'azione sia fatta in modo efficace.

La difesa a terra richiede e sviluppa tante qualità. La scelta del libero, che è il difensore per eccellenza, non è dettata solo da requisiti fisico-atletici – tecnici, ma, si può affermare con assoluta certezza, soprattutto da requisiti morali. Pochi atleti accettano di giocare solo in difesa e di privarsi della gratificazione di realizzare un attacco. Tuffarsi per recuperare un pallone oltre a capacità tecniche richiede spirito di sacrificio, abnegazione, forza di volontà.

In conclusione, maggiormente la squadra risulta

coesa, meno palloni cadranno sulla propria metà campo, ragion per cui, la collaborazione e l'intesa sono ingredienti indispensabili. Ogni pallone può fare la differenza e la determinazione è fondamentale.

La pallavolo è per molti giovani maestra di vita, mezzo di educazione e formazione, naturalmente se chi la propone ai giovani e chi la pratica lo fa con scienza e coscienza.

IO VS NOI: IL DILEMMA DEL TERZO MILLENNIO

Spirito di iniziativa e capacità di lavorare in gruppo, sono tra le soft skills più richieste in qualsiasi tipologia di annuncio lavorativo. A volte, sono persino considerati, requisiti fondamentali per l'accesso al posto di lavoro descritto. Tuttavia, di primo acchito, possono risultare elementi contrastanti. Questo accade, poiché, in una società tendenzialmente sempre più individualista, che celebra ed osanna l'ego in tutte le sue declinazioni e sfaccettature, lavorare in gruppo risulta sempre più difficile, nel timore che la condivisione dei meriti possa indebolire e rallentare la corsa del singolo verso il successo (Montali, 2019).

Alla luce di queste interessantissime considerazioni, un quesito sorge spontaneo: chi ammetterebbe, sua sponte, di non avere la capacità di lavorare insieme ad altre persone? E ancora, chi ammetterebbe spontaneamente di concentrarsi prevalentemente sull'ambizione personale? La risposta ad entrambi i quesiti è la stessa: nessuno.

Ma dietro questo comportamento che può sembrare menzognero e scorretto, si celano una serie di valori culturali che impediscono una sincerità talmente radicale, e soprattutto una cognizione distorta relativa allo spirito di iniziativa e al lavoro di gruppo, e ancora alle eventuali implicazioni e punti di contatto. Ammettere di preferire in un certo senso l'io al noi, significa nell'immaginario collettivo, essere eccessivamente ambiziosi ed arrivisti. Inoltre chiunque alla domanda se è in grado di lavorare in gruppo, fa questa riflessione: vado d'accordo con tutti,



sono socievole ed espansivo, quindi non avrei nessun problema a lavorare con altre persone. Ecco i più frequenti bias.

Sostituire l'io al noi, significa trovare una soluzione sovra ordinata, lavorare su un paradigma vinco – vinci (Covey, 2012). In altre parole, mettere le proprie competenze a servizio degli altri, per ottenere un obiettivo prestigioso, che sicuramente vuol dire ottenere anche i risultati personali ambiti. Ma quanti, nella società odierna, che ti spinge inesorabilmente verso una competizione forsennata, sono in grado di avere un atteggiamento del genere? La risposta è semplice: pochissimi. Per questa ragione il team building è diventata una delle attività principali per le aziende. Molti sono entrati nell'ottica, che per ottenere un prodotto qualitativamente soddisfacente, bisogna che chi lo produce lavori su standard qualitativi elevati, i quali non possono essere raggiunti singolarmente, ma solo con uno sforzo collettivo, a qualsiasi livello.

A tal proposito, le attività di team building hanno attinto molto dal mondo sportivo, dove la gestione della squadra, intesa non solo come i giocatori ma anche come staff e collaboratori, dirigenti e management, sono diventati requisito essenziale per competere ad alti livelli, e fornire prestazioni qualitativamente rilevanti. Nella pallavolo (preferiamo chiamarla all'italiana), il concetto del Noi è spiegato in maniera assolutamente efficace, già dalle regole di gioco. Come visto in precedenza, un giocatore non può toccare due volte consecutivamente la palla, ragion per cui, necessita per forza di cose, dell'aiuto e del supporto di un compagno, il che mette in giocatori in relazione di interdipendenza. Questo è il concetto principale che deve essere mutuato da questo sport, l'interdipendenza, ossia Noi vale di più di Io. Un valore che non rispecchia una somma, delle singole peculiarità e competenze, ma un prodotto.

Nel terzo millennio, in un contesto lavorativo sempre più all'insegna della flessibilità e della mobilità, per poter fare la differenza anche in termini di profitto, non è più necessario puntare

esclusivamente sulla migliore tecnologia disponibile, ma diventa fondamentale puntare sul capitale umano, anche perché la tecnologia ha bisogno di qualcuno che la utilizzi. Inoltre la tecnologia, può aumentare la produzione, ridurre le tempistiche, ma se nessuno catalizza questi vantaggi, tutto rimane fine a se stesso, per cui il vero valore aggiunto è rappresentato senza ombra di dubbio dalle persone, le quali se si sentono parte di qualcosa e coinvolte attivamente nel progetto aziendale, daranno il 200%, anteponendo la gratifica collettiva a quella personale.

Questo non vuole essere un attacco all'ambizione personale, ma è da intendere che la gratifica collettiva, prevede assolutamente la gratifica personale. La differenza fra le due risiede, nell'intensità e nella durata. Un obiettivo personale, può essere soddisfacente nell'immediato, ma poi inevitabilmente il suo effetto tende ad affievolirsi e la routine prende nuovamente il sopravvento. Il discorso cambia, per quella collettiva, che rappresenta una costante opportunità di confronto e stimolazione creativa, poiché l'interdipendenza favorisce il miglioramento continuo, quello che i giapponesi chiamano: Kaizen.

La difficoltà maggiore, è rappresentata dal dover convincere tutte le parti in causa, a tutti i livelli, persone che magari hanno poco o nulla in comune uno con l'altro, a salpare insieme per una nuova, grande avventura, mettendo ovviamente in conto, che per il bene della squadra, sacrifici e rinunce personali sono inevitabili. È necessario imparare a mettere da parte l'ego e sostituire l'io con noi.

GRUPPO E SQUADRA

Stando ad una prima impressione, le parole gruppo e squadra possono sembrare sinonimi, ma in realtà tra essi ci sono numerose differenze. Senza sprofondare inutilmente nei meandri della lingua italiana, partiamo da un concetto base ossia il team building. Tradotto erroneamente costruzione del gruppo, in realtà significa

costruzione della squadra. Infatti, la traduzione anglosassone per gruppo è group, mentre team significa squadra. La domanda: perché tale differenza? Proviamo a dare una risposta di natura sociale. La più grande differenza tra un gruppo e una squadra, risiede nel fatto che il gruppo può essere casuale. Facciamo un esempio per chiarire meglio il concetto. Le persone che sono in fila ad uno sportello postale sono un gruppo. E ancora, coloro che sono presenti in una chiesa durante una funzione religiosa, possono essere definiti un gruppo. È abbastanza semplice notare che basta trovarsi contemporaneamente ad altre persone in determinato luogo, per essere considerati membri di un gruppo. Oppure, essere raggruppati in categorie specifiche in base ad altezza, colore degli occhi, taglio di capelli, orientamento religioso, ecc.. La squadra, invece, differisce in un aspetto fondamentale, ha un obiettivo chiaro, comune e condiviso, il che presuppone che ogni singolo membro deve adoperarsi in base al proprio ruolo. I ruoli: ecco un'altra differenza sostanziale tra un gruppo ed una squadra. All'interno di una squadra ci sono dei ruoli stabiliti e accettati. Ad esempio, durante una partita di pallavolo uno schiacciatore non può decidere arbitrariamente, di smettere di giocare come attaccante e dedicarsi per un po' a fare il palleggiatore. Sarebbe come se un difensore, nel calcio, smettesse di sua iniziativa di fare il difensore e decidesse di giocare per un po' a centrocampo o in attacco. Lo si può fare solo su indicazione esplicita del proprio coach. I ruoli sono assolutamente necessari, per il corretto funzionamento di una squadra. Essere un team, non vuol dire solamente remare tutti nella stessa direzione. Questo non può essere e non è sufficiente perché la squadra funzioni, occorre che ci sia il gioco dei ruoli, affinché le mie peculiarità siano complementari a quelle dei miei compagni. Giocare in squadra non può essere ridotto meramente ad una semplice unione di intenti, il gioco di squadra deve essere considerato un metodo di lavoro. Per essere tale, ognuno deve ricoprire

un ruolo specifico e ed assolvere ai propri compiti. Fare squadra significa che ciascuna risorsa deve mettere le proprie competenze a servizio dell'organizzazione. Fare squadra significa giocare per competenze (Montali, 2019).

Il mondo sportivo e quello aziendale hanno numerosi punti di contatto, in quanto un'azienda può essere tranquillamente considerata una squadra di club. Per entrambe un anno è la durata di una stagione. Prima di ogni inizio, si studiano le strategie, si definisce il progetto, si identificano e si condividono gli obiettivi minimi e massimi da raggiungere. Nel caso del team sportivo, questi ultimi sono rappresentati dai piazzamenti, a seconda delle sfide che la squadra si troverà ad affrontare. Seguono una pianificazione dettagliata, che dipende dai giocatori a disposizione, dai rivali e uno studio sull'investimento economico da affrontare (Montali, 2019). In ultimo, ma non per ordine di importanza, sarà necessario farsi trovare pronti in caso di eventuali cambiamenti di programma, dato che i modelli organizzativi non possono mai rispecchiare fedelmente la realtà, ragion per cui, per far sì che funzionino al meglio è necessario che vengano aggiustati nel tempo. Possiamo utilizzare la metafora di un paio di scarpe appena acquistate, che non si sono ancora modellate alla forma dei nostri piedi.

La grande differenza fra le due tipologie di team, sta nella facilità di monitoraggio. Lo sport può contare su un vero e proprio valore aggiunto: la "domenica", quando la squadra entra in campo per giocare e non ci sono santi a cui rivolgersi, o si vince o si perde. Una verifica costante che porta alla luce difetti e punti deboli da correggere, e consente di modellare il piano secondo le nuove esigenze della squadra (Montali, 2019). L'azienda, invece, non possiede questa opportunità. Deve accontentarsi di operazioni di verifica e di controllo a cadenza trimestrale o semestrale, che però non sempre risultano essere sufficienti. È necessario inventarsi la propria partita, creare un sistema di



monitoraggio del singolo e del team, che possa aiutare a non perdere giorni, settimane, magari anche mesi di lavoro, senza avere la certezza che il percorso scelto ed intrapreso sia quello giusto.

Se nel mondo dello sport chi vince è la squadra e non il gruppo, nel mondo dell'organizzazione aziendale questo aspetto risulta essere ancora più marcato. È assolutamente sbagliato lasciar credere che appena nasceranno rapporti amichevoli tra i giocatori si diventerà efficaci e vincenti, ma ancora di più lo è provare a persuadere gli altri che senza simpatie reciproche, non ci può essere un progetto. Squadra e gruppo sono due entità ben distinte (Montali, 2019).

Essere un bravo giocatore di un team, sia sportivo che aziendale, vuol dire comprendere l'ambito all'interno del quale ci si muove e, cosa ancor più complessa, che le persone che fanno parte di una squadra devono sacrificarsi (Montali, 2019). La pallavolo, in tal senso rappresenta un ottimo esempio del concetto di sacrificio. Il dover contare necessariamente sull'aiuto dei miei compagni, significa non solo essere interdipendenti, ma cercare in tutti i modi di mettere il mio compagno nella situazione migliore per portare a casa l'obiettivo ossia il punto. Per fare ciò esiste un solo modo: sacrificarsi. Si sacrificano i difensori a recuperare ogni pallone, si sacrifica il palleggiatore a fornire la miglior alzata possibile anche in situazioni difficili o di precario equilibrio, si sacrifica l'attaccante che cerca di mettere giù il pallone senza preoccuparsi se si sarebbe potuto far meglio, in quanto lui sa che i suoi compagni hanno fatto il possibile, oppure quando in azione di contrasto salta a muro per permettere un recupero più agevole del pallone da parte dei suoi compagni difensori.

In fondo gli uomini nascono giocatori, in quel grande gioco di squadra che è la vita. Lo insegnano la storia, e lo insegnano persino gli animali. Il gioco di squadra lo abbiamo dentro noi stessi, insito nel nostro Dna e se è vero che l'unione fa la forza, il metodo rafforza l'unione. Soprattutto

nei momenti di difficoltà (Montali, 2019).

SPORT E AZIENDA

Descrivere i benefici, che la pratica di attività sportiva porta alle persone, vuol dire dilungarsi in un discorso che è più di pertinenza della psicologia della salute che di quella delle organizzazioni. Tuttavia in deroga, a quanto appena asserito, ci sono degli aspetti in apparenza marginali, ma altrettanto importanti che legano positivamente il mondo dello sport e quello aziendale.

Partiamo da una premessa: come scientificamente ed ampiamente dimostrato in letteratura, praticare costantemente attività fisica e/o sportiva, riduce sensibilmente i livelli di cortisolo nell'organismo. Un alto livello di cortisolo risulta correlato alla presenza di forte stress (stress inteso in accezione negativa). Questo ormone prodotto dalle ghiandole surrenali è il principale indicatore di quella che può essere definita senza esitazione alcuna, la patologia del terzo millennio. Eh sì, perché siamo tutti stressati ed immersi in un ritmo di vita frenetico che non ci lascia nemmeno il tempo di respirare. Siamo impegnati in una continua corsa contro il tempo, sia fisicamente che intellettualmente, e ciò inevitabilmente conduce a conseguenze negative che si manifestano principalmente e prevalentemente sotto forma di stress.

Il quadro appena descritto, non può non includere la sfera lavorativa, e dato che mediamente un individuo trascorre un terzo della sua giornata, e anche della propria vita, sul posto di lavoro, è facile dedurre che, spesso sono da ricercare lì i fattori stressanti. L'importanza del lavoro, d'altronde, non è necessario spiegarla, e il contesto di precarietà e di trasformazione che caratterizza l'attività lavorativa in questo momento storico, non sono certo di aiuto per prevenire l'insorgenza di stress. Alcuni studiosi del settore, sostengono che, nei prossimi trent'anni, lo stress lavoro – correlato diventerà una realtà sempre più presente nelle organizzazioni, anche quelle medio – piccole, producendo

effetti devastanti sulle persone, tanto da condurli sempre più spesso e più facilmente verso disturbi di natura depressiva.

Lo sport, si configura come un ottimo deterrente, per l'insorgenza dello stress e quindi un ottimo strumento di prevenzione. L'abbassamento dei livelli di cortisolo, grazie alla pratica sportiva, non ha benefici solamente in ottica preventiva, ma è stato dimostrato che un individuo più rilassato, aumenta il suo potenziale creativo. Questa teoria, è alla base della scelta della multinazionale Google, di inserire nelle proprie sedi operative una palestra e una area relax dove i dipendenti, possono fare attività sportiva e rilassarsi. La fortuna di Google, sono le idee, ragion per cui se i dipendenti non sono messi nella condizione migliore per esprimere al meglio, tutto il loro potenziale creativo, probabilmente il suo successo non sarebbe così imponente e per certi versi straripante.

È chiaro però, che non tutti hanno il capitale e il potenziale economico, della multinazionale statunitense, perciò risulta difficile, ai più, allestire una palestra all'interno della propria struttura aziendale. Tuttavia, ci sono numerose soluzioni alternative, che possono essere di più facile gestione. Ad esempio stabilire una convenzione per i propri dipendenti con una struttura sportiva locale, permettendo loro di poter praticare attività sportiva, beneficiando di alcune agevolazioni ad hoc.

Già, perché quando si parla di team building, ovvero di costruire la squadra, i manager e/o gli alti livelli dirigenziali, spesso, credono che questo riguarda esclusivamente i sottoposti oppure che il loro ruolo sia alquanto marginale. Un errore gravissimo. La squadra è composta da ogni singolo elemento, partendo dai leader ed estendendosi a tutti i livelli della produzione. Altrimenti quale messaggio passerebbe? Voi dovete fare squadra, ma io sono io ... (non è necessario continuare la storica frase del Marchese del Grillo, celebre interpretazione del compianto Alberto Sordi). È necessario che i leader diventino parte della squadra, e che in

quanto leader conducano il proprio team alla vittoria, assumendosi le proprie responsabilità e sostenendo i propri giocatori nei momenti di difficoltà. Sì, perché ciascun giocatore, deve sapere esattamente cosa fare quando le cose non vanno bene, come aggiustare il tiro, e questo può arrivare solo dalle indicazioni dell'allenatore, ossia dal leader.

Lo sport, in questo senso fornisce uno degli insegnamenti più importanti per un essere umano, ossia insegna a perdere. Sembra un ossimoro ma non lo è. Perché, per prima cosa, non si può sempre vincere, e in secondo luogo, sono i momenti di difficoltà che temprano gli individui e cementano la squadra. Un capo, un leader, deve valorizzare i membri della propria squadra. Valorizzare non significa solamente monitorare e controllare il livello di efficienza, è necessario incidere più a fondo e quindi essere un vero e proprio supporto, al fine di avere e mantenere un buon approccio mentale alla prestazione. Un lavoro finalizzato a responsabilizzare i propri "giocatori" facendoli sentire apprezzati, riconosciuti, considerati e gratificati per il contributo offerto alla squadra. Si accettano i difetti, si combatte per migliorarli, per se stessi e per il bene comune, che è il team. Un bravo capo, che valorizza i suoi giocatori, deve comunicare con un solo sguardo: « Tu vali, io credo in te ». Imparare a valorizzare i membri del proprio team, migliora le prestazioni e di conseguenza i risultati (Montali, 2019). Questo approccio alla costruzione di un team, può condurre le persone al raggiungimento degli obiettivi, attraverso il superamento dei propri limiti e facendo cose che mai avrebbero creduto di essere in grado di fare.

Lo sport, da questo punto di vista, può essere maestro, in quanto, favorisce lo sviluppo non soltanto di qualità come la cooperazione, la mutualità e lo spirito di sacrificio, ma anche consapevolezza e leadership personale, e soprattutto della resilienza. La resilienza, un termine così abusato quanto incompreso. Le sue connotazioni e la sua importanza sono talmente ampi



che ci si potrebbero scrivere dei manuali. Anch'esso, concetto mutuato dallo sport, rappresenta un punto cardine per la costruzione di un team efficace, efficiente e duraturo nel tempo. Nei contesti aziendali, questa concezione tarda ad arrivare, ma come detto in precedenza non è possibile vincere sempre, perciò occorre migliorarsi continuamente e costantemente e sapersi rialzare ogni qual volta si cade al tappeto. Per dirla con le parole di un film, "Le riserve", pellicola del 2000 diretta da Howard Deutch ed interpretata su tutti da Gene Hackman e Keanu Reeves, «... quello che separa un vincente da un perdente, è rimontare in sella dopo aver preso un calcio nei denti ...». Lo sport ti prepara a questo, e la squadra è fondamentale per superare i momenti più difficili.

IL METODO

Dopo aver spiegato quanto questo sport, possa essere di facile accessibilità, è arrivato il momento di illustrare nel dettaglio come esso può essere uno strumento efficace di team building.

Una squadra di pallavolo, è composta da sei elementi, tre dei quali compongono la linea di attacco, mentre gli altri tre compongono quella di difesa. La superficie di gioco (18x9) è delimitata da quattro linee perimetrali che si congiungono; il campo è diviso in due metà di equa superficie da una linea centrale in corrispondenza della quale viene issata la rete; ogni rispettiva metà campo è suddivisa ulteriormente da una linea parallela a quella di metà campo, che dista da quest'ultima di tre metri, questa suddivisione serve a distinguere la zona di attacco da quella di difesa. Il fatto che non si possa invadere liberamente la metà campo avversaria, dà una prima idea di quanto questo possa essere importante dal punto di vista della costruzione della disciplina.

Il gioco prevede una rotazione in senso orario, quando la squadra in ricezione, vince lo scambio e ottiene il diritto a servire. I giocatori situati nella zona difensiva, non possono attaccare

liberamente, possono attaccare solo stando attenti a non oltrepassare la linea dei tre metri. La difesa invece, può essere effettuata da qualsiasi membro della squadra in qualunque zona del campo. Poi c'è il libero, ossia un giocatore che si dedica esclusivamente alla fase difensiva, il quale può ruotare solo fino a quando occupa una posizione all'interno dell'area difensiva, dopo di che si deve alternare con un altro giocatore (solitamente, l'atleta che lo sostituisce nella zona di attacco, è colui che riveste il ruolo di "centrale", così definito in gergo tecnico).

La pallavolo è un gioco relativamente semplice: ogni squadra ha diritto ad un massimo di tre tocchi (oltre a quello del muro), la terza volta, la palla deve essere rinviate, giocata o attaccata nella metà campo avversaria. Il quarto tocco comporta un fallo e conseguentemente un punto assegnato alla squadra avversaria. Un giocatore non può toccare la palla due volte consecutivamente. Per tocchi si intendono non solo i contatti intenzionali dei giocatori, ma anche quelli non intenzionali con la palla.

Partendo dall'applicazione di queste semplici regole, è possibile evincere gli aspetti mutualistici e disciplinari che caratterizzano questo sport:

1. Nessun giocatore può fare tutto da solo, ma da regolamento necessita assolutamente dell'aiuto di un compagno di squadra;
2. Ognuno deve rispettare il proprio ruolo: una sortita offensiva di libera iniziativa, da parte di un difensore può comportare, non solo un vantaggio per la squadra avversaria che può intravedere uno spazio libero dove far cadere la palla, ma anche un fallo con l'immediata conseguenza dell'assegnazione di un punto agli avversari e la perdita del servizio;
3. La fase difensiva deve essere svolta collettivamente: la prima difesa è il muro, composto dai giocatori della linea di attacco, con gli altri subito pronti ad intervenire nella fase successiva, la quale non è altro che la prima in termini di costruzione della successiva

- azione di attacco;
4. Ogni giocatore a parte il libero, ha l'obbligo di ruotare secondo la regola descritta in precedenza: in questo modo ognuno ha la possibilità di sperimentare personalmente cosa voglia dire giocare in un altro ruolo, esplorarne i benefici ma soprattutto le difficoltà, in questo modo aumenta la comprensione e la considerazione dello sforzo altrui;
5. Il libero: il giocatore definito "libero", si dedica esclusivamente alla fase difensiva, rinunciando a qualsiasi gratificazione derivante dall'attacco, esprimendo dedizione, abnegazione totale e spirito di sacrificio, in altre parole, un esempio (da regolamento il libero non può rivestire nemmeno il ruolo di capitano);
6. Quando si conquista un punto, il merito è di tutti, chi ha ricevuto il servizio avversario, chi ha alzato la palla e chi ha finalizzato l'attacco, con gli altri che devono essere subito pronti e reattivi a raccogliere una potenziale respinta del muro avversario, per poter impostare eventualmente, una manovra di attacco più efficace. Quando si perde il demerito è di tutti, a partire dal muro che è stato poco incisivo, fino alla difesa che non è riuscita a recuperare: si vince insieme e si perde insieme;
7. Quando qualcuno si tuffa per recuperare un pallone, o quando il palleggiatore serve un attaccante, in quel momento, sta esprimendo fiducia nei propri compagni: ci si sacrifica e/o ci si affida al compagno. La fiducia in un team aiuta a superare ostacoli e barriere in apparenza insormontabili.
- Ovviamente la presenza di un leader a bordo campo, che funga da allenatore e da coach (inteso in senso psicologico), che possa motivare i suoi a fare sempre meglio e a non mollare nei momenti difficili, rappresenta un valore aggiunto sia in termini di team building, che al fine di ottenere dei risultati eccellenti. Poiché se una squadra sportiva, è composta da allenatore, dirigenti, giocatori e staff (medici, fisioterapisti, magazzinieri ecc.) e non può prescindere da nessuno di questi, così un'azienda non può prescindere da nessuna delle sue figure.
- Se i dipendenti di un'azienda mettono su una squadra sportiva e partecipano a delle competizioni, seppur amatoriali, l'imprenditore, il presidente, l'amministratore delegato, devono essere presenti allo stadio o al palazzetto, esattamente come accade per i club sportivi professionisti. In questo caso, il messaggio è "noi siamo qui con voi e per voi". Ecco cosa vuol dire far gioco di squadra: contribuire ognuno per il suo ruolo, al benessere e alla soddisfazione altrui, perché la vittoria del collettivo, implica necessariamente una vittoria individuale.
- Dopo una prima fase naturale di rodaggio, dove l'imbarazzo, la scarsa conoscenza del gioco e i conflitti esistenti, inibiscono l'espressione di un gioco di squadra fluido, si noterà senza ombra di dubbio, un crescendo di ambizione, orgoglio, voglia di far bene e di aiutare il proprio compagno, al fine di poter ottenere la vittoria e raggiungere la tanto agognata meta. Nessuno, rimarrà troppo a lungo in campo immobile o a lamentarsi continuamente. Prima o poi sollecitato dai suoi compagni o stimolato semplicemente dal suo orgoglio, inizierà, con un timido tentativo, a collaborare. Un piccolo segno di proattività, che può essere l'inizio di qualcosa di realmente importante.

ISTRUZIONI PER L'USO

Questo paragrafo, intende essere una sorta di bugiardino che possa indicare un corretto uso dello strumento ed eventuali effetti collaterali, intesi come aspetti negativi che lo strumento può far emergere sia nella somministrazione, che nell'attuazione e che se non gestiti nella corretta maniera minerebbero l'intera attività di team building.

Indicazioni per l'uso

- a) È preferibile svolgere l'attività in una palestra attrezzata; evitare altri luoghi con attrezzature improvvise; è un gioco ma non può



- assumere i contorni di una scampagnata.
- b)** È importante prima dell'inizio dell'attività spiegare in maniera chiara ed esaustiva le regole fondamentali del gioco.
- c)** È possibile in deroga al regolamento, ma per lubrificare i meccanismi di squadra chiamare la palla, come si fa a scuola.
- d)** *Il formatore/ facilitatore deve assumere al contempo la funzione di arbitro, mostrando una certa indulgenza rispetto ad alcuni errori tecnici individuali, ove possibile (doppiie non molto evidenti, palle accompagnate ecc.), ma al contempo severità nei confronti di quelli collettivi (quattro tocchi, invasioni ecc.) e dell'applicazione della disciplina (solo il capitano può parlare con l'arbitro).*
- e)** È fondamentale individuare dei team leader che fungano da allenatore, poiché tutti devono imparare ad accettare il punto di vista e le critiche di chi è all'esterno e vede le cose in un'ottica diversa; discorso diverso riguardo la nomina del capitano, è opportuno incentivare il processo bottom up, ossia la squadra sceglie il proprio condottiero e lo deve rispettare e seguire fino in fondo.
- f)** È consigliato erogare una formazione preliminare ai team leader, affinché i loro feedback, siano costruttivi ed anche inerenti alcuni aspetti del gioco; in questo modo aumenta le credibilità dell'attività stessa.
- g)** *Alla fine della partita, come da Protocollo Fipav, i giocatori delle due squadre devono stringersi la mano reciprocamente e stringerla all'arbitro; il messaggio che deve passare è : le ostilità si fermano al campo e riconoscere il valore dell'avversario.*
- h)** *Al termine della gara, negli spogliatoi, si suggerisce di fare un piccolo briefing incentrato sugli aspetti da migliorare: anche se si è vinto il match. poiché chi ha perso, analizzerà i propri errori e cercherà di migliorare per colmare il gap; se si vuole continuare a vincere bisogna migliorare continuamente (kaizen).*



Controindicazioni

- a) Le manie di protagonismo sono tutt'altro che una leggenda e sono insite in ogni essere umano, perciò potrebbe succedere che qualcuno voglia mettersi particolarmente in mostra: è necessario scoraggiare ogni forma di competizione individuale.
- b) Discussioni inutili: molto spesso, quando le cose non vanno si cerca il colpevole anziché la causa, impiegando del tempo prezioso a discutere senza una conclusione. Julio Velasco, uno dei più grandi allenatori della storia della pallavolo italiana ha un motto efficacissimo: « Non parliamo, risolviamo» .
- c) La cultura degli alibi: altro concetto che Mister Velasco ha adottato come cavallo di battaglia è la lotta alle giustificazioni. Può succedere che in un momento di difficoltà, un giocatore possa ritenere un suo compagno responsabile di un suo errore. Ad esempio, lo schiacciatore sostiene che la palla non gli è stata servita come lui avrebbe voluto (ma nel frattempo l'ha tirata fuori), il palleggiatore dal canto suo si lamenta che chi ha ricevuto, non ha dato a lui la palla precisa, colui che riceve non può scaricare la colpa su nessuno, poiché riceve sul servizio avversario e potrebbe accampare scuse di qualsiasi genere: c'è quella luce che mi acceca e mi dà fastidio, c'è quel signore che ha urlato ecc.. Questa tendenza, a cercare all'esterno le ragioni che spiegano gli errori personali e tanto diffusa quanto nociva. La colpa è sempre dell' "elettricista".
- d) Il narcisismo: specchiarsi nei propri successi come il protagonista del mito greco, è il primo passo per la sconfitta. Per gli sportivi professionisti, finita una partita ce n'è un'altra subito dopo, nelle organizzazioni occorre inventarsi la propria partita (Montali, 2019).

In conclusione, è opportuno fare un paio di considerazioni che possano racchiudere la bontà della pratica di questo sport come attività di

team building. Per prima cosa, essendo uno sport ha numerosi vantaggi anche in ottica di tolleranza allo stress, e i benefici fisici dell'attività sportiva in questo senso sono noti a tutti. In secondo luogo, da un punto di vista psicologico, il praticare sport aumenta la motivazione intrinseca, la disciplina e soprattutto l'entusiasmo. Entusiasmo significa "Dio dentro di te". È necessario riportare l'entusiasmo, di stare insieme e di fare qualcosa insieme, anche nel mondo del lavoro, poiché se i lavoratori svolgeranno il proprio lavoro con passione ed entusiasmo, soddisferanno i loro bisogni più profondi e anche quelli dell'azienda (Covey, 2020).
« Sei bravo se correggi l'errore del tuo compagno» Julio Velasco.

BIBLIOGRAFIA

- Angel, P. & Amar, P. (2008). *Il Coaching*. Bologna: Il Mulino Editore.
- Covey, S. M. R. (2016). *La velocità della fiducia*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Covey, S. R. (2014). *Le sette regole per avere successo*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Covey, S. R. (2017). *L'ottava regola. Dall'efficacia all'eccellenza*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Federazione Italiana Pallavolo (Fipav) (2017). *Regole di gioco Indoor*. Edizione 2017- 2020.
- Guidetti, A. (1991). *Pallavolo'91 Il Gioco*. Cagliari: Arcadia Editore.
- Guidetti, A. & Guidetti, G. (2011) . *La pallavolo Vincente*. Carpi (MO): APM Edizioni.
- Mazzali, S. (1994). *La Pallavolo. Lo sport dell'intelligenza veloce*. Modena: Koala Edizioni.
- Montali, G. (2019). *Scoiattoli e tacchini*. Milano: Rizzoli, Edizioni Best BUR.
- Salamone G. (2012). *I giochi di squadra*. Perugia: Calzetti Mariucci Editori.
- Velasco J. (1994). Luigi Bertini (a cura di). *Atti del convegno all'Isef di Perugia*. Perugia.
- Watzlawick, P. , Weakland J. H. & Fish R. (1974). *Change*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore.



EFFICACIA DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE "CIBO AMICO" IN UN SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)

Enza Paola CelaDirigente Psicologa Servizio degli
Alimenti e della Nutrizione
ASL/FG, Docente a contratto
Università degli Studi di Foggia, Scienze
dell'Alimentazione e Nutrizione Umana**Laura Augello**Laurea magistrale in Scienze
dell'Alimentazione e Nutrizione Umana**Salvatore Ulloa**Laurea magistrale in Scienze
dell'Alimentazione e Nutrizione Umana

RIASSUNTO

Nell'ambito dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, grande importanza è stata attribuita, nell'ultimo decennio, alla necessità di sviluppare programmi che prevengano tali disturbi. A questo scopo, il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ¹ (SIAN) di Foggia ha messo in atto un programma denominato "Cibo Amico", indirizzato agli alunni del secondo anno di scuola superiore.

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'efficacia di questo programma ad un anno dal suo svolgimento, indagando sia sulla modifica dell'atteggiamento dei partecipanti verso il cibo e verso il proprio corpo, sia sull'aderenza delle loro scelte alimentari alla Dieta Mediterranea.

La verifica si è basata sulle informazioni raccolte tramite la somministrazione di questionari e test che, sottoposti ad analisi descrittiva e statistica, hanno consentito di effettuare il

confronto tra la fase iniziale di *screening* e quella finale del *follow-up*.

Sono state analizzate le interconnessioni tra le scelte dei ragazzi, la dieta da essi adottata, lo stile di vita ed il comportamento nei confronti del cibo, al fine di tracciarne un profilo utile a comprendere il nesso tra abitudini alimentari, stile di vita e disturbi alimentari.

Il programma, inoltre, ha ottenuto risultati soddisfacenti per quanto riguarda l'accettazione di sé e della propria immagine corporea e lo sviluppo di un maggior senso critico verso le mode culturali (o pseudoculturali) che regolano gli attuali ideali di bellezza soprattutto legati alla magrezza ².

PAROLE CHIAVE

Prevenzione, Adolescenti, Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, Dieta Mediterranea, Efficacia.

¹ Il SIAN è una delle Unità Operative Complesse (UOC) del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL.

² Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012, Rapporti ISTISAN 13/6.



INTRODUZIONE

Prima di procedere nella trattazione è opportuno precisare che il programma qui descritto è condotto da una psicologa in servizio nel SIAN e ciò qualifica l'esperienza come unica sul territorio nazionale all'interno dei SIAN (cfr. CELA, E.P. 2016), dove generalmente operano solo medici e tecnici della prevenzione. In secondo luogo, non si è fatto alcun riferimento alla letteratura scientifica esistente poiché questa è priva di studi che trattino contemporaneamente la prevenzione dei disturbi alimentari e l'adesione alla dieta mediterranea.

Obiettivi della ricerca

Nell'ultimo decennio grande importanza è stata attribuita alla necessità di sviluppare programmi che prevengano l'insorgenza dei disturbi della

nutrizione e dell'alimentazione³, considerati "difficilmente sanabili"⁴ una volta conclamatisi. Inoltre, come ben individuato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) "la prevenzione e la promozione del benessere e della salute investono aree di ricerca e di intervento tipicamente psicologiche, quali i comportamenti e gli atteggiamenti legati alla salute, con il loro substrato di pensieri, emozioni e relazioni e utilizzano metodi anch'essi strettamente psicologici, quali il counseling individuale e di gruppo, l'analisi delle variabili cognitive, emotive, relazionali e le attribuzioni di senso individuali e collettive inerenti la salute"⁵. Nell'ambito specifico, "molti sforzi sono stati dedicati a sviluppare programmi di prevenzione scolastici perché i disturbi dell'alimentazione iniziano, generalmente, nell'adolescenza e la scuola è potenzialmente il luogo

³ Tali disturbi erano denominati, fino a prima della pubblicazione del DSM V, come Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Per la nuova classificazione cfr. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

⁴ Cfr. Treasure, J Cladino, & Zucker A.M. (2010). Eating Disorders. *The Lancet*, 375, 583-593.

⁵ CNOP (2012) Parere sulla Prevenzione\Promozione in ambito psicologico, Novembre 2012, pag. 18-19



migliore per accedere alla maggior parte degli adolescenti" (Dalle Grave, R. 2013)

A tal fine, gli interventi sono finalizzati ad evitare i fattori di rischio i quali accrescono la possibilità di sviluppo dei disturbi stessi. In quest'ottica, il SIAN di Foggia ha messo in atto un programma di prevenzione denominato "Cibo Amico" (Cela, E.P. & Ciavarella, P. 2015), indirizzato agli alunni del secondo anno di scuola superiore, ovvero dai 15 anni in poi, come suggerito dalle raccomandazioni in questo campo (Dalle Grave, R., 2013)

La finalità del programma è quella di prevenire l'esordio di nuovi casi, riducendo l'incidenza del disturbo stesso, fornendo agli studenti le conoscenze e le capacità necessarie alla corretta gestione del proprio corpo dal punto di vista fisico e psichico, e incoraggiando abitudini, comportamenti e atteggiamenti alimentari più salutari, attraverso la conoscenza dei principi di una sana alimentazione e di un corretto stile di vita.

Nello specifico, gli obiettivi perseguiti sono i seguenti:

- promuovere abitudini alimentari più salutari negli adolescenti, informando questi ultimi sui principi di una sana alimentazione (dieta mediterranea) e di un corretto stile di vita;
- favorire la consapevolezza e l'espressione delle proprie emozioni anche con la finalità di promuovere l'autoaccettazione, il benessere fisico e psichico;
- stimolare lo sviluppo di un senso critico nei confronti dei nuovi modelli di bellezza estremizzati dai mass-media e puntando, invece, i riflettori su aspetti fondamentali (ma trascurati) come valori, emozioni, sogni, progetti, personalità, ecc.

Tramite l'impiego di un modello multivariato, sono state analizzate le interconnessioni tra le scelte dei ragazzi, la dieta da essi adottata, lo stile di vita ed il comportamento nei confronti del cibo, al fine di tracciarne un profilo utile a comprendere il nesso tra abitudini alimentari (adesione alla Dieta Mediterranea o meno), stile di vita e disturbi alimentari. Si è proceduto

poi a verificare l'efficacia del programma di prevenzione a distanza di un anno dal suo svolgimento

METODOLOGIA

Per la realizzazione degli obiettivi prefissati, il programma di prevenzione "Cibo Amico" è stato articolato nelle quattro fasi, proprie dei programmi di prevenzione in Sanità pubblica (Ricciardi, W. & Lang, I. Eds. 2001)

1. **catch-up:** fase informativa sull'organizzazione del programma rivolta a docenti e genitori, con conseguente reclutamento dei soggetti a rischio;
2. **mop-up:** fase di coinvolgimento attivo dei partecipanti reclutati attraverso lo svolgimento di due incontri di due ore ciascuno, durante l'orario scolastico, finalizzati alla valutazione delle loro abitudini alimentari e, nel contempo, alla rilevazione di eventuali fattori di rischio relativi ai disturbi alimentari attraverso la somministrazione di specifici questionari (screening);
3. **keep-up:** fase della riduzione del rischio di tali disturbi attraverso esercizi interattivi, stimolanti e coinvolgenti, organizzati in moduli incentrati sui temi della sana alimentazione e del corretto stile di vita, fornendo altresì spunti di riflessione critica sugli attuali miti del corpo (peso e forme). Si conclude con l'allestimento e la degustazione di una merenda salutare da consumare tutti insieme;
4. **follow-up:** a distanza di un anno, fase di valutazione dell'efficacia del programma e dei risultati raggiunti, sia dal punto di vista nutrizionale che psicologico, attraverso la risomministrazione dei questionari. Si termina di nuovo con l'allestimento di una merenda salutare da consumare tutti insieme.

Il programma ha visto il coinvolgimento attivo di 200 studenti del secondo anno del Liceo Scientifico "A. Volta" di Foggia, che hanno aderito alla fase di *mop-up* in cui si è effettuato lo *screening* relativo alla rilevazione di dati specifici. Tali dati,

ricavati dall'elaborazione dei questionari somministrati, hanno poi consentito l'individuazione di 20 studenti definiti "a rischio" di poter sviluppare un disturbo alimentare. Proprio a tali studenti reclutati è stato mirato il programma di prevenzione che si è svolto in due incontri, incentrati rispettivamente su "Corretta alimentazione e sano stile di vita" ed "Il corpo e i suoi miti"⁶, corredati da colloqui clinici individuali.

La metodologia adottata è di tipo esperienziale: attraverso il coinvolgimento attivo degli studenti e l'esperienza diretta fatta durante lo svolgimento del programma se ne traggono i principi teorici che vengono discussi e consapevolmente interiorizzati dagli studenti stessi (cfr. Cela E.P. 2013).

Tale metodologia prevede:

- incontri interattivi;
- laboratori del gusto;
- counseling nutrizionale e psicologico.

Il programma è basato sui principi della teoria della "dissonanza cognitiva" (Festinger, 1977) che afferma che quando credenze, opinioni, convinzioni di un soggetto si trovano in contrasto con gli atteggiamenti e i comportamenti adottati dallo stesso, che si trova così a vivere una condizione emotiva insoddisfacente, "questa incoerenza produce una spiacevole sensazione di disagio che motiva l'individuo ad un cambiamento cognitivo mirante a ridurre tale incompatibilità".

Nel campo della prevenzione dei disturbi alimentari, si suppone che i soggetti che hanno interiorizzato l'ideale culturale di magrezza, se ricevono informazioni sulla sana alimentazione e sul corretto stile di vita (ad es. attraverso programmi di prevenzione), possano ridurre tale interiorizzazione, prendendo volontariamente una posizione di distanza da tale ideale, con conseguente diminuzione dell'insoddisfazione corporea e delle

emozioni negative e quindi anche dei comportamenti a rischio.

Il **cibo**, dunque, avvertito come nemico da combattere o come fattore responsabile di grave dipendenza, può diventare **amico** della salute e della bellezza, fattore di prevenzione e cura.

STRUMENTI

Sia nella fase di *screening* che di *follow-up*, sono stati somministrati a ciascuno studente reclutato differenti questionari e test (**Tab. 1**).

Strumenti per lo screening	Strumenti per il follow-up
Questionario breve per la valutazione dell'Aderenza alla Dieta Mediterranea (AMDSQ)	Questionario breve per la valutazione dell'Aderenza alla Dieta Mediterranea (AMDSQ)
Eat-Test 26	Eat-Test 26
Scheda di approfondimento Eat-Test 26	Questionario di efficacia

Tab. 1 - Strumenti utilizzati per la fase di screening e di follow-up

I test somministrati nella fase di *screening* hanno inteso indagare le abitudini alimentari e lo stile di vita condotto da ciascuno studente e, al tempo, l'aspetto psicologico che orienta le scelte alimentari ed il rapporto con il cibo, il tutto corredata da informazioni anagrafiche e anamnestiche.

La fase di *follow-up* prevede, invece, la riproposizione di test già effettuati nella fase di *screening* e la somministrazione di un nuovo test aggiuntivo, atto a valutare l'opinione individuale sull'effettiva efficacia del programma.

Questionario breve per la valutazione dell'Aderenza alla Dieta Mediterranea (AMDSQ)

È il questionario che apre la fase di screening. Elaborato dal gruppo di ricerca della Dott.ssa

⁶ cfr. AIDAP, (2006). *Strategie Educative sui Disturbi dell'Alimentazione e sull'Obesità per il grande pubblico e studenti*. 2^a Edizione. Verona: Positive Press



Stefania Ruggeri ⁷, biologa nutrizionista, ricercatrice del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria (CREA), ha l'obiettivo di valutare l'aderenza alla Dieta Mediterranea attraverso

9 domande sugli alimenti che caratterizzano la Dieta Mediterranea: frutta, verdura, legumi, cereali (esclusi i dolci), pesce (eccetto molluschi e crostacei), carne e salumi, latte e derivati, olio Evo e alcol.

La somma del punteggio può variare da un minimo di 0 ad un massimo di 18 ed in base ad essa l'adesione alla dieta mediterranea viene così classificata:

- *non adeguato* da 0 a 4;
- *scarsamente adeguato* da 5 a 9;
- *sufficientemente adeguato* da 10 a 15;
- *completamente adeguato* da 16 a 18.

Eat-Test 26

È il test più usato al mondo per misurare preconcemente i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento psicosociale verso il cibo e il peso, caratteristici dei disturbi dell'alimentazione ⁸. È costituito da 31 domande (item), di cui le prime 26 indagano attitudini, credenze e comportamenti riguardanti il cibo, la forma del corpo e il peso, attraverso tre categorie correlate:

1. **dieta**, misura il desiderio di perdere peso e la spinta a dimagrire (13 item);
2. **controllo orale**, valuta l'eccesso di controllo nell'assunzione di cibo (7 item);
3. **bulimia**, riguarda la tendenza a perdere il con-

trollo nei confronti del cibo, a cui viene data molta importanza (6 item).

A queste 26 domande ne seguono poi altre 5 facenti parte del subtest, in cui si sonda in maniera più diretta, intima e profonda l'aspetto psicologico, dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale, che caratterizza il rapporto con il cibo.

Il cut-off è costituito da un punteggio pari o superiore a 20 relativo ai 26 items dell'Eat-Test 26 e/o da almeno una risposta positiva ad uno dei 5 item del subtest. Ciò indica l'esistenza di comportamenti problematici. Rilevata l'esistenza del rischio, si procede con uno o più colloqui individuali con la psicologa, per approfondire il tema e stabilire l'inclusione o meno dello studente nel programma di prevenzione.

Al test è stata aggiunta una "scheda di approfondimento" ⁹, relativa alle informazioni anagrafiche di ciascun soggetto (età, classe, istituto), che contempla anche informazioni sulla famiglia (età e professione dei componenti), sui pasti abitualmente consumati (colazione, spuntino, pranzo, spuntino, cena), sulla significatività di determinati ambiti (famiglia, scuola, amici, attività fisica, fumo/sostanze stupefacenti/alcol) e infine un breve approfondimento sull'esito del colloquio psicologico.

Questionario di efficacia

È un questionario non standardizzato, elaborato dal SIAN dell'ASL di Foggia, costituito da 11 domande attraverso cui si intende stabilire l'utilità e l'efficacia del programma svolto, e la

⁷ Ruggeri, S. & Buonocore, P. Questionario per la valutazione dell'aderenza alla dieta mediterranea AMDSQ. Submitted International Journal of Nutrition and Dietetics.

⁸ Garner, D.M. Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878. Si è qui utilizzata la versione italiana dell'Eat-Test 26, reperibile in Garner, D.M., Dalle Grave, R. (1999). Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press: Verona

⁹ Cela, E.P. Scheda di approfondimento per programma di prevenzione "Cibo Amico". Unpublished manuscript

percezione di ciò da parte degli studenti coinvolti, valutando l'interesse per gli argomenti trattati, l'opinione di aver acquisito conoscenze o competenze, la percezione dei cambiamenti nei comportamenti e il loro personale giudizio in forma anonima, esprimibile apertamente in maniera più approfondita nell'ultima domanda.

Tale questionario serve dunque a stimare l'influsso positivo o negativo del programma "Cibo Amico" in merito ad un eventuale miglioramento su determinati aspetti fondanti, sia dal punto di vista psicologico (rapporto con il cibo, percezione del proprio corpo, livello di autostima), sia dal punto di vista nutrizionale (principi di una sana alimentazione), accogliendo opinioni e suggerimenti utili a migliorare la qualità del programma.

ANALISI DEI DATI

L'elaborazione dei dati raccolti durante l'intero svolgimento del programma che, come su ricordato, si svolge nell'arco di un anno, è consistita principalmente in una restituzione dei dati in forma grafica, ricavati dalla valutazione dei questionari, tale da evidenziare la distribuzione delle diverse caratteristiche del campione in ragione degli aspetti considerati rilevanti, prima e dopo l'intervento di prevenzione.

L'elaborazione dei dati è servita, pertanto, a descrivere in modo più compatto e schematico i dati raccolti ai fini comparativi e di ricerca di relazioni tra le variabili. L'utilizzo dei grafici per presentare i dati è coerente con l'obiettivo dello studio ed ogni elaborazione grafica è stata meditata e motivata.

Per la valutazione dei questionari, quindi, sono state raccolte le informazioni, codificate e informatizzate, avvalendosi del software Excel, attraverso cui sono stati costruiti diagrammi, grafici a partire dai dati riportati nei questionari, inseriti precedentemente in una matrice Excel, che ha costituito il punto di partenza dell'elaborazione. L'analisi qualitativa e descrittiva ha consentito di effettuare il confronto tra la fase di *screening* e

quella di *follow-up*, riportando in maniera grafica, per mezzo dell'uso di histogrammi e grafici a torta, tutte le informazioni raccolte attraverso la somministrazione dei questionari.

Sono state scelte le rappresentazioni grafiche che, con immediatezza ed efficacia, permettono la trasmissione del dato ed il suo commento. Tale procedura descrittiva, quindi, ha permesso di trarre importanti spunti di riflessione.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il test T, utile a capire se la differenza tra le medie di due gruppi o due condizioni è significativa. Il test T - come si sa - può essere svolto per campione unico, per campione indipendente e per campioni appaiati. Per questo studio è stato scelto il test T per campioni indipendenti, ovvero le risposte dell'a.s. 2018 e le risposte dell'a.s. 2019.

L'obiettivo è stato quello di valutare se esse sono risultate significative tali da riflettere reali differenze nella popolazione, oppure se esse sono dovute al caso.

Per valutare l'impatto che l'intervento di prevenzione "Cibo Amico" ha avuto sulla popolazione presa in esame sono state effettuate le seguenti analisi:

- Calcolo della media delle risposte del primo anno per ogni variabile ovvero per ogni domanda dell'Eat-Test 26;
- Calcolo della media delle risposte del primo anno per ogni variabile ovvero per ogni domanda del questionario per valutare l'Aderenza alla Dieta Mediterranea;
- Calcolo della media delle risposte dell'anno successivo per ogni variabile;
- Test T per valutare la significatività dell'intervento di prevenzione attraverso il confronto tra il risultato totale delle medie delle risposte date al primo anno e il risultato totale delle medie delle risposte date al secondo anno.

RISULTATI E DISCUSSIONE

L'indagine svolta ha consentito di indagare l'andamento dei dati attraverso il confronto tra i risultati emersi nella fase di *screening* e quella



di *follow-up*, valutando anche l'efficacia del programma a distanza di un anno dalla partecipazione al progetto.

I risultati ottenuti dalla somministrazione del test standardizzato Eat-Test 26 dimostrano una sostanziale riduzione di quei comportamenti a rischio di sviluppare un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione: infatti il 75% (n=15) dei soggetti considerati a rischio, di cui 3 maschi e 12 femmine, è sceso sotto il *cut-off* precedentemente considerato, mentre soltanto il 25% (n=5) di essi è risultato ancora positivo all'Eat-Test 26 (**Fig. 1 e 2**).

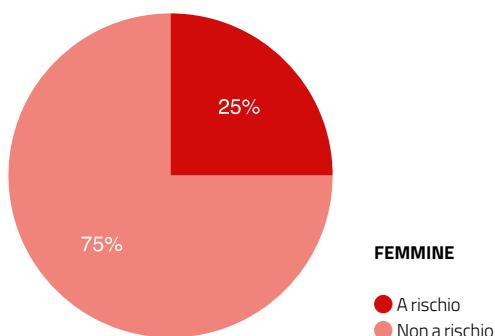


Fig. 1 - Femmine a rischio e non a rischio nella fase di follow-up.

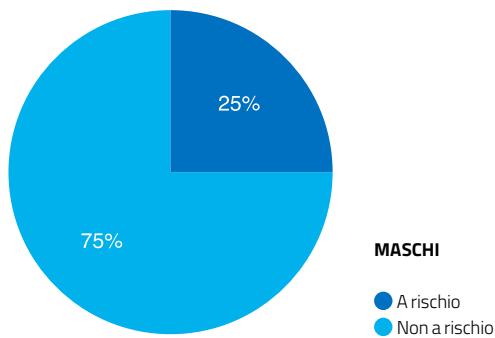


Fig. 2 - Maschi a rischio e non a rischio nella fase di follow-up

In particolare, è stato valutato l'andamento per ogni singola domanda attraverso il confronto tra i risultati emersi nella fase di *screening* e quella di *follow-up*.

Di seguito, analizziamo le variabili considerate nella compilazione dell'Eat-Test 26, valutando l'andamento degli studenti, a distanza di un anno dalla partecipazione al programma, sulle tre categorie prese in esame.

Per quanto riguarda il desiderio di perdere peso e la spinta a dimagrire nella fase di *follow-up*, significativa è la riduzione dal 50% al 15% di coloro i quali hanno *sempre* una terribile paura ad ingrassare (**Fig. 3 e 4**), mentre aumenta dal 30% al 50% la percentuale di coloro i quali non fanno *mai* attenzione al potere calorico dei cibi assunti, e aumenta dal 35% al 45% la percentuale di studenti che tende a non evitare *mai* i cibi a base di carboidrati, dimostrando come abbia influito la partecipazione al progetto dal punto di vista scientifico sulla sana alimentazione e nel rapporto con il proprio corpo.

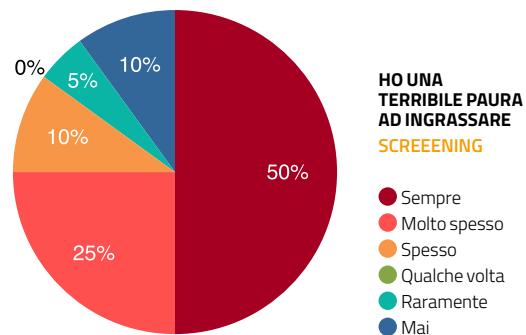


Fig. 3 - Paura di ingrassare nella fase di screening

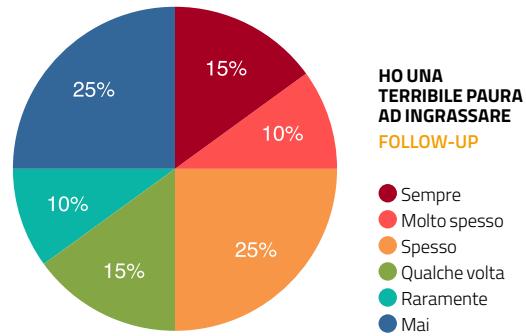


Fig. 4 - Paura di ingrassare nella fase di follow-up

Si assiste inoltre ad una riduzione di partecipanti in cui prevale il desiderio di magrezza eccessiva, a tal punto che nessuno di essi si sente *sempre* in colpa dopo aver mangiato. È infatti sorprendente la riduzione dal 50% al 15% di chi attesta di essere *sempre* tormentato dal desiderio di essere più magro (Fig. 5 e 6), e aumenta dal 20% al 50% la percentuale di coloro i quali dichiarano di non sottoporsi *mai* ad esercizi fisici intensi nel tentativo di bruciare più calorie possibili, aven-
do adesso placato quel tormentato desiderio di magrezza eccessiva che prima li opprimeva.

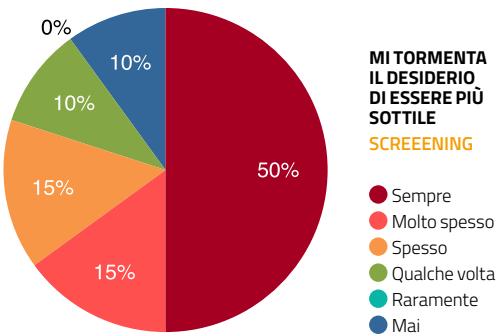


Fig. 5 - Tormento di essere più sottile nella fase di screening

sempre preoccupato all'idea di avere del grasso sul proprio corpo (Fig. 7 e 8) e ben il 5% dei candidati dal precedente 10% afferma di provare *sempre* una sensazione di piacere quando il proprio stomaco è vuoto, mentre ben oltre la metà di essi, ossia il 75% rispetto al precedente 60%, ritiene di non preferire *mai* questo stato, attestando di aver acquisito una maggiore consapevolezza sull'importanza di dover soddisfare i fabbisogni fisiologici nutrizionali del proprio corpo.

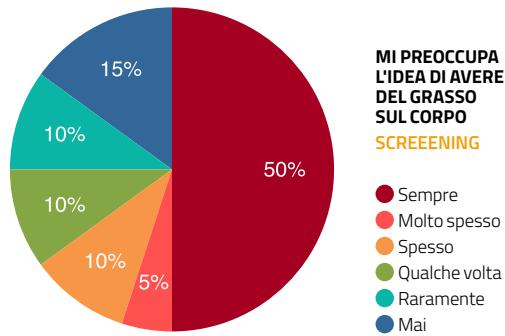


Fig. 7 - Preoccupazione di avere del grasso sul proprio corpo nella fase di screening

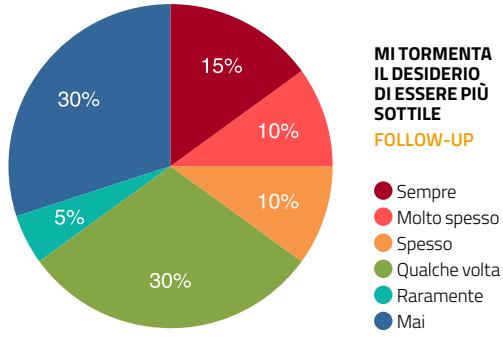


Fig. 6 - Tormento di essere più sottile nella fase di follow-up

Appare chiara e manifesta, inoltre, l'evoluzione in positivo da parte dei candidati, a tal punto che dal 50% ora soltanto il 5% ritiene di essere

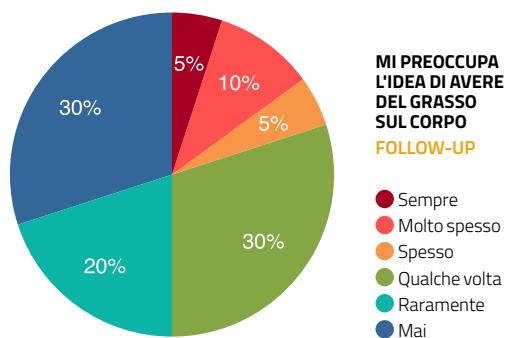


Fig. 8 - Preoccupazione di avere del grasso sul proprio corpo nella fase di follow-up

Appare evidente, inoltre, che in questa fase molti sono riusciti a mostrare maggior interesse



verso il cibo, infatti si è ridotta al 20% dall'iniziale 30% la percentuale di coloro che non intendono *mai* provare nuovi cibi elaborati, non assumendo più alcun comportamento difensivo, e normalizzando così il proprio comportamento alimentare.

Risultano invece essersi ridotti dal 15% al 5% coloro i quali evitano i cibi dolci *molto spesso* e nessuno più lamenta *molto spesso* o *spesso* uno stato di disperazione in seguito all'assunzione di essi, mentre più della metà dei candidati, ossia il 65%, afferma di non disperarsi *mai* dopo averli mangiati, mentre in precedenza essi erano il 45%.

Nell'intento di poter dimagrire, l'assunzione di cibi dietetici potrebbe rientrare tra le abitudini di molti soggetti. Contrariamente alle aspettative, la fase di *follow-up* dimostra apparentemente un parziale cambiamento in negativo che interessa una piccola percentuale di candidati, dato che, a differenza della fase precedente in cui nessuno afferma di assumere *spesso* cibi dietetici, nella fase di *follow-up* il 15% dei candidati dichiara ciò, e si assiste solo ad una parziale riduzione delle voci *qualche volta* (dal 30% al 25%), e *raramente* (dal 25% al 15%). In realtà, su quest'ultimo aspetto, durante gli incontri finali nella fase di *follow-up*, è emerso che per "alimenti dietetici" i partecipanti hanno inteso prodotti più salutari, avendo assunto un'alimentazione più sana; tale dato, pertanto, è da interpretarsi positivamente.

Per quanto riguarda l'altro aspetto considerato, ossia l'eccesso di controllo nell'assunzione di cibo, un atteggiamento tipico può essere quello della rinuncia al cibo in caso di fame: nella fase di *follow-up*, le voci più a rischio (ossia *sempre*, *molto spesso* e *spesso*) sono del tutto inesistenti ed aumenta dal 25% al 45% la percentuale dei candidati che non evita *mai* di mangiare quando ha fame (**Fig. 9 e 10**): è considerevole, dunque, il miglioramento dal punto di vista comportamentale.

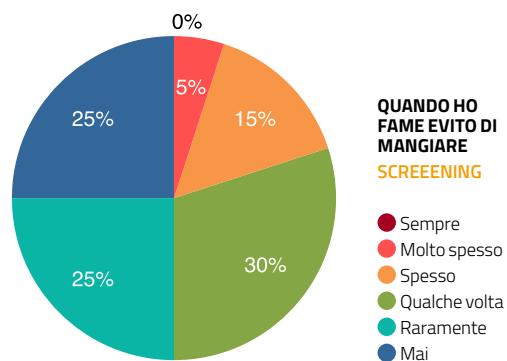


Fig. 9 - Rinuncia al cibo e soppressione della fame nella fase di screening

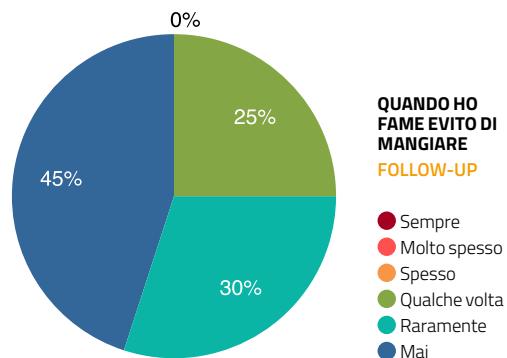


Fig. 10 - Rinuncia al cibo e soppressione della fame nella fase di follow-up

L'eccesso di controllo nell'assunzione di cibo può portare addirittura ad avere l'abitudine di sminuzzare tutto ciò che si ingerisce. Nella fase di *follow-up*, questo atteggiamento tende a diminuire: infatti coloro i quali nella fase precedente hanno *sempre* l'abitudine di sminuzzare il cibo adesso dichiarano di farlo *spesso* (15%), mentre chi prima lo ha fatto *qualche volta* (10%) o *raramente* (25%) adesso dichiara di non farlo *mai* (45%).

A ciò si aggiunge anche il fatto che, in determinati soggetti, il controllo ossessivo della propria alimentazione può suscitare una sensazione negativa sul giudizio di chi li circonda. Questa sensazione si riduce notevolmente nella fase di *follow-up*, infatti la percentuale di soggetti che non



percepisce *mai* la richiesta altrui di dover mangiare di più rappresenta adesso la maggior parte dei candidati poiché la percentuale aumenta dal 45% al 60%, così come aumenta al 45% dall'iniziale 10% la percentuale di chi non si sente *mai*/giudicato in tal senso e, nello stesso tempo, aumenta dal 20% al 45% la percentuale di studenti che afferma di non percepire *mai* alcun tipo di pressione sulla quantità di cibo assunta, da parte di chi sta loro intorno. La riduzione di questa percezione in questa fase riflette, evidentemente, un miglioramento nel rapporto con il cibo, al punto da indurre i soggetti coinvolti ad alimentarsi di più. Si osserva, inoltre, un cambiamento in positivo comprovato dal fatto che nessuno più dichiara di mostrare *molto spesso* o *spesso* un grande autocontrollo verso il cibo, mentre emerge che si mantiene minima, seppur riducendosi, la percentuale di candidati che impiega *sempre* (dal 15% al 10%) o *spesso* (dal 5% al 10%) più tempo degli altri per mangiare.

Un'altra voce rappresentativa è la tendenza a perdere il controllo nei confronti del cibo, a cui viene data molta importanza. Nella fase di *follow-up*, il 45% degli intervistati dichiara di farlo *qualche volta*, rispetto alla fase di *screening* in cui il valore si attesta intorno al 30%, come anche altrettanto significativa è la percentuale di chi non lo fa *mai* (40%), rispetto all'inizio (15%), (Fig. 11 e 12).

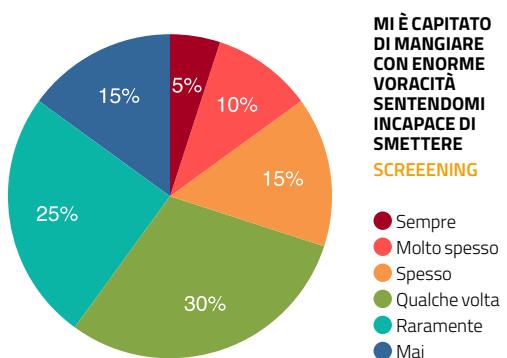


Fig. 11 - Voracità nel mangiare e incapacità di smettere nella fase di screening

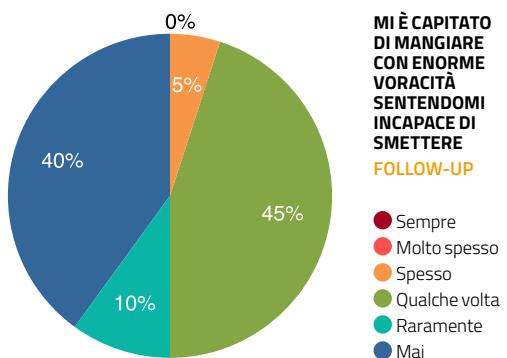


Fig. 12 - Voracità nel mangiare e incapacità di smettere nella fase di follow-up



Nello stesso tempo, la gran parte dei candidati (dal 20% al 45%) ritiene di non pensare *mai* al cibo con preoccupazione (Fig. 13 e 14) e la stragrande maggioranza (dal 45% al 75%) non si sente *mai* dominato da esso (Fig. 15 e 16) e di non dedicarvi *mai* troppo tempo e troppi pensieri (dal 30% al 60%), dando prova di come molti possano aver acquisito una certa consapevolezza sul reale valore del cibo (Fig. 17 e 18).

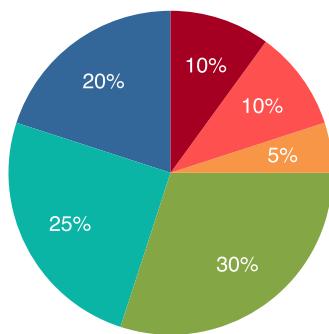


Fig. 13 - Pensare al cibo con preoccupazione nella fase di screening

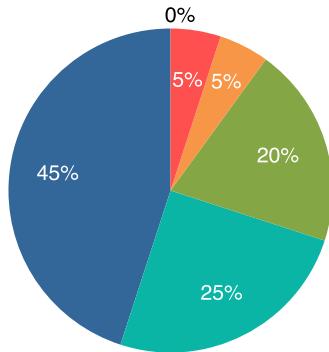


Fig. 14 - Pensare al cibo con preoccupazione nella fase di follow-up

PENSO AL CIBO CON PREOCCUPAZIONE SCREENING

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

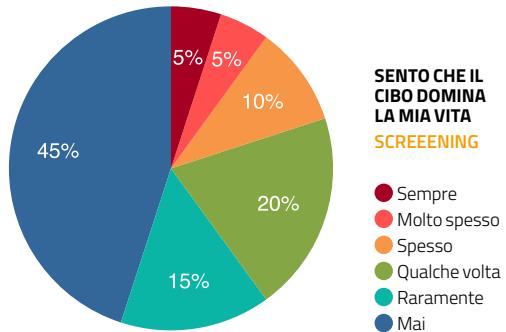


Fig. 15 - Sensazione che il cibo domini la propria vita nella fase di screening

SENTO CHE IL CIBO DOMINA LA MIA VITA SCREENING

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

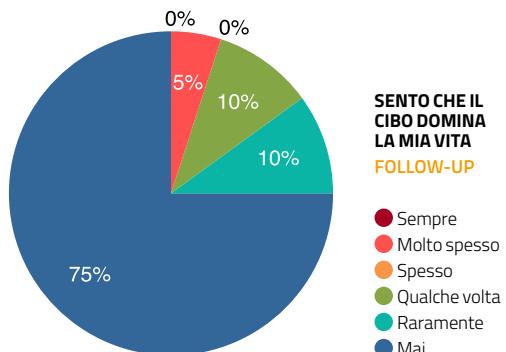


Fig. 16 - Sensazione che il cibo domini la propria vita nella fase di follow-up

SENTO CHE IL CIBO DOMINA LA MIA VITA FOLLOW-UP

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai



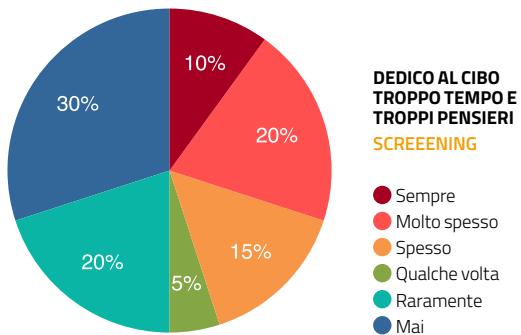


Fig. 17 - Dedicare al cibo troppo tempo e troppi pensieri nella fase di screening

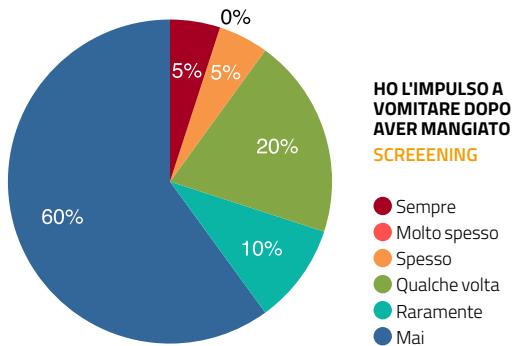


Fig. 19 - Avere l'impulso a vomitare dopo aver mangiato nella fase di screening

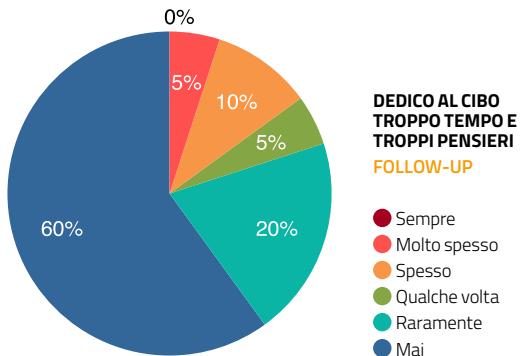


Fig. 18 - Dedicare al cibo troppo tempo e troppi pensieri nella fase di follow-up

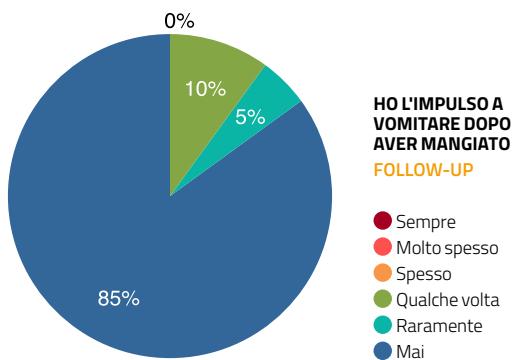


Fig. 20 - Avere l'impulso a vomitare dopo aver mangiato nella fase di follow-up

Un atteggiamento che contraddistingue la perdita di controllo sul cibo sono le conseguenti condotte di compenso, come il vomito. Nella fase di *follow-up*, spicca dal 70% al 90% la percentuale di chi dichiara di non farlo *mai*, rappresentando adesso la quasi totalità, e di conseguenza nessuno più avverte la sensazione di urgenza a vomitare dopo aver mangiato (Fig. 19 e 20), attestando di aver sviluppato una più sana relazione con il cibo, avendo superato i sentimenti di ansia, colpa e vergogna.

A seguire vengono analizzati i risultati ottenuti dal Subtest nell'Eat-Test 26.

Nella fase di *follow-up*, si riducono dal 60% al 25% i soggetti che dichiarano di aver avuto delle abbuffate negli ultimi 6 mesi (Fig. 21 e 22). In realtà, di questa percentuale, seppur esigua, risultano essere molti i falsi positivi, poiché durante gli incontri la gran parte di essi ha affermato esplicitamente che le "abbuffate" a cui si riferisce sono episodi di esubero sporadici e conviviali, come pranzi abbondanti in famiglia o con gli amici, rientrando dunque in un contesto di normalità.

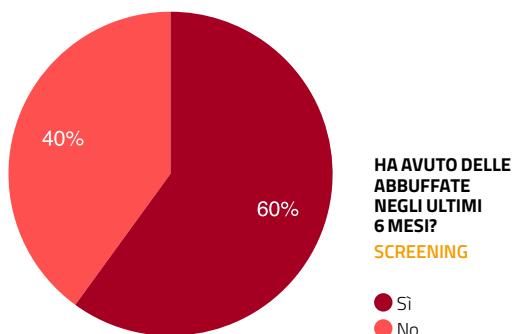


Fig. 21 - Episodi di abbuffate negli ultimi 6 mesi nella fase di screening

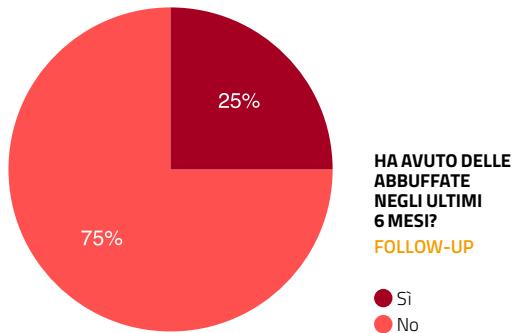


Fig. 22 - Episodi di abbuffate negli ultimi 6 mesi nella fase di follow-up

Anche le condotte di compenso, come il vomito autoindotto, si sono ridotte dal 15% al 5%, così come si azzera totalmente la percentuale di chi fa uso di lassativi e/o diuretici, che prima rappresentava il 5%, dimostrando una maggiore consapevolezza e motivazione personale nel limitare l'eccessivo controllo del proprio peso e aspetto corporeo.

E' importante anche sapere se, tra i partecipanti, vi sono alcuni a cui è già stato diagnosticato un disturbo dell'alimentazione e dunque hanno intrapreso una terapia per guarire dal disturbo. A tal proposito, mentre nella fase di screening il 5% dichiara di essere stato in cura per tale disturbo, tale dato si azzera nella fase di follow-up, dando prova dell'efficacia del programma di prevenzione nel mantenimento di uno stato di benessere

psicofisico anche in soggetti maggiormente predisposti.

Infine, il senso di colpa e la delusione della propria persona possono incidere nel tentativo di suicidio. Nella fase di screening, ben il 45% dei soggetti indagati dichiara di aver pensato o tentato di suicidarsi. Tale dato, estremamente rilevante, si azzera totalmente nella fase di follow-up, infatti il 100% afferma di non aver più pensato o tentato il suicidio nell'arco temporale che intercorre tra la fase iniziale del programma e la sua conclusione, mostrando un netto miglioramento dal punto di vista psicologico di questi soggetti (Fig. 23 e 24).

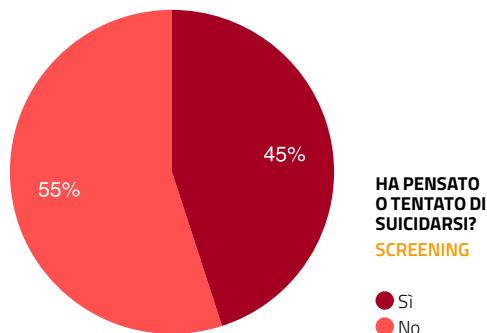


Fig. 23 - Aver pensato o tentato di suicidarsi nella fase di screening

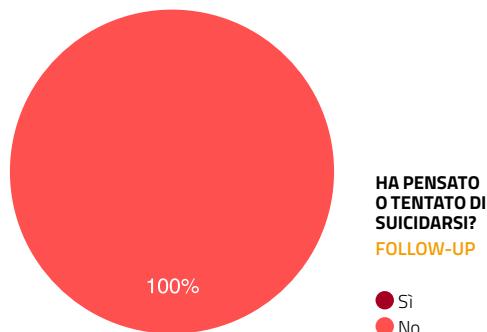


Fig. 24 - Aver pensato o tentato di suicidarsi nella fase di follow-up

Dopo aver enunciato i risultati ottenuti dall'analisi dell'Eat-Test 26 e del relativo Subtest,

passiamo ai dati emersi dalla valutazione del questionario sull'Aderenza alla Dieta Mediterranea.

Nella fase di *screening* il 5% dei partecipanti ha ottenuto una valutazione "non adeguata", il 75% ha una valutazione "scarsamente adeguata", il 20% ha una valutazione "sufficientemente adeguata" e lo 0% una valutazione "completamente adeguata" (Fig. 25).

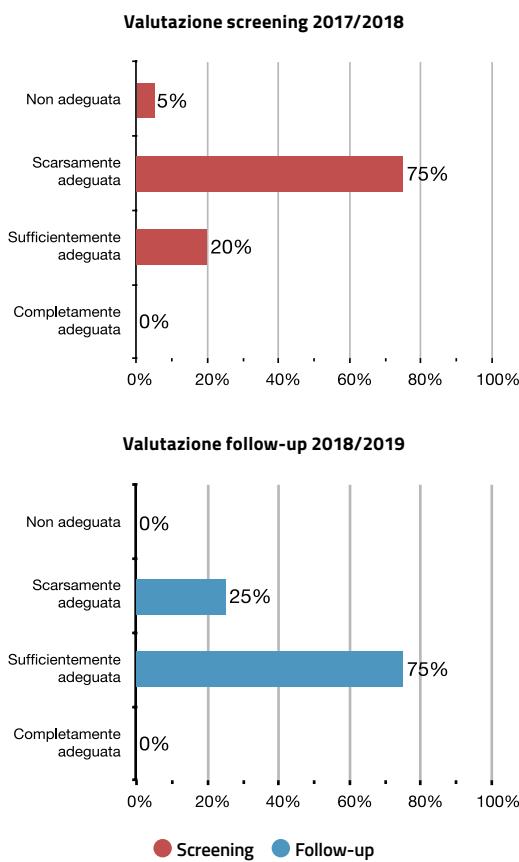


Fig. 25 - Confronto valutazioni 2018-2019 questionario sull'Aderenza alla Dieta Mediterranea

Un netto miglioramento dei risultati si osserva nella fase di *follow-up* dove si azzera la percentuale di partecipanti che hanno una valutazione "non adeguata", diminuisce sensibilmente la percentuale di partecipanti che ha una valutazione

"scarsamente adeguata" (da 75% *screening* a 25% *follow-up*), aumenta in maniera apprezzabile la percentuale di partecipanti che ha una valutazione "sufficientemente adeguata" (da 20% *screening* a 75% *follow-up*).

Infine, come nella fase di *screening*, anche nella fase di *follow-up* nessun partecipante ha una valutazione "completamente adeguata".

Dai dati dei singoli item del questionario sull'Aderenza alla Dieta Mediterranea, ottenuti mettendo a confronto le risposte dei partecipanti tra fase di *screening* e *follow-up*, si è osservato un netto miglioramento nel consumo di frutta giornaliera: è aumentata la percentuale di soggetti che consuma 1-2 porzioni/giorno di frutta (dal 40% al 50%) ed è aumentata in maniera sostanziale la percentuale di soggetti che consuma più di 2 porzioni/giorno (dal 5% al 40%), (Fig. 26).

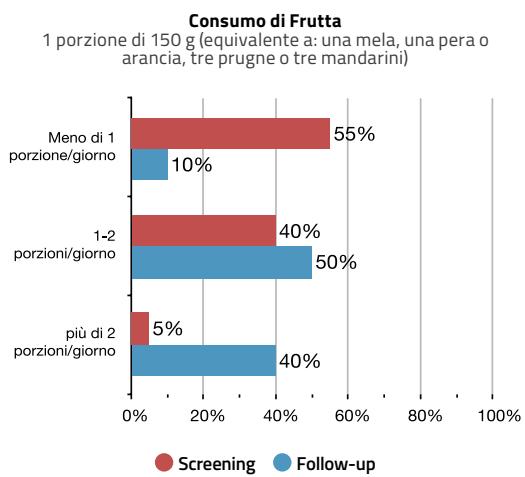


Fig. 26 - Frequenza consumo di frutta

Anche nel caso del consumo giornaliero di verdura ed ortaggi si è rilevato un miglioramento: è aumentata la percentuale di soggetti che consumano 1-2,5 porzioni (dal 40 al 60%) ed è aumentata la percentuale dei soggetti che consuma più di 2,5 porzioni al giorno (dal 5% a 35%), (Fig. 27).

**Consumo di Verdura**

1 porzione di 100 g (considera che: 1 porzione di insalata pesa 70 g, 2 pomodori pesano 100 g, 1/2 piatto di verdure cotta pesa 100 g)

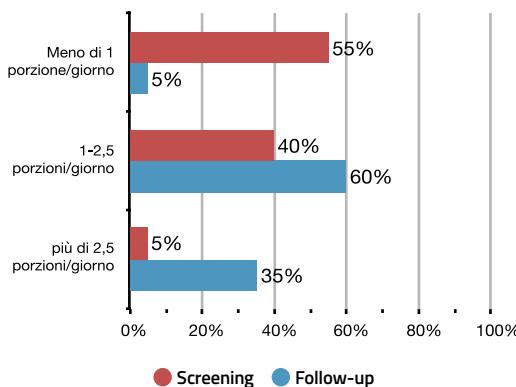


Fig. 27 - Frequenza consumo di verdura

Consumo di Cereali, anche integrali dolci esclusi

(Esempio: pane, pasta, riso, cous-cous)

1 porzione complessiva di 130 g (considera che: 1 porzione di pasta pesa 80 g, 1 fetta di pane)

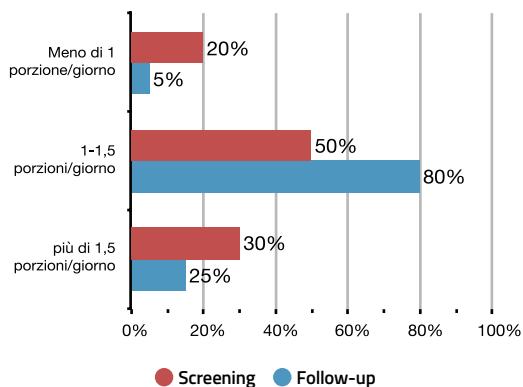


Fig. 29 - Frequenza consumo di cereali, anche integrali, dolci escl.

Il consumo settimanale di legumi è aumentato, registrando un incremento dei soggetti che consumano più di 2 porzioni a settimana di legumi (dal 5% al 25%), (Fig. 28).

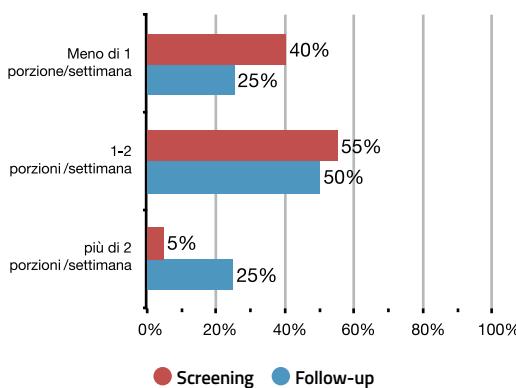
Consumo di Legumi
1 porzione di 70 g

Fig. 28 - Frequenza consumo di legumi

Si è rilevato, inoltre, un aumento del consumo giornaliero di cereali (anche integrali, dolci esclusi), rilevando un incremento della percentuale di soggetti che afferma di consumare 1-1,5 porzioni al giorno di cereali, si passa infatti dal 50% allo screening, al 80% del follow-up (Fig. 29).

La frequenza del consumo settimanale di pesce (eccetto molluschi e crostacei) è rimasta pressoché invariata, solamente il 5% di soggetti consuma più di 2,5 porzioni/settimana di pesce allo screening e al follow-up. Il 30% di soggetti consumano 1-2 porzioni/settimana di pesce contro il 35% di soggetti al follow-up.

Mentre nella fase di screening è stato rilevato un importante consumo di carni e salumi giornaliero tra i partecipanti, nella fase di follow-up è stato registrato un miglioramento. A tal proposito è diminuita la percentuale di soggetti che consumano carne e salumi con una frequenza di 1-1,5 e più di 1,5 porzioni al giorno.

Riguardo al consumo di latte e derivati con frequenza giornaliera, è stata osservata una diminuzione della percentuale di soggetti con un consumo di 1-1,5 porzioni/giorno (dal 45% dello screening al 40% del follow-up) e di più di 1,5 porzioni al giorno (dal 20% dello screening al 10% del follow-up).

La frequenza di consumo di olio extravergine d'oliva è aumentata: infatti il 65% dei soggetti ha un consumo regolare di olio Evo nella fase di follow-up, contro il 35% della fase di screening.

È aumentata di quasi il doppio la percentuale di ragazzi che consumano meno di 1 Unità Alcolica al giorno (si passa dal 35% dello screening al 60% del follow-up).

Le pressioni sociali al bere impediscono, nella maggior parte dei casi, l'ottenimento di risultati più incoraggianti nel diminuire il consumo di alcol (**Fig. 30**).

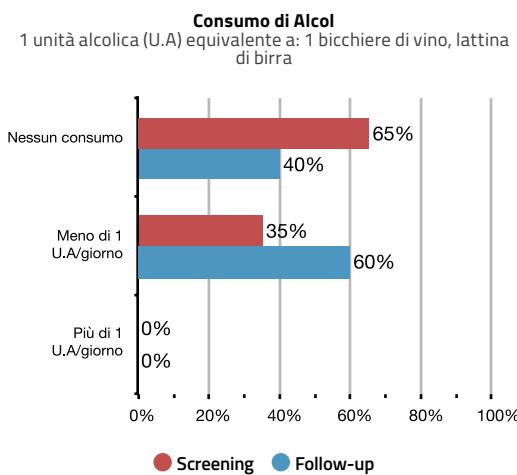


Fig. 30 - Frequenza consumo di alcol Frequenza consumo di alcol

Dal Test T, effettuato analizzando la differenza tra la media delle risposte totali del 2018 e la media delle risposte totali 2019, si osserva che nel caso dell'Eat-Test 26 si è passati da un valore totale del 2018 pari a 1,603 (S.D.: ,972; p<0.00) ad un valore totale del 2019 pari a 0,958 (S.D.: ,638; p<0.00) (**Tab. 2-3**), mentre nel caso del questionario sull'Aderenza alla Dieta Mediterranea si è passati da un valore totale del 2018 pari a 0,806 (S.D.: ,3417; p<0.00) ad un valore totale del 2019 pari a 1,1125 (S.D.: ,3440; p<0.00) (**Tab. 4-5**). È emersa,

dunque, in entrambi i casi, una differenza statisticamente significativa nei punteggi, indicando che il progetto di prevenzione "Cibo Amico" ha avuto successo apprezzabile nella modifica delle abitudini alimentari che ora sono più salutari.

Infine, i risultati ottenuti dal Questionario di efficacia, compilato nella fase di *follow-up*, hanno consentito di valutare la percezione degli studenti sul programma di prevenzione.

La totalità dei candidati ha dichiarato che i principi sulla sana alimentazione, acquisiti durante la partecipazione al programma, hanno contribuito a migliorare il proprio rapporto con il cibo, motivo per cui essi ritengono che un programma di Educazione alimentare andrebbe esteso a tutti gli studenti delle scuole superiori per diffondere una conoscenza più ampia su cibo e salute.

La quasi totalità dei candidati (85%) ha dichiarato, inoltre, che i principi acquisiti hanno contribuito a migliorare anche il rapporto con il proprio corpo, raggiungendo maggiori livelli di autostima, ritenendo pertanto non necessario alcun miglioramento relativo all'impostazione

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Medie Screening 2018	31	1,6032	,97228	,17463
Medie Follow-up 2019	31	,958	,6380	,1146

Tab. 2 - Differenza tra le medie 2018-2019

One-Sample Test

	Test Value= 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Medie Screening 2018	9,181	30	,000	1,60323	1,2466	1,9599
Medie Follow-up 2019	8,361	30	,000	,9581	,724	1,192

Tab. 3 - Test T per variabili totali 2018-2019



One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Medie Screening 2018	8	,806	,3417	,1208
Medie Follow-up 2019	8	1,1125	,34408	,12165

Tab. 4 - Differenza tra le medie 2018-2019

	Test Value= 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Medie Screening 2018	6,674	7	,000	,8062	,521	1,092
Medie Follow-up 2019	9,145	7	,000	1,11250	,8248	1,4002

Tab. 5 - Test T per variabili totali 2018-2019

del programma "Cibo Amico", mentre una minima parte, ossia il 15% di essi, ritiene che il programma andrebbe migliorato in termini di lunghezza, modalità, e approfondimento di temi (ad esempio suggerendo modelli di dieta personalizzata).

CONCLUSIONI

Lo studio condotto ha offerto spunti interessanti per riflettere sulla relazione che sussiste tra cibo e immagine corporea in soggetti definiti "a rischio" di poter sviluppare un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Nello specifico, dall'analisi dei dati, sia descrittiva che statistica, è emerso un quadro complessivamente positivo delineatosi dal confronto tra la fase di *screening* e quella di *follow-up*. Il programma ha, infatti, prodotto un effetto preventivo sulle attitudini disfunzionali e i comportamenti non salutari dei partecipanti assegnati al programma di prevenzione "Cibo Amico", ottenendo una diminuzione significativa di una serie di atteggiamenti "a rischio" rispetto all'anno precedente. Consentendo

così ai disturbi di non svilupparsi (conclamarsi).

In particolare, l'analisi descrittiva ha documentato un cambiamento significativo per le variabili esaminate, a distanza di un anno dall'inizio del programma, attestando una notevole diminuzione sia del desiderio di perdere peso, sia dell'eccesso di controllo nell'assumere cibo, sia della tendenza a perdere il controllo nei confronti del cibo.

Si è osservato, inoltre, un aumento del consumo quotidiano di frutta e verdura, una lieve diminuzione del consumo giornaliero di cereali, un consumo settimanale stabile di pesce e crostacei, una lieve diminuzione del consumo giornaliero di carne, latte ed olio Evo.

Dai risultati emersi dallo studio, dunque, si può affermare che il progetto "Cibo Amico" si è dimostrato estremamente valido nella trasmissione di un sistema di valori (informazioni, credenze, atteggiamenti, percezioni), che esso ha avuto efficacia preventiva nei confronti dei disturbi alimentari, sia nel sesso maschile come in quello femminile.

In particolare, il programma ha consentito di ottenere risultati soddisfacenti stimolando una buona accettazione di sé e della propria immagine corporea e sviluppando un maggior senso critico verso le norme culturali che regolano gli attuali ideali di magrezza.

In tal senso, è possibile affermare che tale lavoro di ricerca ha avuto la funzione di:

- verificare la presenza sul territorio di casi a rischio di contrarre un disturbo della nutrizione e

- dell'alimentazione;
- dimostrare come un intervento di prevenzione selettiva possa essere utile a migliorare la situazione fisica, psicologica rispetto al cibo ed aumentare l'aderenza alla Dieta Mediterranea;
- dimostrare l'efficacia di un progetto di prevenzione con approccio integrato.

In conclusione, il programma di prevenzione "Cibo Amico" è risultato breve, economico, non dannoso, gradito, riproducibile ed efficace, motivo per cui sarebbe auspicabile che, in futuro, le scuole possano prendere atto dei bisogni e delle fragilità dei propri studenti, permettendo loro di partecipare ai programmi di prevenzione primaria dei disturbi alimentari, che contemplano la sana alimentazione ed il corretto stile di vita. Questi obiettivi potrebbero essere raggiunti anche attraverso la realizzazione di laboratori del gusto pomeridiani, con l'interessamento diretto delle famiglie ed il coinvolgimento di team di specialisti che possano aiutare loro a:

- apprendere le metodiche più salutari per la preparazione di pietanze con la collaborazione di chef;
- conoscere dettagliatamente le varietà locali di frutta e verdure, la loro stagionalità e le caratteristiche nutrizionali (Biologi Nutrizionisti);
- apprendere le più basilari norme di igiene e sicurezza alimentare guidati da esperti in sicurezza alimentare (tecnologi alimentari);
- conoscere i rapporti e le spinte psicosociali verso possibili forme di alterazione del comportamento alimentare (psicologo, medico).

BIBLIOGRAFIA

- AIDAP, (2006). *Strategie Educative sui Disturbi dell'Alimentazione e sull'Obesità per il grande pubblico e studenti.* 2° Edizione. Verona: Positive Press
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Cela, E.P. (2013). *Psicologia della Nutrizione.* Roma: Aracne.
- Cela, E.P. & Ciavarella, P. (2015). "Cibo Amico" Programma e screening di prevenzione sui Disturbi Alimentari. *Argomenti di Sicurezza Nutrizionale Alimentare*, 2, 26-29.
- Cela E.P. (2016). Le nuove figure professionali nel SIAN: il ruolo dello psicologo. In Guberti, E. & Gruppo di lavoro SItI Igiene degli alimenti, sicurezza alimentare e tutela della salute dei lavoratori (Eds.), *Alimentare la salute. Dedicato a chi ha fiducia nella prevenzione.* pp.406-421.
- Ariccia (Rm): Aracne,
- CNOP (2012) Parere sulla Prevenzione\ Promozione in ambito psicologico, Novembre 2012, pag. 18-19
- Conferenza di consenso Disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti. (2012). Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012, Rapporti ISTISAN 13/6.
- Dalle Grave, R. (2013). Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione nella scuola: progressi e sfide future. *Emozioni e cibo*, 38, 23-29.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. and Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Si è qui utilizzata la versione italiana dell'Eat-Test 26, reperibile in Garner, D.M., Dalle Grave, R. (1999). Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press
- Festinger, L. (1997). *Teoria della dissonanza cognitiva.* Milano: Franco Angeli.
- Ricciardi, W. & Lang, I. (Eds.). (2001) *The Oxford Handbook of Public Health Practice.* Oxford: Oxford University Press.
- Ruggeri, S. & Buonocore, P. *Questionario per la valutazione dell'aderenza alla dieta mediterranea AMDSQ.* Submitted International Journal of Nutrition and Dietetics.
- Treasure, J., Claudino A.M., & Zucker N. (2010). *Eating Disorders.* *The Lancet*, 375, 583-593.



LE QUATTRO STAGIONI DI UNA TERAPIA: AUTUNNO / INVERNO

Daniela Teresa Zagaria
Psicologa, Psicoterapeuta, operatrice
Consultorio E.S.A.S

RIASSUNTO

L'articolo prende in esame una situazione clinica di terapia familiare affrontato secondo l'ottica sistematico-relazionale. Analizza la presa in carico e la prima parte del processo psicoterapico condotto durante il training di formazione in psicoterapia, nella fase della supervisione indiretta. Si concentra sulle prime sedute svolte con la coppia che presentava una profonda crisi genitoriale per la gestione della figlia – mai convocata in presenza – sottendone una di stallo coniugale, che viene affrontata ricollocandola e dandole senso all'interno della fase del ciclo di vita della famiglia. L'intervento psicoterapico ha come fine la riorganizzazione e la ristrutturazione dei confini familiari, con una particolare attenzione sulle risorse inedite della coppia. L'autrice, inoltre, delinea il contesto professionale in cui è stato possibile accogliere la richiesta d'aiuto e condurre il percorso di psicoterapia.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia sistematica familiare, formazione in psicoterapia, Consultorio E.S.A.S.



La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro psicoterapico condotto dall'autrice presso il Consultorio E.S.A.S, nel corso della formazione come psicoterapeuta, all'interno della fase di supervisione indiretta svolta con il supervisore prof. Luigi Cancrini. Rispettando le normative vigenti in materia di privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati in questo scritto sono fittizi ed è stato modificato qualsiasi altro elemento che potrebbe far identificare i protagonisti di cui si parla.

Chiunque ad un certo punto della vita mette su casa. La parte difficile è costruire una casa del cuore. Un posto non soltanto per dormire, ma anche per sognare. Un posto dove crescere una famiglia con amore, un posto non per trovare riparo dal freddo, ma un angolino tutto nostro da cui ammirare il cambiamento delle stagioni; un posto non semplicemente dove far passare il tempo, ma dove provare gioia per il resto della vita.

~ Sergio Bambarén, "Il guardiano del Faro"

I buoni genitori danno ai figli radici e ali. Radici per sapere dov'è casa loro, ali per volar via e mettere in pratica ciò che è stato loro insegnato.

~ Jack Canfield, "Brodo caldo per l'anima"

PREMESSA

Il racconto di questo percorso terapeutico si snoda sulla storia della famiglia di Nicla e Beppe che, dopo dieci anni di matrimonio, vivono un particolare momento di crisi in cui urla, incomprensioni e dissensi riempiono le orecchie e il cuore di entrambi, ma anche della loro bambina Anna.

Nicla, immersa nella solitudine di casa, si sente in gabbia e chiede aiuto sperando che le sue parole trovino qualcuno che le ascolti. E così giunge in terapia, con lo sguardo smarrito e stremato: una donna che non si riconosce più, come madre e come moglie.

Le sue difficoltà nella relazione con sia figlia Anna hanno invaso ogni campo della vita familiare diventando lo strumento nell'incessante lotta quotidiana. La convocazione di Beppe ha permesso di tracciare il sentiero di una terapia di coppia che ha come obiettivo esplicito il sostegno alla genitorialità. Così, comincia un percorso di ristrutturazione del sistema familiare, al fine di ridisegnarne i confini e le gerarchie per poi mantenere o ristabilire l'assetto funzionale.

L'arrivo di un figlio modifica profondamente il legame coniugale, tanto da rendere la nuova nascita una vera e propria sfida per la coppia. Infatti, Scabini e Cigoli (2000) sostengono che «la transazione alla genitorialità comporta un periodo di crisi nel rapporto di coppia, che può essere letto come una crisi evolutiva in grado di consentire una riorganizzazione sia dell'assetto della personalità dei due coniugi sia del loro equilibrio relazionale».

Ma il *fil rouge* che lega Nicla e Beppe sembra essersi temporaneamente dispenso nella complessità dell'intreccio tra relazione coniugale e genitoriale, innescando meccanismi di attacco reciproco che hanno generato un vuoto quasi incolmabile. In questo modo è emersa la difficoltà di tale sottosistema a mantenere la sua autonomia, a gestire risorse, conflitti e a trattare gli affetti

indipendentemente dalla relazione con Anna. Inoltre, «nella transazione alla genitorialità il legame intergenerazionale rappresenta certamente un fattore cruciale che può, a seconda delle situazioni, rappresentare una grande risorsa o un serio ostacolo per la trasmissione della funzione generativa e per l'esercizio del patto genitoriale» (Scabini, Cigoli, 2000, p. 130). La coppia è immersa in situazioni che riguardano non solo il proprio nucleo ma che si estendono alla famiglia di Beppe. L'estrema vicinanza dei suoi genitori, causata dalla condivisione della casa, pian piano è diventata una presenza troppo pressante, incentivando i risvolti negativi. Il mio intento, con questo lavoro, è raccontare la storia della famiglia di Nicla e Beppe attraverso un punto di vista corale, che comprenda cioè non solo ciò che vedono i miei occhi, ma anche i loro, nelle quattro stagioni che si sono alternate nel nostro percorso terapeutico.

L'INVIO E LA RIUNIONE D'ÈQUIPÈ

È trascorso poco più di un anno dal termine del primo percorso di sostegno psicologico e Nicla si rivolge nuovamente al Consultorio E.S.A.S, consigliata da sua madre Teresa. La tempesta che vive ha assunto connotazioni intense e dunque impossibili da placare. È tempo di affrontare la sua situazione: nessuna regola nell'organizzazione familiare, assenza di una gerarchia di poteri in cui i genitori e i figli hanno diversi livelli di autorità; ma ciò che manca, soprattutto, è una complementarietà di funzioni in cui il marito e la moglie accettano l'interdipendenza, operando dunque in coppia. Il sistema familiare si regge su un contratto originario la cui natura sembra essere stata dimenticata o probabilmente mai esplicitata. Ma, al fine di mantenere l'omeostasi del sistema familiare, ogni deviazione che oltrepassa le soglie di tolleranza finisce per innescare meccanismi atti a ristabilire l'assetto abituale. Ma ora Nicla chiede disperatamente aiuto.

Il Consultorio E.S.A.S. è attivo sul territorio pugliese dal 2006 e consta di quindici operatori volontari, tra assistenti sociali e psicologi, che rispondono alle numerose richieste degli utenti. Di norma, il primo colloquio di accoglienza è condotto dagli



assistanti sociali che filtrano le richieste e si attivano per eventuali invii presso strutture più adeguate al disagio psichico espresso dall'utente. Nel caso in cui, invece, la situazione necessita un percorso di sostegno psicologico, l'utente viene preso in carico e usufruisce del servizio in modo gratuito. Durante la riunione d'équipe vengono discusse le nuove accoglienze, affidando le prese in carico agli psicologi. La costituzione di un'équipe permette, infatti, di affrontare adeguatamente il caso nella sua complessità e nelle diverse sfaccettature; inoltre, consente a ciascun operatore di riconoscere gli stati emotivi e di ricondurli agli utenti, operando un percorso di scelta personale e professionale che favorisce la capacità di relazione con gli altri membri del gruppo di lavoro e di supervisione. Mara Selvini Palazzoli (1989) sostiene che «mediante la stabile e prolungata collaborazione di un piccolo gruppo di esperti che hanno tra loro una relazione tendenzialmente egualitaria ed un obiettivo comune, è possibile produrre cambiamenti più durevoli nel tempo».

In gruppo è fondamentale creare un clima di rispetto e ascolto reciproco, cercando di analizzare le varie sfumature delle situazioni di disagio, per poi incanalarle in un'unica direzione d'intervento, nonostante la profonda eterogeneità della formazione dei partecipanti. Ogni professionalità deve mantenere la propria specifica competenza, accettando tuttavia di confrontarsi con quella altrui per contribuire all'elaborazione di una proposta d'intervento.

Così, ora è importante parlare di Nicla e della sua storia. Storia ad alcuni già nota, ma che esige una maggiore attenzione all'*hic et nunc* del momento presente della sua vita familiare. Si stabilisce, infatti, di affidare all'autrice la conduzione dell'intervento psicologico, ritenendo più confacente ed efficace l'approccio familiare alla specifica situazione di Nicla.

LA CONVOCAZIONE DEL MARITO E L'AVVIO DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

L'autunno piroetta tra i rami degli alberi e i tenui bagliori di luce che riscaldano ancora le stanze del

Consultorio, segnando il tempo d'inizio del lavoro di psicoterapia con Nicla e Beppe che si presentano come due monadi isolate e distanti. Lei ha il corpo irrigidito, l'espressione del viso assente, il capo inclinato verso il basso; appare piuttosto dismessa e poco curata: senza trucco, alta ma un po' in sovrappeso e le mani, vuote, sono riempite dalla sola la fede nuziale. Ha un'aria da naufraga i cui sogni sembrano dispersi in quello stesso mare che l'ha travolta. Lui è alto, il fisico asciutto e un paio d'occhiali con lenti grandi e ombrate da cui s'intravede a fatica il contorno degli occhi; si pone con un atteggiamento spigliato e autorevole. Nelle prime sedute si approciano al lavoro in maniera antitetica: Nicla sembra timorosa e sola, Beppe, invece, sicuro e calmo. La moglie aveva esplicitato immediatamente il motivo della sua richiesta d'aiuto: «Mia figlia è troppo forte, il potere è tutto suo! Mi arrabbio molto ma lei vince sempre! [...] Ora non ce la faccio più, mio marito non c'è mai e quindi la devo crescere solo io...». Il momento più critico della giornata è quello dei pasti: la figlia sembra avere un'alimentazione piuttosto scarna e poco variegata (pane, pasta in bianco e dolciumi). Tutte le alternative proposte dalla mamma vengono scartate. Piange, si dispera e digiuna. E poi ancora urla, lacrime e qualche schiaffo. E puntuale, arriva il rimprovero della suocera che interviene dal piano di sopra difendendo la nipote. Così pure succede quelle rare volte in cui il papà è a casa. Ogni litigio tra mamma e figlia è risolto mediante l'intervento di un altro adulto in difesa della bambina che, puntualmente, vince. Questa situazione annienta Nicla.

Le difficoltà espresse nella relazione con sua figlia hanno influenzato, dunque, il rapporto con i suoceri e soprattutto con il marito. Un rapporto ormai logorato dalle urla e dalle incomprensioni che riempiono la casa quasi quotidianamente. Nicla si sente sola nell'educare Anna e sempre più attaccata dalle critiche del marito e della suocera, tant'è che ritiene di non essere adeguata a svolgere il ruolo di madre, sentimento che ha intaccato anche quello di moglie.

Il marito sostiene che non riescono più ad

incontrarsi, a parlarsi come facevano un tempo, soprattutto perché avverte da parte di Nicla una costante posizione di attacco ogni qualvolta le si rivolge. E così anche lui le risponde con un attacco. "Tutto è un problema: mia figlia, la casa, i miei genitori... però lei non fa niente per cambiare le cose, non supera la rabbia e non arriva ad un punto d'incontro con l'altra persona per vivere bene...". Ma un tempo – neanche fin troppo lontano – non era così.

LA STORIA DI NICLA E BEPPE

Siamo nell'estate dei primi anni duemila: lei ventitré anni, lui venticinque. Si sono conosciuti durante una vacanza in campeggio a Gallipoli trascorsa con gli amici. Dopo i primi sguardi d'intesa, i due iniziarono a frequentarsi. Nicla descrive Beppe come un uomo affascinante, alto e magro, con occhi scuri in grado di risvegliare in lei emozioni antiche, ma ancora vive e impossibili da trattenere. Cosa l'aveva colpita di Beppe? "Quando l'ho visto ho pensato che l'avrei sposato!". Non era il suo primo amore, ma sapeva già che sarebbe stato l'ultimo. Lo tratta come un uomo calmo e accondiscendente; ricorda con nostalgia il senso di protezione e sicurezza che ha provato sin dal loro primo incontro. Sensazioni quasi sconosciute per Nicla, cresciuta in una famiglia in cui il dolore ha regnato per tanti anni. La giovane donna è dovuta diventare grande in fretta: il papà, un uomo mite e solitario, lavorava come guardia campestre trascorrendo quasi tutto il giorno fuori casa; mentre, la mamma, casalinga, è sempre stata una donna sola, remissiva e silenziosa che, all'età di ventinove anni, si è abbandonata alla depressione lasciando la cura della casa e della famiglia ai suoi genitori. Nicla aveva dodici anni e suo fratello Riccardo appena nove. Trascorsero l'adolescenza a casa dei nonni materni tornando dai genitori solo nei week-end. Nicla, primogenita, sentiva molto la mancanza della sua famiglia e soprattutto della mamma a cui è sempre stata fortemente legata. Cosa ricorda di quel periodo? Quali emozioni e sensazioni conserva? Mi confessa che si è sentita smarrita, aveva occhi persi e spenti come quelli di sua madre: "Sono stati anni difficili... ero piccola e

non capivo bene cosa succedeva... io e mio fratello dovevamo farci forza...". Pertanto, decise di rimboccarsi le maniche e iniziò presto a lavorare in un laboratorio d'intimo, finché non incontrò Beppe. Beppe, ultimo di tre fratelli maschi, ha vissuto un'infanzia serena caratterizzata dalla passione per la musica. Purtroppo, pur appoggiando tale inclinazione, i genitori non potevano sostenerla economicamente: il papà lavorava in proprio come falegname, mentre la madre era casalinga. Così, assieme a suo fratello Michele, Beppe tentò diverse esperienze lavorative: dapprima l'avvio di un panificio e poi un negozio di oggettistica. Finalmente, riuscirono a farsi strada nel mondo musicale formando una band molto richiesta nelle sale ricevimenti per vari eventi (matrimoni, comunioni, battesimi). Il giovane innamorato coinvolse a pieno Nicla nella sua vita tant'è che la ragazza lasciò il suo lavoro per seguirlo e aiutarlo. Durante i quattro anni di fidanzamento il loro sentimento crebbe e maturò sempre più, finché decisero di sposarsi e, per risparmiare ed evitare l'onere mensile di un affitto, i due neo sposi si trasferirono al piano terra del palazzo dei suoceri: due appartamenti comunicanti, poiché la camera da letto dei suoceri è attigua ad un pozzo luce che confina con la cucina di Nicla al piano di sotto. "Non potevamo permetterci una casa tutta nostra... io non ero molto convinta, ma mio marito mi assicurò che sarebbe stato per poco tempo e allora accettai... ma ormai sono dieci anni che siamo lì...".

La ragione di questo lassismo da parte di Beppe è presto detta: l'appartamento dato in cessione dai genitori ha la funzione di ospitare i figli appena sposati per i primi tempi. Questo è successo al primogenito Franco che poi ha ceduto la casa al secondo fratello Michele. Arrivati a Beppe, tale esigenza non c'era più, essendo lui l'ultimo figlio. Cullandosi su questa libertà, l'uomo non ha mantenuto la parola data a Nicla e, quindi, la coppia è rimasta lì anche e soprattutto perché così avrebbero potuto assistere, aiutare e far compagnia ai genitori non più giovanissimi.

Sostiene Minuchin (1976) che «quando una coppia si unisce, ogni membro si aspetta che le



transazioni dell'unità costituita dai due coniugi prendano le forme che gli sono familiari. Ciascun coniuge cercherà di organizzare l'unità coniugale secondo le linee di comportamento che gli sono note o preferenziali e farà pressione perché l'altro si adeguì al suo modello. In questo modo si forma un nuovo sistema familiare».

Dopo tre anni dal matrimonio Nicla rimase incinta. La felicità riempì i cuori dei due giovani innamorati. Per qualche mese, tutto andò per il meglio, ma il dolore era in agguato. Una mattina d'ottobre, la giovane donna si svegliò, andò in bagno e notò delle perdite. Vana fu la corsa in ospedale: il bambino non ce l'aveva fatta.

I battiti del cuore di Nicla e Beppe rimbombano ancora nelle loro menti e i brividi scivolano veloci lungo i loro corpi. Veloci come quegli attimi.

Nicla era distrutta, non capiva cosa fosse andato storto, s'inculpava e temeva che il marito conservasse del rancore nei suoi confronti. Questi pensieri erano diventati un loop senza sosta nella sua mente. Beppe non parlava molto e si tuffò nel suo lavoro, lasciando a lungo Nicla da sola a casa. Una casa che lei non sentiva e non sente sua. Per di più, in quegli anni, le continue intromissioni e richieste da parte dei suoceri avevano creato un vuoto tra i due coniugi. Troppi silenzi, troppe parole mute. Eppure Nicla e Beppe non si danno per vinti: hanno sempre sognato una famiglia e dei figli e non possono permettere che quel dolore distrugga il loro amore. Infatti, dopo vari accertamenti medici, i coniugi intrapresero un percorso di terapia ormonale e finalmente, Nicla rimase ancora incinta, a dieci anni dal loro primo sguardo. Così iniziò la trepidante attesa ricolma di gioia. Ma il dolore era di nuovo in agguato. La seconda gravidanza, da subito definita dai medici come a rischio, costringe Nicla a letto per i primi mesi; solo quando i medici le permisero di alzarsi ritornò a farlo e, in un freddo pomeriggio di gennaio, nacque Anna. Il papà stentava a contenere la felicità mentre Nicla si ritrovò incredula e smarrita, con una piccola creatura tra le braccia da accudire.

«Quando un figlio nasce, devono apparire nuove funzioni. Il modo di funzionare dell'unità familiare

deve essere modificato per soddisfare alle funzioni genitoriali. Il sistema deve compiere complessi cambiamenti necessari per spostarsi dalla coppia alla triade» (Minuchin, 1976, p.59). Ma, in quel periodo, Beppe lavorava tanto e Nicla era sempre sola con la bambina che piangeva senza sosta. Attimi di sconforto riempivano *quella casa*. *Quel* silenzio era rotto dall'incessante voce della suocera che, nel tentativo di proteggere la nipote, inveiva contro la nuora, sostenendo che non fosse in grado di tranquillizzare e accudire la piccola. Parole scalfite nella mente di Nicla come segni indelebili sulla roccia. «Smettila! È mai possibile che ogni giorno dobbiamo sentire queste litigii! Lasciala stare quella povera bambina!». Questa l'eco che Nicla sentiva risuonare troppo spesso nella manciata di scale che la separavano dalla casa dei suoceri, un confine talmente labile da risultare inesistente e permetterle addirittura di ascoltare i commenti e le critiche che i genitori di Beppe si confidavano spesso l'un l'altra a mezza bocca.

Beppe ne è a conoscenza e sente di essere tra due fuochi, eppure rimane inerme, tentando ogni volta di spegnerli; ma il disagio, la rabbia e lo sconforto della moglie vissuti finora tornano a schiacciarli al solo ricordo.

Gli episodi clou sono tutti molto simili e seguono uno schema quasi fisso: mamma e figlia non sono d'accordo su qualcosa (il rispetto degli orari seriali per andare a dormire e di sveglia mattutina, la scelta di un programma da vedere in tv, le abitudini alimentari), la madre dovrebbe avere la meglio ma non ci riesce e così urla, i suoceri sentono, criticano e intervengono. Nicla è sempre più frustrata anche perché spesso non replica, ma tiene tutto dentro, incassando a stento il colpo, soprattutto perché, spesso, *quelle* parole che tanto la feriscono sono avvallate da Beppe.

Con il trascorrere del tempo, nulla è cambiato: le interferenze della suocera persistono e il marito continua inconsapevolmente a screditare il suo ruolo di madre per proteggere la figlia. «Quando rimprovero Anna, Beppe interviene sempre perché s'infastidisce per le mie urla e anche perché a volte mi scappa qualche parolaccia quando lei non

mi ascolta... e allora dà ragione ad Anna che poi fa quello che vuole..." spiega Nicla.

«Uno dei compiti più vitali del sottosistema coniugale è lo sviluppo di confini che proteggano i coniugi, dando loro una zona per il soddisfacimento dei propri bisogni psicologici senza l'intrusione di suoceri, figli e altri. Perché la famiglia funzioni bene, i confini tra i sottosistemi debbono essere chiari. Debbono essere definiti in modo tale da permettere ai membri del sottosistema di esercitare le loro funzioni senza indebite interferenze» (Minuchin, Fishman, 1982, p. 25). Ma, per la coppia, questo passaggio sembra di difficile attuazione poiché immersa in situazioni familiari che sembrano ostacolare la formazione di un'unità coniugale vitale.

E così gli anni trascorrono, rendendo il vuoto tra i due un abisso. Ormai sola, Nicla inizia a cucire su di sé un vestito troppo stretto, con ricami tristi e sbiaditi. Diventa la donna che non sarebbe mai voluta essere: moglie e madre incapace, insoddisfatta e incompresa. E Beppe, sentendosi inerme e schiacciato dall'acredine respirato in casa, si nasconde nel lavoro.

Intanto Anna cresce e diventa sempre più forte. Entrambi i genitori esprimono un vissuto di sconfitta e fallimento che trasuda da ogni millimetro dei loro corpi. Nicla è confusa, angosciata e smarrita, mentre Beppe manifesta una nuova consapevolezza, dal sapore amaro: dispiacere misto a speranza.

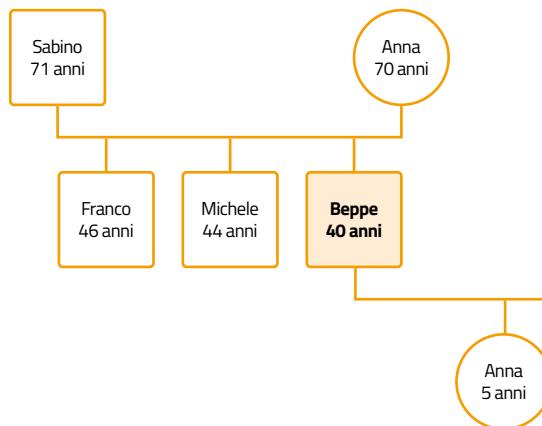


Fig. 1 - Genogramma di Beppe e Nicla

IL CONTRATTO TERAPEUTICO

“La bambina cresce bene: è alta 107 cm e pesa 18 kg. Pur essendo piuttosto alta, Anna ha un peso adeguato alla sua età e il suo IMC è nella norma”. Così affermava il pediatra e, dopo le recenti analisi mediche, non erano emerse anomalie dei valori. Pertanto era possibile escludere un'eziologia fisica che spiegasse l'inappetenza della bambina, ipotizzandone così la natura psicologica. Le cause, dunque, erano da ricercare altrove, nella specifica situazione contestuale in cui Anna mostrava tali comportamenti, poiché avevano una funzione all'interno della rete di rapporti familiari.

Dopo la fase di consulto preliminare, l'ipotesi della struttura familiare e la costruzione della mappa delle alleanze all'interno del sistema familiare apparivano in questo modo:

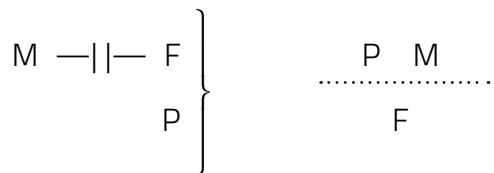
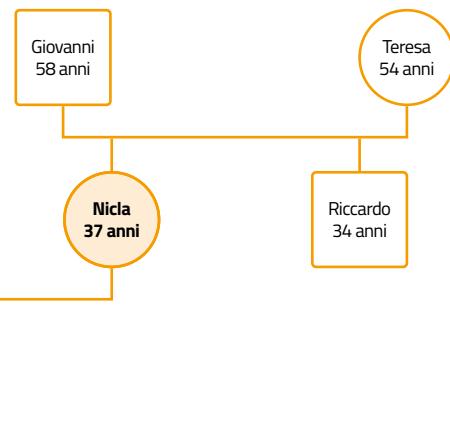


Fig. 2 - Mappa relazionale-strumentale

Fig. 3 - Schema struttura della famiglia





La configurazione familiare è composta da P (padre), M (madre), F (figlia): nelle situazioni in cui la mamma (genitore iper-coinvolto) e la figlia sono in conflitto, il papà (genitore periferico) crea una coalizione con la figlia (**fig.2**).

La struttura è caratterizzata da confini diffusi all'interno della coppia genitoriale e della famiglia stessa; a questo si aggiunge il ruolo periferico del padre nella gestione della famiglia a discapito della madre che invece si fa carico della figlia, con cui ha un intenso legame: «Un rapporto che è al tempo stesso positivo e negativo e in cui le reazioni di ciascuno acquistano un'importanza esagerata. La madre tende ad occuparsi del figlio con un misto di affetto ed esasperazione» (Haley, 2010, p.146).

In questo modo, il comportamento sintomatico della figlia tende ad intensificarsi, fino a raggiungere un punto in cui si trovano in una *impasse*. Di conseguenza, il papà entra in scena in difesa della figlia costruendo un confine che protegge la loro coalizione, ma che al tempo stesso esclude la madre. Questa sequenza può continuare all'infinito e può essere descritta anche nei termini di «un intenso coinvolgimento tra un adulto e un bambino che, alternativamente include ed esclude l'altro adulto» (Haley, 2010, p.154). Si è dunque sviluppato un modello transazionale, disfunzionale e di tipo trans-generazionale. In questo tipo di sistemi familiari, ogni energia è impiegata per il mantenimento dello *status quo* del sistema stesso a discapito delle valenze personali di ognuno. Tale relazione familiare non è rilevabile immediatamente, ma si manifesta in particolare durante le transizioni. È, infatti, di fronte ai passaggi cruciali della vita familiare che emerge la struttura relazionale della famiglia con i suoi aspetti di forza e di debolezza.

L'arrivo di un figlio può attivare risorse personali e relazionali, consolidando l'identità della coppia; ma, all'opposto, può anche ostacolarne il cammino e addirittura frantumarla. «La complessità dell'intreccio tra relazione coniugale e genitoriale richiede alla coppia la capacità di saper realizzare il compito fondamentale di una ridefinizione dei confini coniugali in grado di equilibrare all'interno

del legame gli aspetti relativi all'acquisizione della nuova dimensione genitoriale con quelli concorrenti il legame coniugale» (Scabini, Cigoli, 2000, p. 126).

Infatti, l'obiettivo primario della transizione alla genitorialità è l'assunzione, da parte della coppia, di una responsabilità genitoriale condivisa. Più è alta la fiducia reciproca dei coniugi nelle rispettive capacità di diventare un buon genitore, tanto più entrambi i membri della coppia saranno in grado di affrontare le complessità emotive ed etiche dell'evento, tollerando le ambivalenze – consapevoli o meno – che esso suscita. Ma così non è per Nicola e Beppe. Il papà non sembra fidarsi delle capacità genitoriali della mamma, probabilmente anche a causa dei numerosi litigi avuti con la suocera, che hanno dato adito a svariate critiche e lamentele. Infatti, il figlio è espressione e si colloca all'interno della storia familiare, assumendo uno specifico significato per tutta la parentela: si collega alle generazioni passate e ne rappresenta il futuro. Forse sono queste le ragioni per cui, in assenza di Beppe, la nonna (N) assume la sua funzione genitoriale, prendendosi cura della nipote e quindi difendendola da una madre, ai suoi occhi, irresponsabile. Dunque, la configurazione familiare diventa:

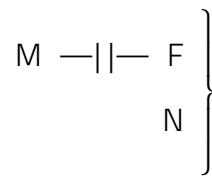


Fig. 4 - Struttura della famiglia intergenerazionale

Pertanto, l'obiettivo terapeutico è quello di cambiare la sequenza, impedendo la formazione di coalizioni transgenerazionali, per favorire il cambiamento in modo razionale. Se si riesce a cambiare la sequenza in cui il padre, nelle situazioni di conflitto, si allea costantemente con la figlia e contro la madre, la famiglia comincerà a funzionare in modo diverso. Infatti, come sostiene Haley (2010), «se il terapeuta aiuta i genitori a tenere il figlio al di fuori delle loro liti, spesso anche altri parenti,



automaticamente ne vengono esclusi. Se la coppia delinea il confine generazionale in una direzione, facendo fronte comune nei confronti del bambino, farà lo stesso con gli altri familiari». Bisogna ristabilire l'assetto di cooperazione tra Nicla e Beppe in quanto genitori, così che mantengano confini chiari e definiti con il sottosistema della figlia. Si stabilisce, quindi, di lavorare su questi temi in un percorso terapeutico a cadenza quindicinale costruendo pilastri più saldi su cui erigere una nuova casa.

BIBLIOGRAFIA

- Scabini E., Cigoli V., *Il famigliare*, Raffaello Cortina

Editore, Milano, 2000.

- Selvini M., Selvini Palazzoli M., *Il lavoro in equipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare*, Ecologia della mente, volume 4, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.
- Minuchin S., *Famiglie e Terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Editore, 1976.
- Minuchin S., Fishman C.H., *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Editore, 1982.
- Haley J.; *La terapia del problem solving*, Milano, Franco Angeli, 2010.



THE DARK SIDE OF THE MOON

UN CASO DI OMOFOBIA INTERIORIZZATA MASCHERATA

RIASSUNTO

Può una confusione di orientamento sessuale celarsi dietro un disturbo ossessivo? Il disturbo ossessivo-compulsivo a volte appare una diagnosi psichiatrica che corre il rischio di essere tanto vaga quanto onnipotente, che risolve tutto e non spiega nulla.

S. ha 23 anni, studente universitario. Durante il primo incontro, si presenta con una diagnosi psichiatrica di Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) in trattamento farmacologico. Durante i primi mesi di trattamento la terapia è maggiormente focalizzata sui pensieri ruminativi che lo attanagliano, ma molto presto, e in maniera del tutto inattesa rispetto ai classici trattamenti con i DOC, S. sviluppa un sostanziale miglioramento delle sue relazioni quotidiane e interpersonali e un pieno recupero della sua quotidianità. Da una riflessione più approfondita è stato possibile comprendere come i rituali compulsivi e i pensieri ossessivi servissero al paziente per focalizzare l'attenzione

propria e della terapeuta su qualcos'altro che non fosse una problematica legata alla sessualità.

La terapeuta improvvisamente comprende che il vero problema di S. è legato al suo orientamento sessuale e che le sue difese ossessive sono da configurarsi come il prodotto di un'omofobia interiorizzata. Il dis-velamento nella mente della terapeuta in qualche modo scuote l'alleanza terapeutica modificando il "campo terapeutico" permettendo così di far riaffiorare il nascosto e il non dicibile. S. si sente libero di esprimere le sue perplessità circa sé stesso, la terapeuta è finalmente in grado di accoglierlo. Il caso clinico che si vuole presentare, intende mostrare il passaggio da uno stato di chiusura, di mascheramento che fino a quel momento, ha condizionato la vita del paziente, fino al disvelamento di sé stesso. Concentrata all'inizio sulla sua psicopatologia ossessiva colludendo acriticamente con la diagnosi psichiatrica, anche la terapeuta è stata deviata dal vero problema. Nel contesto psicoterapico terapeuta e paziente sono stati entrambi

Valeria Viviana Valenzano
Psicologa, Psicoterapeuta specializzata
presso la Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia Psicoanalitica
A.R.I.R.I. (Bari), PHD Student

Rita Gagliardi
Psicologa, Psicoterapeuta,
Direttrice della Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia Psicoanalitica
A.R.I.R.I. (Bari)

in grado di crescere insieme e di stabilire il clima migliore per la sua rivelazione.

PAROLE CHIAVE

Omonegatività, Omofobia, Omofobia Interiorizzata, Orientamento sessuale.

La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro condotto nel corso della formazione come psicoterapeuta, presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica A.R.I.R.I. Rispettando le normative relative alla privacy, i nomi delle persone e dei luoghi riportati in questo lavoro sono fittizi ed è stato modificato ogni elemento che potrebbe far identificare la persona di cui si parla.

OMOFOBIA: MINORITY STATUS E MINORITY STRESS

L'atteggiamento anti-omosessuale è rintracciabile sia nei singoli individui che nelle istituzioni e le due realtà di solito si alimentano a vicenda (Herek, 2007). Lo specifico concetto di omofobia, come lo aveva originariamente inteso Weinberg (1972), focalizza l'attenzione sulle cause individuali, ma trascura la componente culturale e le radici sociali dell'intolleranza.

Negli ultimi anni anche in Italia il *gay bashing*, l'aggressione non solo fisica, ma anche verbale e psicologica, nei confronti delle persone omosessuali, è un fenomeno tutt'altro che irrilevante e in preoccupante aumento, come tanti casi di cronaca mostrano (Lingiardi, 2007). Sul piano della ricaduta psicologica per la persona omosessuale, un numero crescente di ricerche ha indicato il pregiudizio e la discriminazione come fattori rilevanti e misurabili di stress. In particolare, è stato evidenziato come lo sviluppo psicologico della maggior parte delle persone omosessuali sia segnato da una dimensione di stress continuativo, macro e micro traumatico, conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione, casi di violenza. Questo fenomeno prende il nome di *minority stress* (Lingiardi et al., 2005; Meyer, 1995, 2003). Inoltre, il pregiudizio antiomosessuale può essere interiorizzato dalle stesse persone gay e

lesbiche, con modalità e misure diverse, rifiutando il proprio orientamento omosessuale. Si apre così la strada alla disistima o all'odio di sé, a emozioni e sentimenti di incertezza, inadeguatezza, inferiorità, senso di colpa e vergogna, all'incapacità di comunicare agli altri il proprio orientamento sessuale, alla pre-convincione di essere rifiutati a causa della propria omosessualità, all'identificazione con gli stereotipi denigratori più diffusi, compresa la condanna alla solitudine e a una vita infelice (Hamilton & Mahalik, 2009). Frequentemente si aggiunge il senso di colpa o di inadeguatezza nei confronti dei propri genitori, o comunque della famiglia d'origine in senso lato, per la sola ragione di essere omosessuali e spesso, in conseguenza a ciò, per l'idea di aver deluso o tradito le loro aspettative (Herek, Gillis, & Cogan, 2009). Si parla in questi casi di omofobia interiorizzata, e può compromettere il benessere e l'equilibrio psicologico e sociale, nonché l'affettività e la vita di relazione e di coppia della persona omosessuale (Frost & Meyer, 2009).

Entrando nel dettaglio il *Minority Stress Model* (Meyer, 1995, 2003) è uno dei modelli teorici maggiormente accettati nella letteratura scientifica di riferimento per la spiegazione delle condizioni che vivono e fronteggiano quotidianamente le minoranze sessuali. L'omofobia interiorizzata è una delle tre dimensioni, la più "soggettiva", che compongono il costrutto di Minority Stress (condizione di stress, acuto e cronico, a cui sono sottoposti quotidianamente i membri di una minoranza sessuale). Le altre due dimensioni del costrutto di Minority Stress sono lo stigma percepito e le esperienze vissute di discriminazione e violenza. Quest'ultima, la più "oggettiva" delle tre, può assumere caratteristiche traumatiche sia acute che croniche: un'esperienza di trauma acuto può essere quella di una coppia gay o lesbica che subisce un'azione di violenza mentre è a passeggio; un'esperienza di trauma cronico si verificherebbe soprattutto la manifestazione d'affetto rinunciando a camminare mano nella mano. La dimensione intermedia (stigma percepito), in parte soggettiva e in parte oggettiva, riguarda una tendenza allo



stress cronico: maggiore è la percezione del rifiuto sociale, maggiore è il livello di vigilanza per dissimulare la propria omosessualità e maggiore è il ricorso a strategie di coping inadeguate. È importante ricordare che tali tre dimensioni correlano e si potenziano vicendevolmente (**Fig. 1**).



Fig. 1 - Le tre dimensioni del Minority Stress in interazione tra loro, dalla più oggettiva alla più soggettiva (Lingiardi, Nardelli, 2014, p.36).

Meyer (1995) ha condotto una particolare ricerca che nei suoi risultati ha dimostrato che l'omofobia interiorizzata favorisce l'emergere di cinque indicatori distinti di distress: demoralizzazione, colpa, suicidio, risposta traumatica da stress relativa all'AIDS, problemi sessuali. Dagli studi di Allen e Oleson (1999) sono emersi un rapporto positivo tra vergogna e omofobia interiorizzata e un rapporto negativo tra omofobia interiorizzata e auto-stima. Gli stessi autori hanno anche rilevato che non è significativa la relazione tra l'età anagrafica in cui un dato individuo ha fatto coming out e la sua omofobia interiorizzata, bensì è significativa la relazione tra omofobia interiorizzata e il livello sociale in cui è stato fatto il coming out.

Lo *stigma percepito* riguarda il livello di vigilanza relativo alla paura di essere "identificati" come gay o lesbiche, per cui quanto maggiore è la percezione del rifiuto sociale, tanto più alto sarà il grado di allerta e sensibilità all'ambiente. Ne consegue che livelli elevati di *stigma percepito* possono comportare stati cronici di stress, dando vita a pensieri come "questo fatto è successo perché sono omosessuale", "devo stare attento a dire che sono gay, altrimenti mi discriminano". Rientra nella dimensione dello *stigma percepito* anche il timore per le relazioni che potrebbe suscitare il proprio coming out, per esempio in famiglia o sul posto di lavoro. (Lingiardi e Nardelli, 2014).

MINORITY STRESS: ESPRESSIONI E CORRELATI PSICOLOGICI

Il *Minority Stress*, in relazione al genere maschile o femminile, può assumere due dimensioni interconnesse, una esterna e una interna. La prima, di matrice interpersonale, è data dagli insulti, dagli scherni, talvolta dalle violenze, fino a forme più sottili e implicite come ricevere un diverso trattamento o essere evitati a causa del proprio orientamento sessuale, che la persona gay o lesbica è costretta a subire

perché non si uniforma alla rispettiva categoria maschile o femminile socialmente e culturalmente precostituita e accettata, quello che è comunemente definito non conformità di genere (*gender nonconformity*) (Kane, 2006). La seconda dimensione, interna all'individuo, potrà assumere forme cross-gender: i sentimenti omoerotici entrano in conflitto con le aspettative sociali e genitoriali (*gender stress*). Ne deriva lo smarrimento rispetto alla propria identità di genere, per cui un ragazzo gay può perfino arrivare a pensare di essere una ragazza, dal momento che è attratto dai ragazzi, così come una ragazza lesbica può arrivare a pensare di essere un ragazzo (*gender confusion*) (Bosson et al, 2006; Whitley, 2001). Inoltre, la maggior parte delle persone omosessuali è cresciuta in un contesto, che può essere definito controllante e inibente, in cui le emozioni diventano difficilmente riconoscibili e gestibili e, soprattutto, non verbalizzabili, al fine di rispettare le regole stabilite dal contesto socioculturale di appartenenza. Sembra infatti che l'assunzione dell'identità minoritaria omosessuale possa portare anche a una maggiore propensione all'alessitimia (Levant et al 2009). Si instaura così un conflitto invalidante tra l'ambiente e la propria identità.

La dimensione pluritraumatica, in cui molte persone gay e lesbiche si trovano a crescere e a vivere, e la corrispondente necessità di sviluppare

strategie di occultamento possono avere effetti negativi sullo sviluppo della personalità, con gravi ripercussioni al lavoro o a scuola, in famiglia, con gli amici e nella vita affettiva e sessuale (Frost et al. 2007). Oltre a ciò, tra le variabili che influenzano il minority stress giocano un ruolo importante il contesto e il privilegio sociale: l'esperienza della discriminazione nei confronti delle persone omosessuali può essere più sottile e implicita, ma non di meno traumatizzante, in contesti sociali più ricchi, con un maggior benessere economico, sebbene l'esperienza della discriminazione sembri comunque godere di una certa trasversalità sociale (Hamilton & Mahalik, 2009; Meyer, 2003; Waldo, 1999). Le esperienze di trauma cumulativo, che di sovente possono fare le persone omosessuali, implicano, come suddetto, anche l'uso sistematico di strategie di coping con un loro ruolo preponderante nelle dinamiche intra e interpersonali (Meyer, 2003).

LO SVILUPPO DELL'IDENTITÀ DI GENERE IN PSICOANALISI

Negli ultimi decenni si sono verificate grandi modificazioni nella teoria psicoanalitica: il pensiero freudiano è stato rielaborato da nuovi punti di vista, mettendo in luce l'importanza della fase pre-edipica nella costruzione dell'identità e sot-toponendo a severa critica alcuni assunti, in particolare i concetti di *invidia del pene* e *masochismo femminile*, circa la struttura della differenza sessuale e di genere. La sessualità, tradizionalmente considerata una forza istintuale che presiede alle dinamiche del desiderio, dello sviluppo psicologico e della psicopatologia (teoria psicosessuale), è vista dalla psicoanalisi relazionale contemporanea

(Greenberg, Mitchell, 1983; Michell, 1993; Dimen, Goldner, 2002, 2006) come una dimensione psichica e fisica a sua volta organizzata nel contesto delle "matrici relazionali".

Il discorso sulla sessualità viene progressivamente sganciato dal concetto metapsicologico di pulsione per concentrarsi sul ruolo dell'esperienza sessuale nel rapporto con gli "oggetti interni" e nella formazione e conservazione del senso di Sé. Se la teoria pulsionale classica considera gli impulsi e i desideri sessuali come propulsori dell'esperienza e del comportamento, riconoscendo nel sentimento del Sé un derivato di questi di questi movimenti fondamentali, gli autori a orientamento relazionale ribaltano questo rapporto. Questo radicale cambiamento di prospettiva sulla sessualità e sul suo significato nell'economia psichica dell'individuo ha notevoli ripercussioni sul modo di concepire l'identità di genere.

Grazie al contributo di Robert Stoller (1968), diventa centrale il concetto di *identità di genere nucleare* che preesisterebbe alla "scoperta" della differenza sessuale. Per Stoller, il bambino/la bambina è consapevole della sua mascolinità/femminilità in modo relativamente indipendente dallo stato dei cromosomi o dall'anatomia dei genitali; il fatto fondamentale è che i genitori "non hanno dubbi" sul genere del loro neonato. L'identità di genere che viene progressivamente a consolidarsi è quindi messa in relazione da Stoller ai processi di identificazione e disidentificazione secondo il modello teorico di Margaret Mahler¹.

Nel modello stolleriano, il senso di appartenenza all'uno o all'altro genere si crea molto precocemente, entro il primo anno e mezzo di vita, e rimane invariato per sempre. Questo nucleo

¹ La lettura proposta dalla Mahler del processo di sviluppo del bambino, oggi rivisitata in parte dall'Infant Research (Stern, 1998), prende il nome di separazione-individuazione e prevede: fase autistica normale (prime settimane di vita, in cui il bambino funziona come un sistema chiuso, lontano dal mondo esterno); fase simbiotica normale (maggiore sensibilità agli stimoli esterni e dall'assenza di differenziazione tra il sé infantile e la madre); fase di separazione-individuazione (che consta a sua volta di quattro sottofasi: differenziazione; sperimentazione; riavvicinamento; costanza dell'oggetto).



inalterabile dell'identità di genere ("sono maschio", "sono femmina") deve essere distinto da quell'insieme di convinzioni ("sono virile", "sono femminile") più sottili e dall'evoluzione più complicata, che si ottengono solo dopo che il bambino/a ha imparato ciò che intendono i genitori per mascolinità e femminilità.

L'identità nucleare di genere si sviluppa nell'individuo normale a partire da tre elementi:

1. l'anatomia e la fisiologia dei genitali;
2. l'atteggiamento dei genitori e dei familiari nei confronti del ruolo di genere del bambino;
3. una forza biologica (sistema endocrino e sistema nervoso centrale) in grado di influenzare il contesto ambientale.

Con lo sviluppo di sensazioni piacevoli e spiacevoli, gli organi genitali contribuiscono alla costituzione dell'io corporeo primitivo, al senso di Sé e alla consapevolezza del genere. L'identità di genere è però in gran parte determinata da forze psicologiche postnatali, quali per esempio le aspettative genitoriali, la loro stessa identità di genere, le identificazioni del bambino/a con i genitori, le gratificazioni e le frustrazioni libidiche. Ricerche condotte da Stoller mostrano come, anche nei bambini maschi nati senza pene, si sviluppi un'identità nucleare di genere maschile con la "creazione" di un pene simbolico.

Parlando della sessualità femminile, Stoller (1968) mette in discussione l'ipotesi freudiana dell'esistenza di due fasi, la prima con carattere maschile, e la seconda con caratteri femminili. Per Stoller la bambina è da subito consapevole dell'esistenza della vagina; per Freud, invece, non esistono aspetti primari di femminilità, che sarebbe raggiungibile solo dopo la risoluzione di conflitti, il superamento della delusione e la rinuncia.

Mentre per la prima generazione di analiste critiche (Thompson, Horney, Klein) l'argomento controverso era la femminilità, ora, con gli studi stolleriani sul genere, anche la *mascolinità* diventa oggetto di discussione e riesame. Per stabilire l'identità di genere, il bambino deve disidentificarsi dalla madre e identificarsi con il padre, dovrà così compiere un percorso evolutivo più

complicato di quello della bambina. Contrariamente alla posizione di Freud, per cui la mascolinità è lo "stato naturale" e la femminilità è una modifica di questa, secondo Stoller lo sviluppo della mascolinità nel maschio pone problemi particolari. Mentre la bambina, per diventare "femminile", non deve modificare la sua relazione con la madre, il bambino deve disidentificarsi da questa, stabilendo il suo genere e la sua identità attraverso una discontinuità e una differenziazione rispetto alla persona cui è più attaccato. Tale processo di *disidentificazione dalla madre* è il passaggio obbligato per la conquista maschile dell'identità e dell'individualità (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Stoller (1968) elabora i suoi concetti nell'ambito del famoso studio clinico sul *transessualismo*, individuando una serie di elementi costanti e determinanti:

- a) eccessive identificazioni con la madre;
- b) madre incapace di permettere al figlio di separarsi dal proprio corpo (la madre tratta il bambino come parte del proprio copro perciò come parte della propria identità, fino ad arrivare a una vera e propria simbiosi con il figlio);
- c) assenza/carenza di riferimento paterno.

Come possiamo dedurre da quanto espresso in precedenza, quindi, fino alla prima metà del secolo scorso era credenza comune, ma spesso anche scientifica, che il sesso biologico determinasse il genere (identità e ruolo) di un individuo e, "di conseguenza", il sesso e il genere del partner sessuale e/o romantico. In altri termini si tendeva a far coincidere, senza scarti e infrazioni, sesso, genere e orientamento sessuale. La psicopatologia psichiatrica di fine Ottocento e inizio Novecento (Krafft-Ebing et al. 1886; Hirschfeld, 2002) e la psicoanalisi delle origini hanno contribuito a mantenere questo malinteso (Dimen, Goldner, 2002; Lingiardi, 2007; Lingiardi, Luci, 2006).

È solo a partire dagli anni Cinquanta e Sessanta, prima con Harry Benjamin e John Money, poi con Robert Stoller, che il transessualismo acquisisce una dimensione autonoma e, inevitabilmente, "connotazione diagnostica". «Preferisco limitare l'impiego della parola sesso», scrive Stoller (1968,

pp. 9-10), a una connotazione biologica (...). Il genere è un termine che ha delle connotazioni psicologiche o culturali, più che biologiche. Se i termini appropriati per il sesso sono "maschio" e "femmina", i termini corrispondenti per il genere sono "maschile" e "femminile"; questi ultimi possono essere totalmente indipendenti dal sesso (biologico)».

La "costruzione" di un equilibrio "personale" tra l'esperienza del proprio corpo, il sentimento della propria identità e la posizione psicologica e sociale rispetto alle categorie di "maschile" e "femminile" è un compito difficile e spesso in progress, al servizio del raggiungimento di un senso soggettivo di benessere psichico e relazionale. Si tratta sempre di una formazione di compromesso con le richieste della biologia, della cultura e della storia personale, alla luce di una necessità individuale di soluzioni fluide o, al contrario, fortemente polarizzate (Newman, 2002).

In sintesi oggi la comunità scientifica considera che l'identità di genere debba riferirsi alla percezione e alla consapevolezza che la persona ha di se stesso come individuo maschile, femminile o ambivale. Questo significa che la persona potrebbe non identificarsi necessariamente né con il genere femminile né maschile, in questo caso si parla di persone transgender.

Altro concetto importante che chiarisce molti aspetti della sessualità è la differenza tra l'identità di genere e il ruolo di genere, infatti quest'ultima riguarda tutto ciò che una persona dice o fa per esprimere agli altri o a se stesso la propria femminilità, mascolinità o ambivalenza, attraverso comportamenti ritenuti appartenenti ad un ruolo maschile o femminile in una data società e in un certo momento storico-culturale.

Inoltre l'identità di genere si distingue anche dall'orientamento sessuale che rappresenta la modalità di risposta ai diversi stimoli sessuali e ne determina l'attrazione e la scelta di partner maschili, femminili o entrambi.

Si comprende quindi che per la definizione di identità sessuale di una persona, nel tempo le cose sono diventate molto più complesse rispetto alla

semplice attribuzione dovuta alla assegnazione biologica alla nascita. Identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale sono dimensioni costitutive dell'identità sessuale di una persona che andrebbero prese in considerazione separatamente poiché indipendenti.

Nonostante la maggiore conoscenza e consapevolezza circa la complessità con cui è necessario approcciarsi a una problematica di identità sessuale, ancora oggi questo non è del tutto neutrale. Come è facilmente constatabile, nella nostra società, il grado di omofobia sociale che ci circonda è piuttosto elevato, sviluppando inevitabilmente atteggiamenti omonegativi da parte delle persone omosessuali. Come conseguenza e in maniera del tutto evidente la formazione e l'affermazione della propria identità da parte di individui omosessuali (gay e lesbiche) rimane un percorso molto impegnativo e tortuoso.

Nel 1988 Gonsiorek ha coniato il termine di "omofobia internalizzata" per indicare proprio quel processo di "introiezione" da parte di gay e lesbiche di impulsi anti-omosessuali prevalenti nella società. Esso si può tradurre in comportamenti, sentimenti e atteggiamenti negativi verso caratteristiche omosessuali sia proprie che degli altri. L'omofobia interiorizzata, quindi, è proprio quel processo di accettazione passiva (a volte consapevole ma nella maggior parte delle situazioni inconsapevoli) da parte delle persone omosessuali, di tutti quei pregiudizi, le discriminazioni e i comportamenti denigratori tipici della cultura omofoba attuale che incide profondamente sul benessere psico-fisico delle persone omosessuali, agendo in alcuni casi come veicolo o promotore di patologia.

In altri termini è come se la persona, che durante il suo sviluppo comincia a diventare "consapevole" della sua omosessualità, la negasse anche a se stessa/a, aderendo in maniera passiva alla cultura omofoba dilagante, mettendo in totale discussione la costruzione del Sé con sentimenti di inferiorità, di colpa e con una sensazione di essere profondamente sbagliato/a.

Certamente il grado di omofobia interiorizzata



non è un processo del "tutto o niente", ma può variare da persona a persona, in base a diversi fattori. Soprattutto incide la struttura di personalità e la "forza" dell'io, ma incidono anche fattori familiari, il grado di omofobia della propria famiglia di origine, fattori sociali-culturali in cui la persona omosessuale vive.

Infine bisogna considerare anche che, al processo di omofobia interiorizzata contribuisca la preoccupazione che l'omosessualità possa essere considerata in termini di "stigma sociale", poiché le persone omosessuali temono di non essere valutate e valorizzate in relazione alle proprie capacità, ma soltanto per il proprio orientamento sessuale (Lingardi, 2007; Bertone, 2009).

IL CASO DI S.

Il caso clinico che si vuole presentare, intende mostrare il passaggio da uno stato di "chiusura", di mascheramento che ha condizionato la vita di S. fino a quel momento, al disvelamento di sé stesso all'interno di un contesto psicoterapeutico "sporcato" da una diagnosi psichiatrica, in cui terapeuta e paziente sono cresciuti insieme stabilendo il clima migliore affinché tale svelamento potesse avvenire.

S. comincia il suo percorso psicoterapeutico già con una diagnosi, effettuata dal medico psichiatra di riferimento. Il Disturbo Ossessivo Compulsivo, per il quale è anche curato farmacologicamente, è fin da subito all'interno della terapia una "presenza" costante.

Durante i primi colloqui, S. riporta costantemente il suo malessere circa la presenza di questi pensieri estremamente intrusivi e i comportamenti ossessivi che ne derivavano, che non lo abbandonano mai e della sofferenza che gli crea dover sempre sentirsi costretto a "obbedire" a quello che gli suggerisce la sua mente.

L'inquadramento diagnostico che viene sviluppato da subito è in linea con quanto espresso dallo psichiatra, data l'evidenza sia dei pensieri che dei comportamenti ossessivi, della ruminazione mentale, del riverbero che questi pensieri hanno sulla vita quotidiana e sul benessere di S.

Data la diagnosi psichiatrica, durante i primi sei mesi di psicoterapia, la terapeuta si sofferma molto con S. su riflessioni circa questi pensieri ossessivi, se ne monitorano la costanza e la pervasività. Durante questo arco di tempo, gradualmente, sia i pensieri che i comportamenti ossessivi diminuiscono notevolmente, S. è sempre più rilassato e aperto verso gli altri. Appare più desideroso di fare nuove esperienze tanto da crearsi un gruppo di amicizie e in particolare un "amico del cuore" (come lo definisce lui stesso) con il quale condivide molti momenti di gioia.

Questo cambiamento repentino dei comportamenti di S. e soprattutto la maggiore padronanza nel gestire i suoi disturbi ossessivi dopo poco più di sei mesi dall'inizio della terapia, fanno sorgere delle riflessioni e dei dubbi circa la diagnosi iniziale con cui è stato intrapreso il lavoro con questo paziente.

Aiutata da una seduta di Supervisione, la terapeuta è stata sollecitata a riflettere sulle problematiche di identità e soprattutto di identità di genere di S. e sull'ipotesi che le sue difese ossessive avrebbero potuto celare qualcosa di significativo, probabilmente una paura a scoprirsi omosessuale. Come afferma Rothman (2012) una delle emozioni che provano i figli gay e lesbiche è la paura: si tratta essenzialmente della paura di essere rifiutati e di deludere i genitori, aspettandosi una reazione sfavorevole al loro svelamento. La paura, inoltre, compromette l'esplorazione del mondo sociale e ostacola lo svincolo dai genitori: anticipare un rifiuto da parte dei genitori equivale a sentire di averli persi come base sicura, a credere che non ci si possa rivolgere a loro sul tema dell'omosessualità e che non si possa chiedere il loro aiuto, in definitiva equivale a ritenere che manchi il loro supporto. Questo stato può essere sperimentato anche con i pari e gli altri adulti significativi, con il rischio di sviluppare un senso di mancanza della possibilità di ricevere aiuto poiché immeritevoli di supporto; al contrario, chi sente di aver consolidato una base sicura alternativa alla famiglia o avverte come solido il legame con i propri genitori decide più facilmente di rivelarsi (Pachankis et al.,

2008; Wright & Perry, 2006).

S. probabilmente bloccato dalla paura e dall'ansia che avrebbe creato fare outing, ha "innalzato" delle difese ossessive, con l'obiettivo di *gestire* (a suo modo) le emozioni suscite dal suo disorientamento.

Lingiardi e Nardelli esplicano il termine *coming out* descrivendolo con l'espressione "uscire dal ripostiglio" e, figurativamente, "rivelare il proprio orientamento agli altri". La *closetedness* è la condizione di mascheramento che caratterizza l'esistenza fino a quel momento. Quando l'individuo è ancora in questa condizione viene detto *closeted*, termine traducibile come *velato* (Lingiardi, Nardelli, 2014).

Chi è nel "closet" può non riconoscere o comunque non riuscire a comunicare agli altri le proprie fantasie e i propri desideri omoerotici, proprio come accade con S. Chi riesce ad approdare a uno stadio successivo di solito ricorda e descrive questo stato mentale come "Non volevo/non potevo riconoscere questi sentimenti". Per chi è velato, i sentimenti legati alle attrazioni omoerotiche possono essere inaccettabili, inaccessibili alla consapevolezza e non integrati nell'immagine che vogliono comunicare all'esterno. È possibile rimanere in questa condizione per tutta la vita. Sul piano soggettivo, una persona che non ha fatto coming out potrebbe dire a se stessa che non ha sentimenti omosessuali veri e propri o, se ne è cosciente, potrebbe attribuirvi altri significati oltre all'omosessualità (per esempio "una fase transitoria").

Nella prospettiva sulliviana, la maggior parte delle persone utilizza varie tipologie di difese con l'intento di "proteggersi" da angosce più profonde. I meccanismi di difesa, cioè le modalità con cui vengono fronteggiati i conflitti emotivi e le fonti interne o esterne di stress (Lingiardi, Madeddu, 2002), possono essere connessi con le dinamiche relative all'omofobia interiorizzata. Nel caso di S., infatti, è stato possibile osservare che sono state messe in gioco inconsapevolmente delle difese ossessive proprio con l'obiettivo di gestire i conflitti emotivi derivanti dall'omofobia interiorizzata. Poche sedute dopo che la terapeuta è diventata

maggiormente consapevole del funzionamento psichico di S., in maniera del tutto inaspettata egli si sente pronto e accolto nell'affrontare la confusione circa la sua identità e il suo orientamento sessuale che da anni lo faceva soffrire. Inizia a parlare delle sue relazioni e di quanto facesse fatica a leggersi dentro e capire come comportarsi. Sembra genuinamente confuso e preoccupato di non comprendere cosa realmente cercasse in una relazione amorosa.

Al termine di questa seduta densa e ri-velatrice è sembrato molto suggestivo riflettere sull'effetto "domino" che l'incontro di Supervisione aveva prodotto con questo "abbattimento" di barriere mentali. Inoltre è stata possibile una riflessione più mirata sulle indicazioni di Cramer (1998) circa le difese ossessive:

«...un'operazione mentale...inconsapevole, la cui funzione è di proteggere l'individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la psicoanalisi classica, tale ansia si manifesterebbe nel caso in cui l'individuo diventasse consci di pensieri, impulsi o desideri inaccettabili. In una moderna concezione delle difese, una funzione ulteriore è la protezione del Sé, dell'autostima, e in casi estremi, dell'integrazione del Sé. Le persone che impiegano difese ossessive tengono costantemente occupata la mente, per evitare di precipitare in esperienze caotiche ed insopportabili legate all'eventualità che capiti loro di pensare qualcosa di sconvolgente. Questa condizione è resa ancora più difficile dalla presenza di un "giudice interno" molto severo, che non tollera la possibilità di espandere il pensiero in direzioni non previste ed eventualmente trasgressive.»

A seguito di quanto si veniva man mano chiarendo nella mente della terapeuta circa il funzionamento mentale e difensivo di S., e spinta da questo ad approfondire i concetti di Omofobia Interiorizzata e difese ossessive, e quindi a riflettere circa la modalità con cui S. esprimeva il suo disagio, in qualche modo è stato possibile accogliere i dubbi e le inquietudini di S. sulla la propria sessualità. Inquietudini e ansia di tale portata da mettere a serio rischio l'integrazione del Sé. Per evitare questo "crollo" rovinoso di disintegrazione, S. aveva cercato di proteggersi inconsapevolmente schierando



un apparato mastodontico di difese ossessive, proteggendosi dalla consapevolezza circa la sua identità e dalla presa di coscienza dei suoi pensieri, impulsi e desideri ritenuti inaccettabili sia da se stesso che dagli altri.

CONCLUSIONI

L'omosessualità è ancora oggi causa di grandi sofferenze, ma gli studi passati in rassegna ci consentono di affermare che le motivazioni non vanno ricondotte a questa in sé per sé, quanto piuttosto alla società omofoba, eterosessista, eteronormativa e fortemente influenzata dai contesti religiosi in cui un soggetto omosessuale è inserito.

Il riconoscimento dell'impatto deleterio e patologico che l'omofobia interiorizzata può avere sullo sviluppo di gay e lesbiche e sul loro funzionamento psicologico è stato quindi un importante passo avanti nella gestione della terapia con S. (quando la mente della terapeuta è stata pronta ad accogliere gli aspetti inconsci più pericolosi del paziente, questi è riuscito ad allentare l'armatura difensiva e a condividere con la terapeuta i propri pensieri, impulsi e desideri ritenuti inaccettabili fino ad allora).

Anche per quei ricercatori e quei clinici che non si occupano particolarmente di questioni LGBT, lo sviluppo di specifiche conoscenze e competenze a tal riguardo può comunque essere un importante arricchimento personale e professionale, anche in virtù della crescente richiesta di aiuto e di intervento da parte di persone gay e lesbiche, e a volte di coppie, principalmente per specifici motivi (difficoltà, conflitti, disagi, fino a psicopatologie conclamate) legati alla loro appartenenza a una minoranza sessuale.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, D.J., & Oleson, T. (1999). Shame and internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 37(3), 33-43.
- Bertone, C. (2009), Le omosessualità, Carocci, Roma
- Bosson, J.K., Taylor, J.N., & Prewitt-Freilino, J.L. (2006). Gender role violations and identity misclassification: The roles of audience and actor variables. *Sex roles*, 55(1/2), 13-24.
- Chiari C., Borghi, L. (2009), Psicologia dell'omosessualità. Identità, relazioni familiari e sociali, Carocci, Roma.
- Cramer, P. (1998). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 879-894.
- Dimen, M., & Goldner, V. (2006). *La Decostruzione del Genere*. Hoepli Editore.
- Dimen, M., & Goldner, V. (Eds.). (2002). *Contemporary theory series. Gender in psychoanalytic space: Between clinic and culture*. New York, NY, US: Other Press.
- Dimen, M., & Goldner, V. (Eds.). (2002). *Contemporary theory series. Gender in psychoanalytic space: Between clinic and culture*. New York, NY, US: Other Press.
- Freud S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile. Opere*, 11: 497-535. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S.; (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Tr. It. In Opere, vol. 4. Boringhieri, Torino 1970.
- Frost, D.M., & Meyer, I.H. (2009). Internalized Homophobia and Relationship Quality Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97-109.
- Frost, D.M., Parsons, J.T., & Nanín, J.E. (2007). Stigma, Concealment and Symptoms of Depression as Explanations for Sexually Transmitted Infections among Gay Men. *Journal of Health Psychology*, 12(4), 636-640.
- Garelli, F. (2000), I giovani, il sesso, l'amore, Il Mulino, Bologna.
- Greenberg, J.R.; Mitchell, S.A. (1993). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Il Mulino.
- Hamilton, C.J., & Mahalik, J.R. (2009). Minority Stress, Masculinity, and Social Norms Predicting Gay Men's Health Risk Behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132-141.
- Herek, G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925.
- Herek, G.M., Gillis, J.R., & Cogan, J.C. (2010). Internalized Stigma Among Sexual Minority

- Adults: Insights From a Social Psychological Perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32-43.
- Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., & Perlis, R. H. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, second edition. In N. C. Numerous Contributors (Ed.), *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002* (p. 547-634). American Psychiatric Association.
- Kane, E. (2006). "No way my boys are going to be like that!" Parents' responses to children's gender nonconformity. *Gender & Society*, 20(2), 149-176.
- Klein, M. (1945). The oedipus complex in the light of early anxieties. *Int. J. Psychoanal.*, 26:11-33.
- Krafft-Ebing, R. (1886) *Psicopatia Sessuale*, Forgotten Books.
- Levant, R.F., Halter, M.J., Hayden, E.W., & Williams, C.M. (2009). The Efficacy of Alexithymia Reduction Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Men's Studies*, 17(1), 75-84.
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano: Gruppo editoriale il Saggiatore S.p.A.
- Lingiardi, V., Falanga, S., & D'Augelli, A.R. (2005). The Evaluation of Homophobia in an Italian Sample: An Exploratory Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 81-93.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Luci, M. (2006). L'omosessualità in psicoanalisi. In P. Rigliano, M. Graglia, Gay e lesbiche in psicoterapia, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 1-72.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I Meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Nardelli, N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche gay bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meyer, I.H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Mitchell, M. (1993). Situational interest: Its multifaceted structure in the secondary school mathematics classroom. *Journal of Educational Psychology*, 85(3), 424-436.
- Newman, L.K. (2002). Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 352-359.
- Pachankis, J.E., Goldfried, M.R., & Ramrattan, M.E. (2008). Extension of the Rejection Sensitivity Construct to the Interpersonal Functioning of Gay Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 306-317.
- Pietrantoni, L., Prati, G. (2011). *Gay e lesbiche. Quando si è attratti da persone dello stesso sesso*, Il Mulino, Bologna.
- Rothman, E.F., Sullivan, M., Keyes, S., & Boehmer, U. (2012). Parents' Supportive Reactions to Sexual Orientation Disclosure Associated With Better Health: Results From a Population-Based Survey of LGB Adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality*, 59(2), 186-200.
- Stern, D. N. (1998) *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, Science House, New York City.
- Waldo, C.R. (1999). Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 218-232.
- Weinberg, G. (1972). *Society and the Healthy Homosexual*. Boston, MA: Alyson Publications.
- Whitley, B.E., Jr. (2001). Gender-Role Variables and Attitudes Toward Homosexuality. *Sex Roles*, 45(11/12), 691-721.
- Wright, E.R., & Perry, B.L. (2006). Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 81-110.



CONSIDERAZIONI SU UN CASO DI DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ IN COMORBIDITÀ CON DISTURBO BIPOLARE E ANORESSIA NERVOSA

Gianvito Lagravinese

psicologo, "Istituto Santa Chiara"

Laura Miglietta

Psicoterapeuta, "Istituto Santa Chiara"

Rosa Fanelli

Psicoterapeuta, "Istituto Santa Chiara"

Antonio Leo

Neurologo, direttore sanitario,
unità funzionale di riabilitazione
"Istituto Santa Chiara"

RIASSUNTO

La comorbilità del disturbo bipolare (BD) e del disturbo borderline di personalità (BPD) mette a dura prova la formulazione di una corretta diagnosi e la conseguente pianificazione di un trattamento adeguato ed efficace. Il presente articolo descrive la storia di una paziente con comorbilità BD-BPD, (in anamnesi) e con una precedente diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (DCA). In particolare, viene discusso lo sviluppo della sintomatologia della paziente nell'arco di vita a sostegno dei dati presenti in letteratura scientifica ed esaminata l'insorgenza dei disturbi in relazione all'anamnesi clinica della paziente. Dal caso emerge come il BPD, non trattato precocemente, possa aver favorito l'insorgenza di BD, specialmente nei contesti ambientali di sviluppo sfavorevoli

vissuti dalla paziente. Infine, viene discussa la possibilità che la comparsa di DCA in caso di comorbilità con BPD-BD possa essere un sintomo che copre i disturbi BPD-BD sottostanti.

INTRODUZIONE

Il disturbo borderline di personalità (BPD) e il disturbo bipolare condividono numerose caratteristiche comuni tra cui i criteri diagnostici ed eziopatogenetici, i sintomi clinici e, pertanto, mostrano alti tassi di comorbilità (Bayes & Parker, 2017; Fiorentini, Cremaschi, & Prunas, 2019; Paris & Black, 2015; Zimmerman et al., 2015).

La co-presenza dei disturbi è stata largamente documentata (Fonseka et al., 2015; McDermid et al., 2015; Zimmerman et al., 2014; Zimmerman et al., 2015), con circa il 20% dei pazienti

con BPD che mostra una condizione di comorbidità per BD e circa il 15% di comorbidità dei pazienti con BD per BPD (Fiedorowicz & Black, 2010). Inoltre, alcuni studi hanno riportato che tra i pazienti BD, il 20% dei pazienti bipolari di tipo II abbia ricevuto una diagnosi di BPD, mentre il tipo I solo il 10% (Fornaro et al., 2016; Zimmerman et al., 2014).

Pertanto, a causa delle somiglianze tra le due condizioni, clinici e ricercatori si sono interrogati se il BPD debba essere considerato un disturbo affettivo o di personalità (Galion & Zimmerman, 2010; Parker, 2014) come parte dello stesso spettro (Wilson et al., 2007). Come riportato da Akiskal e collaboratori, tra gli anni '80 e '90 (Scandinavica & Akiskal, 2004), il BPD può agire da precursore del BD, favorendo lo sviluppo di una più ampia concettualizzazione dello spettro bipolare. Al contrario, altri hanno osservato marcate differenze tra i due disturbi e considerano i disturbi BPD e BD come due condizioni totalmente distinte (Zimmerman, Balling, Dalrymple, & Chelminski, 2019; Zimmerman et al., 2014). Infatti, l'eziologia, la durata degli episodi, gli stati d'animo e la prognosi, i sintomi, la risposta ai trattamenti farmacologici e la reattività all'impulso potrebbero costituire la chiave per distinguere i disturbi (Feliu-Soler et al., 2013; Gago, Sierra, & Livianos).

Ad ogni modo, alcuni studi che si sono concentrati sui sintomi sostanziali condivisi al fine di consentire una distinzione più coerente dei disturbi e delle loro caratteristiche, non hanno trovato alcuna relazione tra i sintomi del BPD e quelli del BD (Barroilhet, Vöhringer, & Ghaemi, 2013; Benazzi, 2008). Al contrario, altri studi hanno messo in evidenza alcuni pattern sintomatici tipici, quali l'instabilità emotiva e delle relazioni interpersonali, l'impulsività e i tentativi di suicidio, a supporto della relazione tra i disturbi (Antoniadis, Samakouri, & Livaditis, 2012; Hatchett, 2010; Ruggero, Zimmerman, Chelminski, & Young, 2010). Seppure i sintomi sopra riportati possano ritrovarsi in entrambe le condizioni cliniche, secondo diversi autori, è

anche vero che le modalità in cui si manifestano potrebbero essere diverse e quindi costituire, all'occhio del clinico, un indice di differenziazione. A sostegno di tale considerazione, alcuni autori sostengono che le sopraccitate caratteristiche possano essere riconosciute nei due disturbi. Ad esempio, l'impulsività è considerata principalmente episodica e correlata agli episodi d'umore nel BD, mentre nel BPD è più pervasiva, correlata maggiormente ad ostilità, disregolazione emotiva, paura di abbandono e assenza di pianificazione (Koenigsberg, 2010; Perugi et al., 2013). Proseguendo, anche l'instabilità affettiva, che è legata alle circostanze ambientali nel BPD, non sembra esserlo nel BD, in quanto solo parzialmente associata a fattori di stress ambientale (Gago et al.). Inoltre, è interessante notare che caratteristiche definite come tipiche del BPD, come l'instabilità affettiva, l'impulsività, l'automutilazione e il suicidio, si osservano nei pazienti affetti da BD con prognosi peggiore (Riemann et al., 2017).

Il numero esiguo di evidenze e i dati contrastanti presenti in letteratura non creano accordo tra i clinici e la diagnosi differenziale tra i disturbi rimane ancora controversa. Nell'attività clinica tale mancanza di accordo potrebbe portare i professionisti a prestare attenzione a sintomi che si sovrappongono tra le due diverse condizioni psicopatologiche o che si manifestano con sfumature differenti, portando a diagnosi e/o trattamenti errati (Bayes et al., 2016).

Sulla base dei dati di base fin'ora discussi, il presente articolo mira ad illustrare un complesso caso di comorbidità BPD-BD, precedentemente diagnosticato come disturbo alimentare (DCA).

PRESENTAZIONE DEL CASO

La paziente I., una donna di 21 anni, è giunta alla nostra attenzione clinica per la valutazione di sintomi depressivi. Durante le visite poli-specialistiche, effettuate dal neurologo e dalla psicoterapeuta, sono emersi sintomi di anergia, astenia, motivazione ridotta, isolamento sociale, umore instabile, disturbi del sonno,



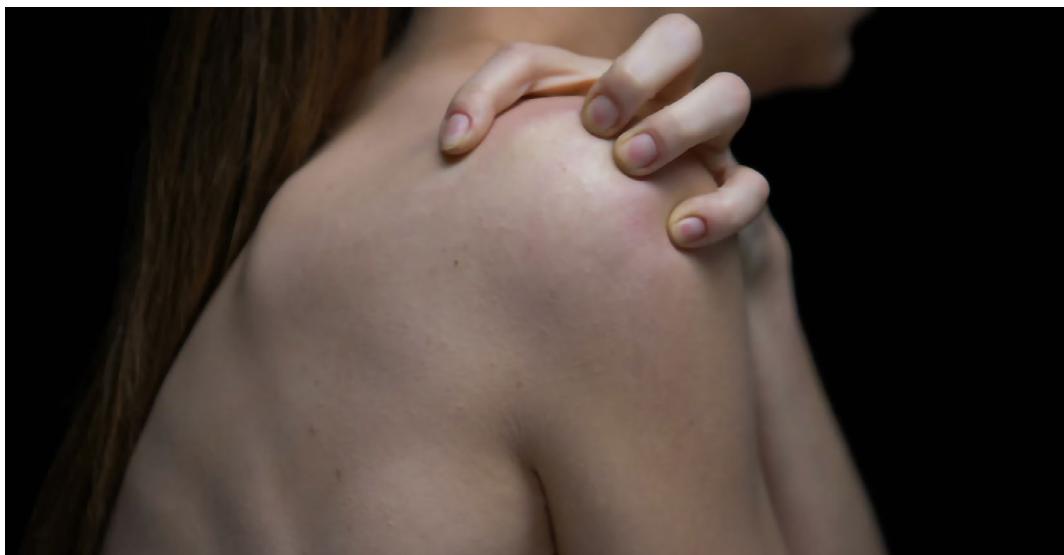
scarsa accettazione fisica e compromissione dell'immagine di sé. I comportamenti alimentari disfunzionali sono apparsi per la prima volta all'età di 9 anni per far fronte all'isolamento, alla noia e allo stress causati dai conflitti familiari. Durante condizioni di stress intenso, l. è ricorsa a comportamenti autolesionistici (come colpire la testa contro il muro). L'ambiente familiare era caratterizzato da numerosi e costanti episodi di violenza domestica e l. riporta che i genitori non erano in grado di controllare la rabbia. La paziente, inoltre, riferisce di essere stata vittima di violenza sessuale all'età di 5 anni. Il padre viene descritto come *"umorale e spesso emotivamente instabile"* e il rapporto tra i due viene definito come evitante. La madre, invece, è rappresentata come una *"minaccia imprevedibile"* e il loro rapporto si pone tra l'ambivalente e il disorganizzato.

La paziente ha sofferto del suo aspetto fisico e riporta di aver messo in atto comportamenti di abbuffata in misura sempre maggiore per far fronte all'abbandono, ai sentimenti cronici di vuoto e ai sentimenti di rabbia intensa fino alla scuola media.

All'età di 12 anni, ha cercato di perdere peso perché vittima di bullismo da parte dei coetanei. Il

bullismo subito ha portato la paziente ad incrementare l'isolamento sociale, con conseguenti effetti sul discontrollo della rabbia e l'ideazione paranoica.

A 14 anni, la paziente è stata vittima di aggressioni violente da parte di sua madre a causa di opinioni contrastanti durante una conversazione. Durante il liceo, ha provato persistenti sentimenti di solitudine, rabbia e ansia che possono aver avuto un ruolo sulle sue prestazioni scolastiche. Sempre durante il liceo, la paziente riporta un sostanziale aumento di abbuffate che hanno determinato una condizione di sovrappeso. Dal colloquio con la paziente, emergono diversi episodi dominati da significativi cambiamenti di comportamento, caratterizzati da autostima ipertrofica, riduzione del peso corporeo, riduzione della necessità di dormire, maggiore loquacità, flusso rapido di pensieri, aumento dell'attività finalizzata e distraibilità. In contrapposizione a tali episodi, la paziente ha riferito di sperimentare periodi depressivi più lunghi e ricorrenti, caratterizzati da mancanza di motivazione, dalla ridotta capacità di pensare o concentrarsi, dal passare la maggior parte del tempo a letto, da bassa autostima, inappropriato senso di colpa e affaticamento. Inoltre,



I. riporta ritmi instabili di veglia, in cui cicli di insonnia e sonno normale si alternano durante l'anno. Dall'età di 15 anni, la paziente fuma 3 sigarette all'ora e quantitativi non specificati di cannabis ogni giorno, beve 6 caffè al giorno e 2 birre ogni sera. A detta della paziente, l'uso della cannabis è stato successivamente sospeso a causa del percepito incremento della sintomatologia depressiva. Insieme alle scorrette abitudini, la paziente ha menzionato ricorrenti comportamenti autodistruttivi, come il tagliarsi per affrontare eventi stressanti di vita. Alla stessa età, I. ha incontrato una ragazza con cui ha intrapreso un'intensa relazione interpersonale per 1 anno circa, che l'ha aiutata a perdere peso fino a quando, all'età di 16 anni, è stata ricoverata presso il Centro per i disturbi alimentari con un BMI di 16 kg / m² (sottopeso grave). Qui, la paziente ha ricevuto una diagnosi di anorexia nervosa (AN) e sono stati identificati i tratti di BPD. Un anno dopo, all'età di 17 anni, le è stato diagnosticato il BD. Da quando ha fatto ingresso presso il centro, la paziente è stata trattata farmacologicamente con Setralina, Alprazolam e Sodio Valproato. Le terapie farmacologiche sono state successivamente abbandonate quando I. raggiunse un BMI di 21,33 kg / m² (normativo) e abbandonò il Centro.

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

Considerando la sintomatologia e i precedenti aspetti clinici di cui sopra, la paziente è stata sottoposta a test psicodiagnostici. Dalla somministrazione del questionario *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, & Dahlstrom, 2001) è emersa un'alta sensibilità alle critiche e al giudizio esterno, la presenza di rimuginio, rigidità moralistica associata ad una significativa deflessione del tono dell'umore, un forte senso di colpa, di inadeguatezza ed una visione negativa del futuro. Sono emersi tratti impulsivi, associati a momenti di aumentata fuga delle idee e loquacità. Inoltre, il test ha identificato sentimenti di alienazione, convinzione di essere

costantemente fraintesi, maggiore sospettosità nei confronti degli altri e una visione del mondo come minaccioso.

Dalla somministrazione dell'intervista clinica strutturata basata sui Disturbi della personalità del DSM-5 (SCID 5-PD) (Somma et al., 2017), sono stati soddisfatti i criteri per il disturbo borderline di personalità. In effetti, la donna ha riportato di avere una percezione alterata della propria immagine, labilità emotiva, sentimenti di vuoto e isolamento sociale, umore instabile per gran parte della giornata, impulsività e rabbia inappropriata ed ideazione paranoide transitoria correlata allo stress.

L'intervista clinica strutturata basata sui criteri diagnostici del DSM-5 (SCID-5 CV) (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2017) ha rivelato che la paziente soddisfa anche la diagnosi per il disturbo bipolare I, come confermato da quanto emerso durante il colloquio. Infatti, la paziente ha riferito la presenza di periodi della durata di una settimana, caratterizzati da un umore elevato, espanso ed irritabile, accompagnato da un aumento dell'attività finalizzata e delle energie. Durante tali periodi, emergevano sintomi caratteristici del BD di tipo I quali l'autostima ipertrofica, diminuito bisogno di sonno, maggiore loquacità del solito, un flusso rapido di pensieri, distraibilità e maggiore energia. L'episodio si contrapponeva ad un periodo più lungo e più costante, della durata di due settimane, di episodio depressivo maggiore caratterizzato da sentimenti di vuoto e tristezza, marcato calo di interesse per qualsivoglia attività, ipersonnia, sensi di colpa eccessivi, mancanza di energie e pensieri di morte ricorrenti senza un piano specifico o tentato suicidio.

TRATTAMENTO

La paziente ha seguito un programma terapeutico che consisteva in una sessione di psicoterapia di un'ora, per due volte a settimana. L'adozione delle tecniche di Terapia cognitivo-comportamentale è stata scelta come trattamento di prima linea, in quanto supportato



dalle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) per il trattamento dei casi di comorbidità BPD-BD (Goodwin et al., 2016).

La ragazza è giunta con la richiesta di modificare il proprio comportamento alimentare e migliorare il tono dell'umore. Nelle prime fasi l'intervento è stato volto a chiarire il funzionamento di personalità della paziente e correlarlo al comportamento alimentare ed ai cambi umorali. Nel corso delle sedute è stato sottolineato come i disturbi rilevati siano il risultato della predisposizione biologica, del contesto ambientale/esperienziale e della combinazione di questi due fattori nel corso del suo sviluppo individuale. Affinché il percorso terapeutico potesse avviarsi, si è posto come obiettivo immediato da raggiungere l'operare sulla paralisi della volontà e sulla tendenza a procrastinare, entrambe mantenute dalla difficoltà nella pianificazione d'azione. Infatti, poiché tali modalità comportamentali hanno contribuito ad appiattire il suo senso di autoefficacia e autostima, si è proposta una riattivazione comportamentale graduale.

Nel corso della terapia, si è posta particolare attenzione all'individuazione delle situazioni che potrebbero aumentare il rischio di una potenziale perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione (sia in eccesso, che in difetto). Successivamente, è stata introdotta la pianificazione autonoma dei pasti. Dopo il lavoro prettamente comportamentale, è stato inserito il lavoro sul versante cognitivo. Pertanto, si è focalizzato l'intervento sull'acquisizione di consapevolezza dei pensieri automatici negativi su di sé, sugli altri, sul futuro attraverso l'automonitoraggio di essi. I pensieri negativi dipendono da un modo sbagliato di osservare, di ragionare, di interpretare e trarre inferenze se stessi e sulla realtà. Per mezzo dell'utilizzo della tecnica di risoluzione delle situazioni problematiche, la terapia è stata volta al migliorare la capacità di autocontrollo, intervenendo in anticipo sul comportamento alimentare caratterizzato dal mangiare

in eccesso o in difetto, in presenza delle situazioni, emozioni, pensieri identificati come correlati ad alto rischio abbuffate (Grave, 2012).

RISULTATI DEL TRATTAMENTO E FOLLOW-UP

La paziente ha seguito il programma terapeutico per un anno. I principali miglioramenti osservati hanno riguardato la riattivazione comportamentale, in particolar modo per ciò che concerne l'automonitoraggio delle attività quotidiane, il recupero di sé e del suo ambiente, il controllo dei comportamenti impulsivi innescati da stati interni e/o esterni (comportamenti alimentari disadattivi e autolesionismo) e la maggiore consapevolezza degli stati interni, anche se è emersa una tendenza altalenante durante l'anno. In particolare, le ripetute ricadute nel controllo dei comportamenti impulsivi e le disregolazioni emotive sono state principalmente innescate dalle relazioni disfunzionali con i genitori che costituivano l'unica relazione che la paziente viveva quotidianamente. Pertanto, è stato consigliato un intervento specifico ("Family focus treatment") sulla famiglia. Tuttavia, la proposta di intervento non ha ricevuto interesse e, da subito, è emersa una svalutazione dell'utilità del trattamento.

Nonostante gli iniziali miglioramenti registrati, le attività pianificate non sono state mantenute e hanno portato al ritiro prematuro dal trattamento da parte della paziente. Dunque, non è stato possibile eseguire il follow-up.

DISCUSSIONE DEL CASO

Il caso presentato è un chiaro esempio di comorbidità BD e BPD. La paziente ha descritto diversi sintomi e modelli comportamentali che incoraggiano la diagnosi di comorbidità.

Considerando la storia clinica della paziente, ipotizziamo che il BPD sia stato il primo disturbo psicopatologico apparso. I tratti del BPD erano già stati identificati dai clinici del Centro dei disturbi alimentari prima ancora che la paziente arrivasse alla nostra osservazione clinica, anni dopo. I professionisti del centro riabilitativo

hanno riconosciuto i tratti della BPD ma si sono concentrati primariamente sul trattamento della sintomatologia evidente del disturbo alimentare.

Per molto tempo, i dati neuro-scientifici riguardanti i fattori di sviluppo in età evolutiva del BPD sono stati insufficienti a causa della convinzione errata che il BPD fosse un disturbo dell'età adulta (Crick, MURRAY-CLOSE, & Woods, 2005). Negli ultimi decenni, i sistemi di classificazione diagnostica sono giunti alla conclusione della possibilità di una diagnosi di BPD nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta in quanto supportata da dati che sottolineano la stabilità dei sintomi durante tutto lo sviluppo (Bo & Kongerslev, 2017; Wertz et al., 2019).

Nonostante le evidenze, i clinici sono tutt'oggi incerti sul considerare la diagnosi di BPD prima dell'età adulta (Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach, & Luyten, 2013), ostacolando di conseguenza la possibilità di un trattamento psicoterapico precoce e l'attenuazione dei tratti del disturbo (Buerger et al., 2019; McCauley et al., 2018). Sullo stesso piano significativo di una diagnosi precoce, vi è l'esposizione ad eventi traumatici. Alcuni autori hanno identificato una stretta relazione tra l'insorgenza di BPD e la storia di aggressioni, abusi sessuali, maltrattamenti sui minori (Ibrahim, Cosgrave, & Woolgar, 2018) nonché con la presenza di un attaccamento disorganizzato con entrambi i genitori (Miljkovich et al., 2018). Analogamente, proprio come nel caso presentato, gli stessi eventi angoscianti sono stati vissuti durante l'infanzia dalla paziente. Da notare come le interazioni disadattive con coetanei e genitori e la mancanza di reattività sociale da parte dei genitori possano aver favorito la disegolazione emotionale e l'intensificarsi dei tratti border e l'emergere disturbo (Hughes, Crowell, Uyeji, & Coan, 2012; Menting, Van Lier, Koot, Pardini, & Loeber, 2016; Whittle et al., 2016).

I ricercatori hanno ampiamente descritto il ruolo sfavorevole dei fattori di stress ambientale

durante l'infanzia e la prima età adulta che, compromettendo il normale sviluppo delle vie fronto-limbiche, alterano fortemente il processo di regolazione (Huihui & Liang, 2018; Silvers, Buhle, Ochsner, & Silvers; Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016). È interessante notare che esistono diversi dati a sostegno della presenza di alterazioni del sopracitato circuito nei pazienti adulti con BPD (Hazlett et al., 2012; Koenigsberg et al., 2014; Schulze, Schmahl, & Niedtfeld, 2016), nonché nell'infanzia e negli adolescenti (si invita a consultare la *review* di (Winsper et al., 2016)). Generalmente, la percezione delle emozioni positive e negative da parte dell'adolescente è documentata come inizialmente molto intensa ma, gradualmente, si riduce man mano che i processi di regolazione si sviluppano nella giovane età adulta (Diamond). Nel BPD, tale intensità emotiva persiste (Chapman, 2019; Ibraheim, Kalpakci, & Sharp, 2017) e il paziente affetto da BPD mostra una ridotta disponibilità ad accettare stati emotivi spiacevoli così come una maggiore propensione all'attribuzione di intenzioni e credenze eccessive nei confronti degli altri, nota come sovra-mentalizzazione (Bo & Kongerslev, 2017). Il processo di mentalizzazione disfunzionale ha portato la paziente a sviluppare un pensiero catastrofico, a svalutare costantemente sé stessa o gli altri, a essere suscettibile al giudizio degli altri e a credere che, citando le sue parole, *"se la casa è un ambiente minaccioso, il mondo esterno deve essere anche peggio"*. Si presume che l'eccessiva mentalizzazione negativa abbia contribuito al prolungato isolamento e alla difficoltà a relazionarsi con gli altri al fine di evitare di essere esclusa, disapprovata o fraintesa. La disegolazione emotiva della paziente ha mostrato i suoi esiti nelle strategie di danno autoindotto e di comportamenti alimentari disadattivi, ampiamente descritti nel BPD. È interessante notare che alcuni autori suggeriscono che, mentre le donne diagnosticate con BPD hanno maggiori probabilità di ricorrere a comportamenti interiorizzanti (ad es. cibo, autolesionismo) ed esprimono



principalmente disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'umore e ansia, gli uomini sembrano avere maggiori probabilità di adoperare comportamenti primariamente esternalizzanti (ad es. aggressività etero-riflessa) e all'uso di sostanze (Holthausen & Habel, 2018; Paris, Chenard-Poirier, & Biskin, 2013; Sansone & Sansone, 2011).

In particolare, è stato dimostrato come il BPD sia un disturbo in stretta relazione con l'uso di sostanze (SUD), come il disturbo da uso di cannabis (CUD) (Zanarini et al., 2011), l'uso di nicotina (Distel et al., 2012) e il disturbo da uso di alcol (AUD) (Gillespie et al., 2018), anche tra adolescenti e giovani adulti (Bornovalova, Hicks, Iacono, & McGue, 2013).

Inoltre, alcuni autori hanno suggerito che l'uso di cannabis potrebbe essere correlato ad una precoce insorgenza di BD (Bally, Zullino, & Aubry, 2014) e ad episodi maniacali prolungati o più intensi (Gibbs et al., 2015) nonché ad un peggioramento degli episodi di disgregazione emotiva, alla manifestazione di sintomi psicotici e tentativi di suicidio. Un altro studio ha confermato che l'alcol e la cannabis sono i SUD più comuni tra i pazienti con BD e BPD e che i pazienti con comorbidità BD-BPD mostrano una prevalenza ancor più elevata rispetto alla singola diagnosi (Hidalgo-Mazzei, Walsh, Rosenstein, & Zimmerman, 2015).

Nel presente caso, la paziente ha abusato di alcol e cannabis per 1 anno, anche se ha interrotto a causa dei sintomi depressivi percepiti che hanno peggiorato il decorso della malattia. Probabilmente, l'abuso di sostanze può aver rappresentato un considerevole fattore di rischio nello sviluppo e nel peggioramento dei sintomi maniacali del BD, come l'autostima ipertrofica, il rapido flusso di pensieri, l'aumento dell'energia e l'ideazione ossessiva sul suo aspetto fisico, che potrebbe aver portato la paziente a sviluppare un DCA. La paziente è entrata nel Centro per i disturbi alimentari all'età di 16 anni, con una diagnosi di disturbo alimentare. Nonostante la precedente indagine clinica effettuata dal

centro, la paziente non ha soddisfatto i criteri per il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) né per l'anoressia nervosa (AN) (Association, 2013). Tuttavia, la paziente è ricaduta più volte in comportamenti di abbuffata nel corso del periodo di trattamento. Come discusso in precedenza, i fattori di stress sperimentati dalla paziente, che si sono verificati in uno stadio vulnerabile dello sviluppo cognitivo-emotivo e comportamentale (ad esempio l'ambiente familiare problematico, l'isolamento sociale, l'essere stata vittima di bullismo), potrebbero aver avuto un ruolo nello sviluppo dei tratti di personalità borderline, come l'instabilità affettiva, la disgregazione emotiva e l'impulsività. Il tutto appare più chiaro se si considera che, come indicato da Ng e colleghi (Ng et al., 2017), la presenza di sintomi del disturbo di personalità costituiscono già di per sé un fattore di rischio per il decorso della malattia. Dallo studio di Ng e collaboratori è emerso che la gravità dei disturbi della personalità del cluster B riduce fortemente i tempi di insorgenza di episodi maniacali e depressivi favorendo la conversione in BD di tipo I (Ng et al., 2017).

È plausibile che la paziente abbia adottato le abbuffate, il consumo di sostanze e i comportamenti autodistruttivi come strategie di *coping* disfunzionale per alleviare lo stress. Pertanto, si ritiene ipotizzabile che i tratti del BPD, che si sono sviluppati durante l'infanzia, e l'abuso di sostanze possano aver favorito l'insorgenza del disturbo BD. Il decorso combinato dei disturbi potrebbe aver portato all'emergere del disturbo alimentare (DCA) come manifestazione sintomatica della comorbilità BPD-BD. Nello specifico, in questo caso il comportamento alimentare disfunzionale potrebbe aver nascosto i disturbi BPD e BD presenti alla base. Ripercorrendo la storia clinica della paziente, risulta evidente come i tratti della BPD possano aver rafforzato il comportamento alimentare disfunzionale durante l'infanzia, mentre il BD di tipo I possa aver favorito l'espressione dell'AN durante l'adolescenza.

Infatti, il BPD ed il DCA mostrano caratteristiche simili. Analogamente al BPD, l'insorgenza del DCA è associata ad eventi avversi, come comportamenti genitoriali disfunzionali, l'essere vittima di bullismo da parte di coetanei e abusi sessuali durante l'infanzia. Pertanto, alcuni autori hanno sostenuto che tali eventi possano costituire un indice di predizione delle fluttuazioni dell'indice di massa corporea (BMI), dei comportamenti estremi di controllo del peso e dei disturbi alimentari durante l'adolescenza o la prima età adulta (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002; Loth, van den Berg, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2008).

Il BPD e i disturbi della personalità evitanti si trovano comunemente nei disturbi dell'alimentazione incontrollata e nell'obesità (Martinussen et al., 2017; Nagata et al., 2013). Tuttavia, sono necessari ulteriori studi, non solo per chiarire il ruolo dei disturbi di personalità nella predizione degli esiti di trattamento dei DCA e il decorso della malattia, ma anche per verificare se il disturbo di personalità migliori o persista quando vengono trattati esclusivamente i sintomi di DCA (Gaudio & Dakanalis, 2018; Martinussen et al., 2017).

È interessante notare che BPD e i DCA condividono le caratteristiche cliniche rilevanti come la disregolazione affettiva, i comportamenti dannosi, l'impulsività, i sentimenti di colpa e vergogna cronici, la disperazione e le previsioni negative (Newton, 2019). Allo stesso modo, le caratteristiche cliniche condivise si trovano sia nella BD che nei DCA: nello specifico, l'impulsività, la disregolazione emotiva, l'alto rischio di suicidio, il disturbo depressivo maggiore precoce (principalmente nell'AN) e le disfunzioni a livello delle funzioni esecutive (Adida et al., 2011; Guillaume et al., 2015).

Come sottolineato nella *review* di Thiebaut e colleghi (Thiebaut, Godart, Radon, Courtet, & Guillaume, 2019), sembra essere presente una stretta associazione tra il DCA e il BD, nonostante l'insorgenza del disturbo non sia ancora nota.

Tra le questioni sollevate nel lavoro di Thiebaut e colleghi, emergono dati contrastanti. Infatti, secondo alcuni studi emerge che il BD possa favorire notevolmente il rischio di DCA nei bambini, mentre altri autori riportano che sia invece il DCA a promuovere l'esordio precoce del BD. Rimane oggi difficile capire quale disturbo emerge per primo o se uno promuova l'espressione dell'altro (Thiebaut et al., 2019).

I sintomi che si riscontrano comunemente nei pazienti con BD sono generalmente osservati anche nei pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata (BED) come, ad esempio, la sintomatologia depressiva e ansiosa prima e dopo l'atto di abbuffata. Al contrario, le caratteristiche cliniche di rabbia, irritabilità, iperattività, instabilità affettiva si riscontrano in pazienti che soffrono di AN.

Viceversa, i comportamenti tipici dei DCA (iperfagia, ipofagia, variazioni di peso) sono frequentemente osservati nei pazienti con BD, costituendo una sfida all'identificazione della diagnosi corretta (Thiebaut et al., 2019).

Alla luce dei dati presenti in letteratura esposti in questo paragrafo, riteniamo che la comorbidità BD-BPD, nel caso clinico in questione, abbia complicato notevolmente l'andamento della psicopatologia. Si valuta l'opinione che l'identificazione approfondita e precoce e la successiva azione mirata sul disturbo avrebbe potuto non solo ostacolare l'insorgenza di comorbidità ma anche migliorarne il decorso.

La complessa e stabilizzata condizione diagnostica, così come l'ambiente familiare sfavorevole, hanno contribuito alla labilità dell'alleanza terapeutica e, conseguentemente, complicato i risultati del trattamento. Bisogna tenere in considerazione che esistono molti dati in letteratura riguardanti l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e della terapia dialettico comportamentale (DBT) nel trattamento della BPD e dei disturbi alimentari, separatamente (Navarro-Haro et al., 2018). Tuttavia,



pochi dati sono disponibili riguardo quale trattamento sia più indicato nei casi di comorbidità. Nel caso qui descritto, la paziente sembrava rispondere positivamente alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, registrando miglioramenti nei comportamenti autodistruttivi, nei comportamenti alimentari disfunzionali e nell'espressione di emozioni negative, malgrado le numerose ricadute. Sfortunatamente, al raggiungimento di un lieve miglioramento dei sintomi, la paziente ha abbandonato il trattamento. L'interruzione anticipata del trattamento da parte di soggetti affetti da comorbidità con disturbi di personalità è largamente documentata e rappresenta una delle più complicate sfide per il clinico (Fornaro et al., 2016; Pham-Scottez et al., 2012). L'abbandono precoce della terapia non ha permesso di proseguire il piano di trattamento integrato che aveva come obiettivo l'azione profonda sui primi schemi disadattivi, attraverso la DBT, e il lavoro sulla tolleranza alla sofferenza, attraverso la terapia di accettazione e impegno nell'azione (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2009).

CONCLUSIONI

Il presente articolo si è posto come obiettivo quello di illustrare una complessa situazione diagnostica e commentarla alla luce delle più recenti informazioni disponibili in letteratura.

Abbiamo discusso, fin dall'inizio, le criticità e le vulnerabilità che potrebbero aver avuto un ruolo nel decorso delle condizioni cliniche della paziente. Si suppone che i maltrattamenti subiti dai pari e l'ambiente familiare spiacevole durante l'infanzia possano aver primariamente portato all'insorgenza dei tratti di BPD. Come discusso, il BPD potrebbe aver avuto un ruolo nello sviluppo del BD in fase adolescenziale. Tale situazione diagnostica di comorbidità e il congiunto abuso di sostanze potrebbero aver svolto un ruolo predominante nella disgregazione emotivo-cognitiva e portato la paziente a sviluppare AN.

La complessa condizione psicopatologica e la

svalutazione del trattamento da parte dei familiari ha portato la paziente a sviluppare importanti resistenze che hanno compromesso la relazione terapeutica e danneggiato gli esiti del trattamento.

In conclusione, il dibattito sulle caratteristiche condivise e le differenze tra il BD e il BPD è ancora ampiamente oggetto di interesse per la comunità scientifica. La sfida del caso qui presentato è aggravata dalla preesistente diagnosi di disturbo del comportamento alimentare. Poiché il BPD è una malattia polisintomatica, condivide molte caratteristiche cliniche con il BD ed esprime diverse comorbilità. Allo stesso modo, anche i DCA si manifestano con sintomi e comportamenti attribuibili ai suddetti disturbi. Esortiamo i clinici a considerare la diagnosi di BPD in età precoce, in modo che possano agire prontamente al trattamento della malattia. Sollecitiamo a considerare anche ampi aspetti del disturbo del comportamento alimentare per favorire una migliore diagnosi differenziale con altri disturbi. Incitiamo alla pubblicazione ulteriore di casi studio analoghi e pubblicazioni scientifiche sull'argomento al fine di chiarire la complessa associazione tra DCA, BPD e BD e sviluppare trattamenti più efficaci.

TAKE HOME MESSAGES

- Il BPD non trattato precocemente potrebbe favorire l'insorgenza del BD di tipo I, specialmente in contesti ambientali di sviluppo problematici
- La comparsa di DCA in caso di comorbidità con BPD-BD potrebbe essere interpretabile come sintomo sotto il quale si nasconde la multi-diagnosi di BPD-BD.
- A causa delle elevate similarità e dei tassi di comorbilità con BPD e BD, è necessario rivedere il modo in cui vengono diagnosticati i DCA. Per una migliore diagnosi differenziale gli aspetti dei DCA dovrebbero essere considerati in maniera più generale.
- Nonostante il DSM-5 consenta una diagnosi

precoce di BPD, i clinici sono spesso reticenti a diagnosticare il BPD in tenera età. La diagnosi precoce di BPD dovrebbe essere maggiormente considerata per facilitare la formulazione di una diagnosi corretta e la pianificazione di un trattamento efficace in tempo.

- Sono necessari ulteriori dati per capire se trattare la sintomatologia manifesta oppure i disturbi sottostanti porterebbero a risultati terapeutici più efficaci.

BIBLIOGRAFIA

- Adida, Marc, Jollant, Fabrice, Clark, Luke, Besnier, Nathalie, Guillaume, Sébastien, Kaladjian, Arthur, . . . Azorin, Jean-Michel. (2011). Trait-related decision-making impairment in the three phases of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 70(4), 357-365.
- Antoniadis, Diomidis, Samakouri, Maria, & Livaditis, Miltos. (2012). The association of bipolar spectrum disorders and borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 449-465.
- Association, American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Bally, Nathalie, Zullino, Daniele, & Aubry, Jean-Michel. (2014). Cannabis use and first manic episode. *Journal of affective disorders*, 165, 103-108.
- Barroilhet, S, Vöhringer, PA, & Ghaemi, SN. (2013). Borderline versus bipolar: differences matter. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 385.
- Bayes, AJ, McClure, G, Fletcher, K, Roman Ruiz del Moral, YE, Hadzi Pavlovic, D, Stevenson, JL, . . . Parker, GB. (2016). Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 187-195.
- Bayes, AJ, & Parker, GB. (2017). Clinical vs. DSM diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder and their co occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 259-265.
- Benazzi, Franco. (2008). A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder? *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(4), 1022-1029.
- Bo, Sune, & Kongerslev, Mickey. (2017). Self-reported patterns of impairments in mentalization, attachment, and psychopathology among clinically referred adolescents with and without borderline personality pathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 4.
- Bornovalova, Marina A, Hicks, Brian M, Iacono, William G, & McGue, Matt. (2013). Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: Developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 23.
- Buerger, Arne, Fischer-Waldschmidt, Gloria, Hammerle, Florian, Auer, Kristin von, Parzer, Peter, & Kaess, Michael. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of personality disorders*, 33(1), 119-134.
- Butcher, James N, Graham, John R, Ben-Porath, Yossef S, Tellegen, Auke, & Dahlstrom, W Grant. (2001). *MMPI-2: Minnesota multiphasic personality inventory-2*: University of Minnesota Press.
- Chapman, Alexander L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and psychopathology*, 1-14.
- Crick, Nicki R, MURRAY-CLOSE, DIANNA, & Woods, Kathleen. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
- Diamond, Adele. Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry.



- Distel, Marijn A, Trull, Tim J, de Moor, Marleen MH, Vink, Jacqueline M, Geels, Lot M, van Beek, Jenny HDA, . . . Derom, Catherine A. (2012). Borderline personality traits and substance use: genetic factors underlie the association with smoking and ever use of cannabis, but not with high alcohol consumption. *Journal of personality disorders*, 26(6), 867-879.
- Feliu-Soler, Albert, Soler, Joaquim, Elices, Matilde, Pascual, Juan Carlos, Pérez, Josefina, Martín-Blanco, Ana, . . . Portella, Maria J. (2013). Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry research*, 210(3), 1307-1309.
- Fiedorowicz, Jess G, & Black, Donald W. (2010). Borderline, bipolar, or both. *Current Psychiatry*, 9(1), 21.
- Fiorentini, A, Cremaschi, L, & Prunas, C. (2019). Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. In *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches* (pp. 73-89): Springer.
- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL. (2017). SCID-5-CV. Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi del DSM-5. In *Versione Per Il Clinico. Ed. Italiana a cura Di Andrea Fossati e Serena Borroni*: Raffaello Cortina Editore Milano.
- Fonseka, Trehani M, Swampillai, Brenda, Timmins, Vanessa, Scavone, Antonette, Mitchell, Rachel, Collinger, Katelyn A, & Goldstein, Benjamin I. (2015). Significance of borderline personality-spectrum symptoms among adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 170, 39-45.
- Fornaro, M, Orsolini, L, Marini, S, De Berardis, D, Perna, G, Valchera, A, . . . Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 195, 105-118.
- Gago, B, Sierra, P, & Livianos, L. AFFECTIVE INSTABILITY AND CONTROVERSIAL BOUNDARIES BETWEEN BIPOLAR DISORDER AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.
- Galione, Janine, & Zimmerman, Mark. (2010). A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of personality disorders*, 24(6), 763-772.
- Gaudio, Santino, & Dakanalis, Antonios. (2018). Personality and eating and weight disorders: an open research challenge. In: Springer.
- Gibbs, Melanie, Winsper, Catherine, Marwaha, Steven, Gilbert, Eleanor, Broome, Matthew, & Singh, Swaran P. (2015). Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 171, 39-47.
- Gillespie, Nathan A, Aggen, Steven H, Neale, Michael C, Knudsen, Gun Peggy, Krueger, Robert F, South, Susan C, . . . Kendler, Kenneth S. (2018). Associations between personality disorders and cannabis use and cannabis use disorder: a population based twin study. *Addiction*, 113(8), 1488-1498.
- Goodwin, GM, Haddad, PM, Ferrier, IN, Aronson, JK, Barnes, TRH, Cipriani, A, . . . Grunze, H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495-553.
- Grave, R.D. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale*: Positive Press.
- Guillaume, Sébastien, Gorwood, P, Jollant, F, Van den Eynde, F, Courtet, Philippe, & Richard-Devantoy, S. (2015). Impaired decision-making in symptomatic anorexia and bulimia nervosa patients: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(16), 3377-3391.
- Hatchett, Gregory. (2010). Differential diagnosis of borderline personality disorder from bipolar disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 189-205.

- Hayes, Steven C, Strosahl, Kirk D, & Wilson, Kelly G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*: American Psychological Association.
- Hazlett, Erin A, Zhang, Jing, New, Antonia S, Zelmanova, Yuliya, Goldstein, Kim E, Haznedar, M Mehmet, . . . Chu, King-Wai. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 72(6), 448-456.
- Hidalgo-Mazzei, Diego, Walsh, Emily, Rosenstein, Lia, & Zimmerman, Mark. (2015). Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and substance use disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(1), 54-57.
- Holthausen, Barbara Schulte, & Habel, Ute. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 20(12), 107.
- Hughes, Amy E, Crowell, Sheila E, Uyeji, Lauren, & Coan, James A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 21-33.
- Huihui, ZHANG, & Liang, ZHANG. (2018). The effects of early life stress on emotion regulation and the underlying mechanisms. *Advances in Psychological Science*, 26(7), 1193-1203.
- Ibraheim, Marina, Kalpakci, Allison, & Sharp, Carla. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1.
- Ibrahim, Jeyda, Cosgrave, Nicola, & Woolgar, Matthew. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical child psychology and psychiatry*, 23(1), 57-76.
- Johnson, Jeffrey G, Cohen, Patricia, Kasen, Stephanie, & Brook, Judith S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Koenigsberg, Harold W. (2010). Affective instability: toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *Journal of personality disorders*, 24(1), 60-82.
- Koenigsberg, Harold W, Denny, Bryan T, Fan, Jin, Liu, Xun, Guerreri, Stephanie, Mayson, Sarah Jo, . . . Siever, Larry J. (2014). The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 82-90.
- Laurensen, Elisabeth Martina Petronella, Hutsebaut, Joost, Feenstra, Dine Jerta, Van Busschbach, Jan Jurgen, & Luyten, Patrick. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 3.
- Loth, Katie, van den Berg, Patricia, Eisenberg, Marla E, & Neumark-Sztainer, Dianne. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 43(5), 514-516.
- Martinussen, Monica, Friberg, Oddgeir, Schmierer, Phöbe, Kaiser, Sabine, Øvergård, Karl Tore, Neunhoeffer, Anna-Lena, . . . Rosenvinge, Jan H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209.
- McCauley, Elizabeth, Berk, Michele S, Asarnow, Joan R, Adrian, Molly, Cohen, Judith, Korslund, Kathryn, . . . Gallop, Robert. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(8), 777-785.
- McDermid, Joanna, Sareen, Jitender, El-Gabalawy, Renée, Pagura, Jina, Spiwak, Rae, & Enns, Murray W. (2015). Co-morbidity of



- bipolar disorder and borderline personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive psychiatry*, 58, 18-28.
- Menting, Barbara, Van Lier, Pol AC, Koot, Hans M, Pardini, Dustin, & Loeber, Rolf. (2016). Cognitive impulsivity and the development of delinquency from late childhood to early adulthood: Moderating effects of parenting behavior and peer relationships. *Development and psychopathology*, 28(1), 167-183.
 - Miljkovitch, Raphaële, Deborde, Anne-Sophie, Bernier, Annie, Corcos, Maurice, Speranza, Mario, & Pham-Scottez, Alexandra. (2018). Borderline Personality Disorder in adolescence as a generalization of disorganized attachment. *Frontiers in psychology*, 9.
 - Nagata, Toshihiko, Yamada, Hisashi, Teo, Alan R, Yoshimura, Chiho, Kodama, Yuya, & van Vliet, Irene. (2013). Using the mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale to detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. *BMC psychiatry*, 13(1), 69.
 - Navarro-Haro, Maria V, Botella, Cristina, Guillen, Verónica, Moliner, Reyes, Marco, Heliodoro, Jorquerá, Mercedes, . . . García-Palacios, Azucena. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 636-649.
 - Newton, J Richard. (2019). Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unravelling diagnostic complexity. *Australasian Psychiatry*, 1039856219852297.
 - Ng, Tommy H, Burke, Taylor A, Stange, Jonathan P, Walshaw, Patricia D, Weiss, Rachel B, Urosevic, Snezana, . . . Alloy, Lauren B. (2017). Personality disorder symptom severity predicts onset of mood episodes and conversion to bipolar I disorder in individuals with bipolar spectrum disorder. *Journal of abnormal psychology*, 126(3), 271.
 - Paris, Joel, & Black, Donald W. (2015). Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? *The Journal of nervous and mental disease*, 203(1), 3-7.
 - Paris, Joel, Chenard-Poirier, Marie-Pierre, & Biskin, Robert. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive psychiatry*, 54(4), 321-325.
 - Parker, Gordon. (2014). Is borderline personality disorder a mood disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 252-253.
 - Perugi, Giulio, Angst, J, Azorin, J M, Bowden, C, Vieta, E, Young, AH, & Group, BRIDGE Study. (2013). The bipolar-borderline personality disorders connection in major depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 376-383.
 - Pham-Scottez, Alexandra, Huas, Caroline, Perez-Diaz, Fernando, Nordon, Clémentine, Divac, Snezana, Dardennes, Roland, . . . Rouillon, Frédéric. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment?: the role of personality factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(9), 807-813.
 - Riemann, Georg, Weisscher, Nadine, Post, Robert M, Altshuler, Lori, McElroy, Susan, Frye, Marc A, . . . Grunze, Heinz. (2017). The relationship between self-reported borderline personality features and prospective illness course in bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 31.
 - Ruggero, Camilo J, Zimmerman, Mark, Chelminski, Iwona, & Young, Diane. (2010). Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(6), 405-408.
 - Sansone, Randy A, & Sansone, Lori A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(5), 16.

- Scandinavica, Acta Psychiatrica, & Akiskal, Hagop S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 401-407.
- Schulze, Lars, Schmahl, Christian, & Niedtfeld, Inga. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: a multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97-106.
- Silvers, Jennifer A, Buhle, Jason T, Ochsner, Kevin N, & Silvers, Jennifer. The neuroscience of emotion regulation: Basic mechanisms and their role in development, aging and psychopathology.
- Somma, A, Borroni, S, Maffei, C, Besson, E, Garbini, A, Granozio, S, & Turano, E. (2017). Inter-rater reliability of the Italian translation of the structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD): a study on consecutively admitted clinical adult participants. *J Psychopathol*, 23, 105-111.
- Teicher, Martin H, Samson, Jacqueline A, Anderson, Carl M, & Ohashi, Kyoko. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652.
- Thiebaut, S, Godart, N, Radon, L, Courtet, P, & Guillaume, S. (2019). Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *L'Encéphale*, 45(1), 60-73.
- Wertz, Jasmin, Caspi, Avshalom, Ambler, Antony, Arseneault, Louise, Belsky, Daniel W, Danese, Andrea, . . . Moffitt, Terrie E. (2019). Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Whittle, Sarah, Vijayakumar, Nandita, Dennison, Meg, Schwartz, Orli, Simmons, Julian G, Sheeber, Lisa, & Allen, Nicholas B. (2016). Observed measures of negative parenting predict brain development during adolescence. *PLoS one*, 11(1), e0147774.
- Wilson, Scott T, Stanley, Barbara, Oquendo, Maria A, Goldberg, Pablo, Zalsman, Gil, & Mann, J John. (2007). Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(10), 1533.
- Winsper, Catherine, Marwaha, Steven, Lereya, Suzet Tanya, Thompson, Andrew, Eyden, Julie, & Singh, Swaran P. (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 27(8), 827-847.
- Zanarini, Mary C, Frankenbur, Frances R, Weingeroff, Jolie L, Reich, D Bradford, Fitzmaurice, Garrett M, & Weiss, Roger D. (2011). The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10 year follow up study. *Addiction*, 106(2), 342-348.
- Zimmerman, Mark, Balling, Caroline, Dalrymple, Kristy, & Chelminski, Iwona. (2019). Screening for Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(1).
- Zimmerman, Mark, Martinez, Jennifer, Young, Diane, Chelminski, Iwona, Morgan, Theresa A, & Dalrymple, Kristy. (2014). Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *Journal of personality disorders*, 28(3), 358-364.
- Zimmerman, Mark, Morgan, Theresa A, Young, Diane, Chelminski, Iwona, Dalrymple, Kristy, & Walsh, Emily. (2015). Does borderline personality disorder manifest itself differently in patients with bipolar disorder and major depressive disorder? *Journal of personality disorders*, 29(6), 847-853.



ALLA RICERCA DI SICUREZZA

IL CASO CLINICO DI UN'ADOLESCENTE

RIASSUNTO

È il caso di un'adolescente, Valentina di 15 anni, che manifesta un quadro sintomatologico afferente l'ansia sociale con comportamenti di ricerca di sollievo nel cibo, ponendola a rischio di sviluppare Binge eating. Il modello Cognitivo di Clark e Beck ha orientato la concettualizzazione del caso clinico e del piano d'intervento terapeutico cognitivo comportamentale e, dunque, diretto alla riduzione della sintomatologia ansiosa, ma anche all'eliminazione della condotta di evitamento e protezione, in quanto fattore di mantenimento del disagio, con l'obiettivo generale di migliorare il globale funzionamento, cognitivo, emotivo e comportamentale, della paziente. La teoria di Clark e Beck spiega che il soggetto ansioso in preda ad una minaccia

percepita, desidera sentirsi al sicuro, pertanto si impegna in comportamenti volti alla ricerca di sicurezza così definita: "ogni risposta cognitiva o comportamentale tesa a prevenire o minimizzare un esito di cui si ha timore. È inoltre un tentativo di ristabilire un sentimento di tranquillità o calma e un senso di sicurezza." (Beck & Clark 2010) L'evitamento, la distrazione, il mangiare, rappresentano i comportamenti di ricerca della sicurezza cui fa ricorso V. per prevenire e ridurre l'ansia. Il tentativo di scovare sollievo da un'emotività eccessivamente intensa e nella cui gestione si percepisce scarso self efficacy, rinforza il desiderio irrealistico di eliminare ogni rischio di pericolo imminente, si attribuisce dunque, priorità all'immediata riduzione della paura, rischiando di adottare strategie di ricerca di

Alessandra Ritelli

Psicologa, specializzanda in psicoterapia cognitivo comportamentale

sicurezza inappropriate. Questo impedisce, inoltre, di acquisire consapevolezza della irrazionalità e della distorsione della realtà data da bias attentivi ed interpretativi sulla minaccia.

PAROLE CHIAVE:

ansia, evitamento terapia cognitivo comportamentale, cibo, pensieri disfunzionali, emozioni spiacevoli.

“Beck si rese conto che se il terapeuta avesse indagato, attraverso domande precise e puntuale, cosa il paziente pensasse realmente nel momento in cui viveva un’esperienza emotiva negativa e lo avesse incoraggiato a rivolgere l’attenzione sui propri pensieri, avrebbe avuto una porta d’accesso facilitata per la comprensione del disturbo emotivo presentato dal paziente. Giunse quindi alla convinzione che «l’uomo possiede la chiave della comprensione e soluzione del suo disturbo psicologico entro il campo della sua coscienza»”

(Beck 1976).

INFORMAZIONI GENERALI SUL CLIENTE

Valentina ha 15 anni, è una studentessa del secondo anno dell’Istituto Alberghiero di Brindisi ed è la secondogenita di tre sorelle, la più grande ha 18 anni e frequenta il 5[^]anno dello stesso Istituto Alberghiero, invece la sorella più piccola, 6 anni, frequenta la prima elementare. I genitori (Madre, 45 a, licenza media.; Padre, 44 a., diploma) sono braccianti agricoli. Vivono in un piccolo paese di provincia. È una famiglia di 5 componenti, 4 di cui in sovrappeso, esclusa la figlia più piccola.

La famiglia arriva al Dipartimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – ASL TA, inviata dal medico del Policlinico di Bari che ha in cura Valentina per una piastrinopenia, divenuta cronica, e scoperta all’età di 10 anni. V. è affetta da obesità e racconta che, dal momento della diagnosi di piastrinopenia ha iniziato terapia farmacologica con importante dosaggio cortisonico tale da indurle un incremento ponderale e del senso della fame, che la paziente riconosce non coincidere sempre con la necessità fisiologica di mangiare. Il sovrappeso rende V. farmaco resistente, pertanto il medico le ha prescritto il dimagrimento, auspicando

una maggiore efficacia del dosaggio farmacologico previsto per la sua età. Nei primi mesi del '18, al Policlinico, V. intraprende supporto psicologico, in considerazione del suo stato di salute e della condizione di ospedalizzazione a cui verte con costanza mensile. L’analisi cognitivo comportamentale, lì effettuata, riporta senso di inadeguatezza e colpa legati alla piastrinopenia, disregolazione alimentare specialmente in concomitanza di stati emotivi spiacevoli ed eventi stressanti con conseguente aumento ponderale; la giovane racconta, dunque, la propria intenzione di perdere peso, seppur riscontrando difficoltà nel seguire una dieta. Nella storia di vita della minore si rilevano criticità in ambito sociale in seguito ad episodi di derisione ed esclusione dal gruppo dei pari a causa del proprio aspetto fisico, che l'avrebbero indotta ad adottare un atteggiamento di chiusura con ripercussioni sul benessere cognitivo, emotivo e comportamentale. Attualmente V. riferisce di essersi ben integrata nel gruppo classe, pur manifestando senso di insicurezza, inadeguatezza, disagio ed evitamento sociale. Quanto succitato implementa conflittualità nel rapporto con i genitori, in particolare con la figura materna che ripone il focus dell’attenzione sull’incapacità di V. di stabilire e mantenere relazioni sociali, con conseguente chiusura ed esposizione limitata esclusivamente al contesto scolastico. V. percepisce un senso di incomprensione e tristezza per le tensioni sopra descritte. Si rileva difficoltà da parte dei genitori nella sintonizzazione con i bisogni emotivi della figlia, sebbene mostriano disponibilità a fornire un sostegno psicologico alla stessa.

IL PRIMO COLLOQUIO

La prima fase di contatto telefonico è avvenuto tra la madre di V. e la tutor di tirocinio per definire l’appuntamento. Al primo colloquio si riceve la paziente, accompagnata dai genitori, che si dispongono in linea semicircolare (padre, madre e figlia) oltre la scrivania, dall’altro lato della quale erano sedute la sottoscritta e la tutor, in un ambiente accogliente e luminoso. Si prevede un’organizzazione dei tempi della psicoterapia in cui si procede, dopo il primo colloquio, con la valutazione psicodiagnostica ed



eventuale presa in carico dell'utenza ai fini dell'intervento psicoterapeutico individuale, con cadenza settimanale; quest'ultimo si articola in un lavoro d'equipe (terapeuta - dietista), con colloqui di resistuzione e psicoeducazione rivolti all'intera famiglia, essendo V. un'adolescente.

La famiglia si mostra disponibile al dialogo, rispondono alle domande, approfondendo solo se richiesto, con maggiore frequenza di interventi da parte della madre rispetto al padre, silenzioso, o alla stessa V.; la paziente, orientata nel tempo, nello spazio e nella persona, appare sufficientemente collaborativa al colloquio. Appropriata la cura della persona e dell'abbigliamento. La produttività verbale si presenta quantitativamente adeguata, il tono di voce è basso, l'eloquio fluido e scorrevole. La gamma delle espressioni mimiche appare nella norma come pure la motilità spontanea. Le capacità mnestiche appaiono integre e l'attenzione è funzionale allo svolgimento del colloquio.

La madre racconta la storia evolutiva di V., riferendo gravidanza normodecorsa e nascita a termine con parto eutocico, allattamento artificiale con alcuna difficoltà di svezzamento; in epoca fisiologica le tappe di sviluppo della deambulazione autonoma, del linguaggio e della regolazione sfinterica; adeguata la regolazione alimentare e dei ritmi sonno-veglia. Riporta, inoltre, un temperamento facile ma vivace, irrequieto ed impulsivo, "era ed è sbadata". L'inserimento nella scuola dell'infanzia e l'adattamento al contesto sono stati adeguati perché "ci andava già la sorellina maggiore ed era felice di andarci anche V."; nella scuola primaria e secondaria di I grado, invece, l'adattamento al contesto è stato problematico a causa di difficoltà relazionali con i compagni di classe, e discreto rendimento scolastico. A scuola secondaria di II grado, V. racconta di essersi inserita adeguatamente nel contesto classe con rapporti amicali positivi e ottimo profitto, "nonostante le mie preoccupazioni iniziali, tutto è andato bene; sono una delle più brave della classe e nel triennio vorrei specializzarmi in pasticceria". V. non frequenterebbe attività extrascolastiche a causa di uno stato di stanchezza che la stessa attribuirebbe agli impegni scolastici e quotidiani e alla

piastrinopenia.

Alla domanda: "Cosa vi porta qui?", la madre prende la parola: "Siamo qui, inviati dal Dr del XXIII di Bari, il quale ha ritenuto che V. intraprendesse un percorso psicologico. V. è in sovrappeso e ha difficoltà a seguire una dieta".

T: "Come vi spiegate questa difficoltà?"

M: "V. è affetta da piastrinopenia cronica, che la costringe ad una terapia farmacologica con dosi massicce di cortisone. Il cortisone le crea un frequente senso di fame ed aumento di peso; per questo, ha difficoltà a seguire una dieta e a perdere il peso gradualmente acquisito dal momento in cui abbiamo scoperto la malattia, all'età di 10 anni. Sino all'età di 9 anni è cresciuta con una corporatura magra. A San Marzano, nel paesino in cui viviamo, è l'unica bambina con questa patologia, per cui viene sottoposta a controllo circa ogni tre settimane/un mese, con ricoveri in caso di carenza di piastrine. La sua reazione è stata una chiusura in se stessa. V. non esce mai, è molto selettiva nelle amicizie. Ha qualche amica, compagna di classe, in provincia di Brindisi con cui ha difficoltà ad uscire in orario extrascolastico, data la distanza. Io, come mamma, sono molto preoccupata per questa chiusura in se stessa, temo possa isolarsi troppo. Noi nel fine settimana usciamo, sua sorella maggiore ha il suo gruppo di amici col quale esce spesso, mentre V. preferisce rimanere a casa a leggere un libro, ascoltare la musica, vedere un film".

La madre invita V. ad intervenire e V. dice: "sì, sono molto pigra e preferisco rimanere a casa, in cui ho i miei interessi. Esco solo se me lo chiedono due amiche del mio paese, che sono le stesse con cui al mattino vado a prendere l'autobus per andare a scuola."

T: "Ti capita di prendere iniziativa e di invitare le tue amiche per uscire?"

V: "No. Aspetto sempre che siano loro a chiamarmi e non sempre accetto di uscire perché mi piace restare a casa."

T: "Mi stai dicendo che ti sembrano più interessanti i tuoi hobby in casa piuttosto che divertirti in giro con le amiche e magari fare nuove conoscenze?"

V: "Non esco perché ho paura di fare nuove amicizie

e poi perderle, come mi è già accaduto alla fine della scuola elementare e della scuola media. Credo sia normale. Esco di meno anche per via degli impegni scolastici; andando a scuola a Brindisi, rientro a casa alle 15:00, pranzo, devo fare i compiti e quando finisco sono stanca. Diventa ora di cena e vado a letto presto. La mattina mi sveglio alle 6.00."

T: "Cosa mi dici a proposito del problema per cui sei qui?"

V: "Qui mi ha mandata il medico perché mi ripete ad ogni controllo in ospedale che devo dimagrire, altrimenti il farmaco non fa effetto e lui è costretto a somministrarmi un dosaggio da adulto, quindi superiore a quello che sarebbe sufficiente per la mia età. Io, però, ho già provato a fare la dieta un paio di anni fa. I miei genitori mi portarono da una nutrizionista, la quale disse che non ero pronta ad impegnarmi per fare la dieta. Non ci riuscivo e credo non ce la farò neanche questa volta."

T: "Perché pensi di non farcela?"

V: "ho già provato e non ci sono riuscita perché sono golosa; mi fa ingrassare il fatto che, sia a pranzo che a cena, aggiungo cibo, faccio il bis perché ho ancora fame. Al termine del pasto, ho sempre quella sensazione di pienezza, mai di fame. Credo che il mio corpo si sia abituato a ricevere una certa dose e tipologia di cibi, prevalentemente calorici, e adesso non riesce più a farne a meno. Io non mangio verdure, per es.

T: "Cosa succede se provi a mangiare qualcosa di diverso dalla vostra solita routine alimentare, come la verdura che hai appena citato, e come immagino sia accaduto quando hai tentato di fare la dieta?"

V: "sì, succede che il mio corpo mi richieda i soliti cibi calorici quando cerco di fare la dieta ed io non riesco a trattenermi. Per questo penso di non farcela: non riesco a controllarmi, alla fine cedo."

T: "Ti succede di accorgerti che stai mangiando perché sei triste, arrabbiata, agitata? A causa di un'emozione?"

V: "Sì! Ne sono perfettamente consapevole. Quando sono nervosa so che andrò a mangiare qualcosa che non farà bene al mio corpo. Spesso mangio perché sono annoiata, e riesco a contenere questa cosa quando ho più impegni, come nel periodo

scolastico, invece in estate conduco una vita molto sedentaria. Esco poco, mamma e papà vanno a lavoro ed io mi occupo di mia sorella più piccola e delle faccende di casa, faccio le pulizie e cucino per il pranzo, di modo che mamma e papà trovino pronto al rientro a casa. Mia sorella più grande che dovrebbe aiutarmi, spesso esce. Quando mamma rientra, grida, se non siamo riuscite a fare tutti i servizi che avremmo dovuto fare e si arrabbia, soprattutto con me, se trova pacchi di patatine, tarallini e caramelle aperti. Magari non sono stata io, ma mia sorella, e lei incuba me che devo dimagrire."

M: "Ho bisogno di aiuto in casa. Quando io vado a lavoro, voi, anziché dormire e oziare, mi date una mano."

V: "Sì, ma Federica (sorella maggiore) se la svigna come può e, alla fine, tocca a me perché non esco."

T: "Che rapporto hai con le tue sorelle?"

V: "Nei confronti della piccola sono attenta, giochiamo insieme. Con la più grande ho un rapporto un po' conflittuale, mi fa perdere la pazienza perché mi lascia spesso a fare i servizi in casa da sola, prende i vestiti dal mio armadio e altro."

T: "Mamma e papà vanno d'accordo?"

V: "Sì sì, abbastanza. A cena ci ritroviamo tutti, riusciamo a raccontarci come è andata la giornata, ciò che è stato positivo o meno. Parliamo delle nostre preoccupazioni e ci diamo consigli, riusciamo anche a chiarire quando capita di discutere."

T: "Mi racconti l'ora dei pasti?"

V: "Sì, allora... durante il periodo scolastico io e Federica rientriamo a casa alle 15:00 e ci prepariamo la pasta da sole"

M: "Io sono a lavoro e non riesco a controllare la quantità di pasta che si preparano. La sera a cena la rimprovero quando esagera. Il medico glielo ha detto che deve mangiare meno, ma non riesce proprio."

V: "Effettivamente esageriamo sulle quantità perché torniamo da scuola che siamo affamate. Al mattino io vado a scuola senza fare colazione, a merenda mangio un pacco di tarallini, e alle 15:00 arrivo a casa con tanta fame. Di pomeriggio torino a fare merenda con quel che trovo in casa, ma preferisco patatine, biscotti, insomma non proprio cibo sano. Alle volte decido di mangiare un frutto,



pensando a mamma che mi ripete di mangiare sano, ma poi no ne sono soddisfatta e finisco col mangiare anche altro; invece, il carboidrato mi da quel senso di pienezza che non mi lascia il frutto. Il frutto viene assimilato subito perché sano; ciò che è più grasso è più difficile da assimilare, ci mette più tempo e mi lascia maggior senso di pienezza. Nel pomeriggio, mi basta aprire la dispensa e trovo quel che mamma avrebbe comprato per gli ospiti, e alla fine lo mangiamo noi. In estate riusciamo, invece, sia a pranzare che a cenare insieme a casa, ad un orario regolare, ed è un bel momento da condividere attorno alla tavola."

T: "Bene. Cosa pensi del percorso psicologico che potresti intraprendere qui?"

V: "Penso che non sono sicura che verrò; devo prima vedere se mi piacete! Il Dr mi chiede di dimagrire. Io non avrei voluto ingrassare. È successo. Adesso devo dimagrire affinché il farmaco faccia effetto."

T: "Cosa ti aspetti?"

V: "Credo che "aprirmi", imparare ad esprimere le mie emozioni possa farmi bene, indipendentemente dagli obiettivi che riusciamo a raggiungere, che possa dimagrire o meno."

T: "Seguiranno a questo primo colloquio, una serie di altri incontri in cui ti somministrerò dei test per conoserti meglio, compilerai dei questionari. Al termine di questa valutazione, tornerai con i tuoi genitori per un colloquio di restituzione dei risultati emersi dai test e poi partiremo con la psicoterapia." Si evince motivazione estrinseca al trattamento psicologico. Il pensiero appare caratterizzato da svalutazione, preoccupazioni rispetto al suo attuale stato di salute, all'alimentazione emozionale e al senso di incapacità e discontrollo nella gestione del rapporto col cibo (disregolazione alimentare); in ambito sociale, ruminazioni incentrate sul timore di essere rifiutata inibiscono l'esercizio delle sue abilità, promuovendo evitamento dell'esposizione e, dunque, isolamento; in ambito familiare, rimugini legati ad un senso di incomprensione implementano conflittualità con la mamma e la sorella maggiore. L'affettività appare tendenzialmente orientata in senso depressivo: un atteggiamento composto

lasciava spazio ad espressioni di rabbia, tristezza e timore.

Assente consapevolezza genitoriale del legame tra obesità e disagio psicologico; la motivazione di padre e madre al trattamento di V. è ricondotta alla esclusiva necessità di perdere peso affinché la terapia farmacologica della piastrinopenia cronica funzioni, si mostrano disponibili al coinvolgimento terapeutico.

ASSESSMENT CLINICO

L'assessment clinico, cognitivo-comportamentale, ha permesso una approfondita valutazione del caso ai fini dell'eventuale presa in carico, della messa a fuoco degli obiettivi del trattamento a breve, medio e lungo termine, concordati con V., ed evidenziare le modalità di intervento adeguate.

V. è stata sottoposta alla somministrazione psico-diagnostica dei seguenti test: MMPI-A e EDI-3.

Altri strumenti utilizzati in assessment sono stati:

- Osservazione clinica,
- diario di automonitoraggio (ABC),
- tecniche immaginative,
- schede di attività.

In fase di assessment generalizzato e focalizzato, assegnare con regolarità gli homework, unitamente ai colloqui e alla somministrazione di strumenti standardizzati e non, ha permesso il monitoraggio di criticità e risorse nelle diverse aree di funzionamento psicologico, emotivo, comportamentale e sociale di V. ai fine della costruzione di una base line, e dunque di uno specifico formulazione del caso e programmazione dell'intervento terapeutico.

La valutazione clinica ha rilevato nella norma le reazioni psicofisiologiche, fatta eccezione per alcune situazioni d'esposizione sociale, nello specifico: parlare in pubblico in sede di interrogazione scolastica e passeggiare in paese con le amiche. V. percepisce ansia anticipatoria nei termini di tachicardia, tremore, sudorazione, vampane di calore, confusione, per quanto non rappresentino un inibizione in ambito scolastico perché riesce ad autoregolarsi e portare a termine il compito (è tra le più brave della classe); si associano, invece,

ad evitamento comportamentale delle uscite con le amiche per via di pensieri disfunzionali legati al timore dell'errore, del giudizio e di essere rifiutata. Abile nel riconoscimento, discriminazione e verbalizzazione delle proprie emozioni in colloquio, possiede un adeguato vocabolario emotivo, mette in atto evitamento nel corso della propria quotidianità, con ricorso al cibo o all'isolamento sociale, come rinforzo negativo.

Nell'area sociale, si osservano ottime capacità empatica, di ascolto e rispetto dei turni conversazionali, di mantenere il contatto oculare e la distanza interpersonale durante la comunicazione. Si evidenziano criticità legate all'assunzione di uno stile relazionale passivo-aggressivo e mancanza di assertività per timore del giudizio, disapprovazione e rifiuto, in virtù di un'immagine di sé negativa e, dunque, socialmente non attraente, disagio nel parlare in pubblico e reticenza a rispondere verbalmente alle aperture altrui. Difficoltà ad integrarsi nel gruppo dei pari e a fare nuove conoscenze, ipersensibilità alle critiche o alla disapprovazione. V. manifesta una marcata riluttanza ad intraprendere nuove attività a causa dell'imbarazzo e dell'umiliazione potenziali e da qui isolamento sociale ed eccessivo

coinvolgimento in attività solitarie e che lei identifica nelle sue passioni (leggere, ascoltare musica, chat on line, vedere film).

In area cognitiva, le tabelle di seguito riportate evidenziano risorse e bias del pensiero, unitamente a pochi ed esemplificativi ABC che mostrano una rappresentazione cognitiva degli eventi e conseguente reazione emotiva e comportamentale disfunzionale.

Lista degli errori cognitivi di Beck

Doverizzazioni	"Devo piacere a tutti altrimenti sarò rifiutata"
Personalizzazione	"Credo possa essere colpa mia se ho questa malattia"
Riferimento al destino	"Penso che non riuscirò più a fare la dieta e che ingrassero sempre di più"
Ipergeneralizzazione	"Un brutto voto a scuola renderà mamma e papà delusi da me"
Astrazione selettiva	"Se non rispondono al mio invito ad uscire vuol dire che mi rifiutano"
Squalificare il lato positivo	"Non credo che i complimenti da parte degli altri siano veri, lo dicono solo per essere gentili"
Lettura del pensiero	"I miei amici o i loro genitori possono pensare che ho un brutto carattere, come dice mamma"
Ragionamento emotivo	"Sento che mi rifiuterà e sarà così"
Visione a Tunnel con scarse capacità di problem-solving	"Il francese non mi piace, alle interrogazioni mi farò prendere dall'agitazione e mi bloccherò. So già che quest'anno avrò il debito"

Risorse cognitive

Ottima l'abilità di ragionamento astratto
Ottima capacità di discriminazione di pensieri, emozioni, comportamenti
Buona capacità di verbalizzazione di pensieri, emozioni e comportamenti
Buona la consapevolezza delle proprie emozioni
Buona capacità di analisi del proprio dialogo interiore
Ottimo livello di consapevolezza delle proprie componenti disfunzionali: timore dell'errore, del giudizio e del rifiuto; il cibo come elemento di regolazione emotionale

Tab. 1 - Errori cognitivi e risorse



La valutazione clinica ha riposto il focus dell'attenzione anche sull'analisi funzionale del comportamento problema, che permette di rac cogliere informazioni sui pattern di mantenimento di un comportamento indesiderabile; nel caso specifico, come evidenziato dalla tabella di seguito riportata, la formulazione dell'ipotesi funzionale induce a definire che precise condizioni stimolo in cui la mamma presta attenzione al comportamento indesiderabile attraverso il rimprovero ed ignorare il comportamento positivo di V. rinforza e mantiene i comportamenti target di evitamento sociale e craving. È assente il rinforzo sociale.

IL MODELLO DEI FATTORE EZIOLOGICI E DI MANTENIMENTO DEL DISAGIO

Una figura materna emotivamente non responsiva e che presenta difficoltà nella sintetizzazione affettiva con i bisogni della figlia, si approccia a quest'ultima con un costante atteggiamento ipercritico e giudicante che innesca credenze centrali auto svalutanti tali da sviluppare bassa autostima; un genitore umiliante che genera nella figlia una rappresentazione di sé negativa e, dunque, stima negativa

ABC Cognitivi

A (Activating event)	B (Belief System)	C (Consequences)	Intensità emotiva 0-100%
Parlare in pubblico durante un'interrogazione	"Non andrà bene perché farò scena muta o sbaglierò e gli altri mi prenderanno in giro"	Agitazione	60%
		Paura	85%
		Vergogna	85%
		l'interrogazione va bene	
Penso al futuro	"Non so cosa aspettarmi e temo di non essere capace di affrontare gli eventi che verranno"	Paura	60%
A pranzo da un'amica	"Farò una brutta impressione ai genitori"	Paura	80%
		Mi comporto bene	
Con le amiche parliamo di "peso"	"Non mi piacciono nelle mie forme. Mi sento diversa da loro. Se avessi seguito la dieta del nutrizionista anni fa, adesso non sarei così"	Tristezza	80%
		Vergogna	80%
		Rabbia	70%
		Faccio silenzio o cambio discorso	

Tab. 2 - ABC Cognitivi

Analisi funzionale del comportamento

A (Antecedente)	B (Comportamento)	C (Conseguente)
Mamma è a lavoro	V. mette in ordine la casa	Mamma torna a casa ed ignora V.
Mamma torna a casa ed ignora V.	V. avverte senso di noia V. mangia patatine	Sollievo dal senso di noia (rinforzo negativo) Mamma la rimprovera
Mamma la rimprovera: "V. mangi troppe schifezze e non riesci a dimagrire"	V. risponde ad alta voce: "ho fame!!!"	Mamma ribatte: "se continui ad ingrassare il farmaco non funzionerà, dice il medico"
Mamma ribatte: "se continui ad ingrassare il farmaco non funzionerà, dice il medico"	V. risponde: "Pensa a te!" si chiude in camera	Mamma ribatte: "Hai davvero un brutto carattere! Se non cambi atteggiamento saranno guai per te."

Tab. 3 - ABC del comportamento

come problema derivante da un apprendimento da modello disfunzionale, sia da un punto di vista affettivo che cognitivo. La bassa autostima rappresenta un fattore di vulnerabilità ed eziopatogenetico dell'ansia sociale, che a propria volta implica uno stile cognitivo pre dittivo e generalizzante di tipo negativo o catastrofico, tale da manifestarsi anche in forma anticipatoria perché legata al senso di incapacità di far fronte (coping) materialmente



e/o emozionalmente alle situazioni temute sopravvenienti. V. teme di non poter reggere emozionalmente la situazione paventata (timore dell'errore, del giudizio negativo e del rifiuto – eccessiva preoccupazione di poter fare qualcosa d'imbarazzante o umiliante e che per questo gli altri penseranno male di lei e la rifiuteranno), di non essere in grado di controllare il proprio comportamento e le proprie emozioni come accade quando ricorre al cibo ed evita l'esposizione sociale con funzione di rinforzo negativo; teme, quindi, di non produrre le risposte comportamentali adeguate e di lasciar trapelare con troppa evidenza emozioni di ansia, paura, vergogna oppure convinzioni personali di inferiorità, inadeguatezza. Fattori di carattere genetico/biologico, socio-ambientale, modeling genitoriale d'alimentazione emotionale, legame d'attaccamento scarsamente responsivo ai bisogni di V., bassa autostima e scarso self efficacy rappresentano i predisponenti del disagio psicologico riportato da V., manifestatosi con i seguenti eventi precipitanti: all'età di 9 anni diagnosi di piastrinopenia, terapia farmacologica, incremento ponderale, interruzione di un significativo rapporto amicale, derisione ed esclusione del gruppo classe. V. manifesta, attualmente, ansia sociale ed alimentazione emotionale, i cui fattori di mantenimento sono: bias cognitivi, modalità di coping disfunzionali, scarsa autostima, stile familiare d'alimentazione emotiva, conflittualità nel rapporto con la figura materna.

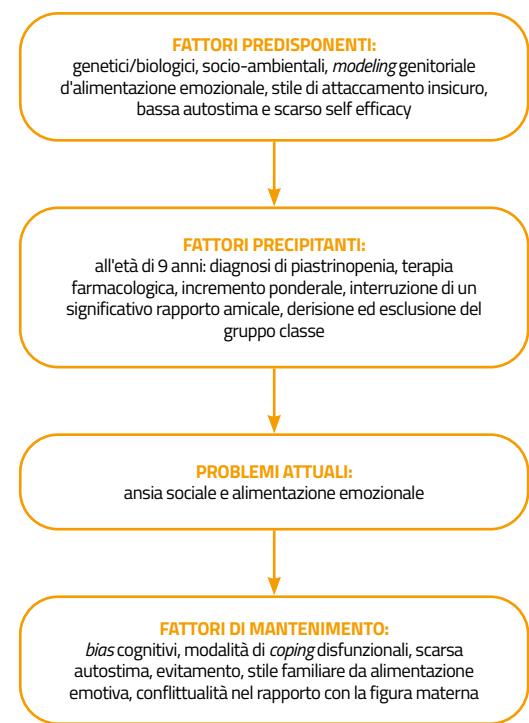


Fig. 1 - Il modello dei fattori eziologici e di mantenimento

Il modello cognitivo dell'ansia di Clark & Beck (2010) è il riferimento teorico nella formulazione del caso specifico con fini esplicativi del funzionamento psicologico di V., come si evi-denziava dalla **Fig. 2**.

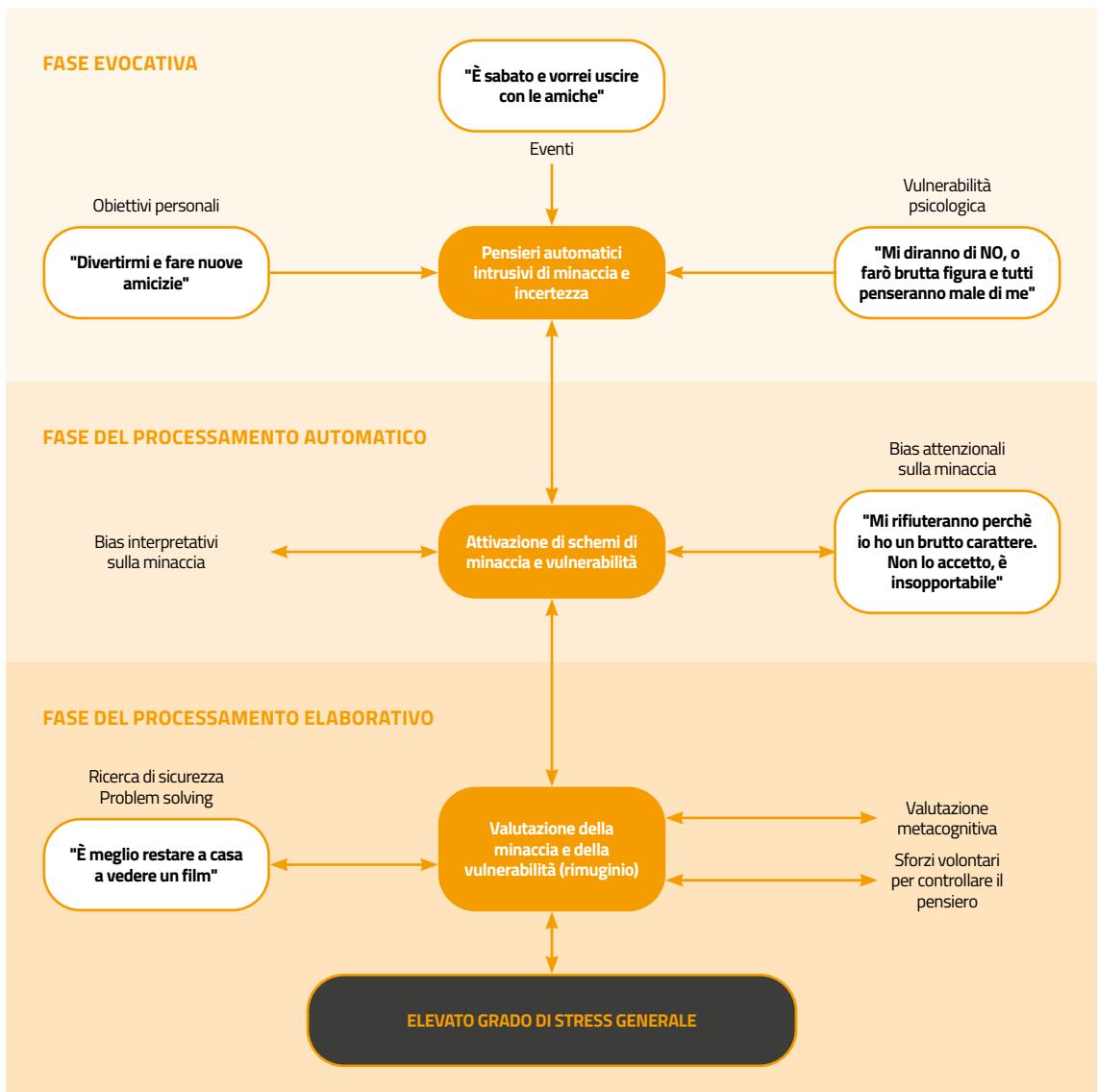


Fig. 2

Pericolo sovrastimato
+ Sottostimata capacità di affrontare una situazione
= Ansia elevata

V. evita l'esposizione sociale in virtù del timore dell'errore, del giudizio e del rifiuto; tali pensieri disfunzionali generano ansia, compromettendo

il funzionamento psicologico e socio-relazionale ed inficiando, a lungo termine, anche il tono dell'umore. V. manifesta una persistenza continua della minaccia di "far brutta figura perché sono sbadata; gli altri penseranno negativamente di me, ricordandoselo per sempre, e mi rifiuteranno". Questa erronea interpretazione di sé e dell'altro le genera

ansia anticipatoria e previsioni catastrofiche, inducendola ad attendere che avvenga realmente la temuta tragedia, sulla quale si attiva rimugino; questo accade perché finisce per dare per scontato che qualsiasi pensiero sorga per primo nella sua testa sia vero, e dunque non è in grado di valutare serene- namente e obiettivamente la probabilità che questo evento si possa verificare, tendendo a sovra- stimare la possibilità che accada. I suddetti pensieri disfunzionali e stati d'animo spiacevoli vengono af- frontati da V. attraverso il mangiare che equivale ad una fonte di distrazione e possiede un effetto calmante (Beck 2007); a questo segue la percezione di perdita di controllo, senso di fallimento e colpa, che a propria volta attivano preoccupazione per la forma ed il peso del corpo (ulteriormente sostenute dalla madre e dal medico che attendono un dima- grimento affinchè funzioni la terapia farmacologica per la piastrinopenia cronica). La preoccupazio- ne per la forma ed il peso del corpo alimenta un cir- colo vizioso che induce al controllo del corpo, l'evi- tamento del corpo ed il sentirsi grassi (Beck 2007). A questo V. reagisce con comportamenti di isola- mento sociale, (fatta eccezione per la frequentazio- ne scolastica) come rinforzo negativo, alla ricerca di sollievo da cognizioni ed emozioni spiacevoli.

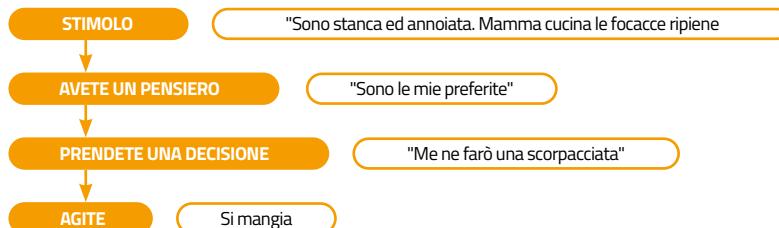


Fig. 3 - Dall'evento scatenante al mangiare secondo Beck(2007)

IL PIANO D'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO

L'assessment, in quanto fase di valutazione, non si conclude prima del trattamento, ma pro- segue anche nel successivo step, intrecciandosi con l'intervento per verificarne l'andamento me- diante procedure di monitoraggio e retest. L'in- tervento inizia con la definizione degli obiettivi,

in cui V. è stata coinvolta, e l'illustrazione delle procedure da applicare secondo i principi della te- rapia cognitivo comportale, col fine di ottenere la sua collaborazione attiva nel processo terapeu- tico. Le regole del setting sono state esplicitate al primo colloquio e rispettate in modo costante. Ogni sessione di terapia è stata strutturata in step consecutivi:

1. attenzione agli homework con valutazione del piano d'azione della seduta precedente,
2. resoconto di ogni esperienza emotivamente significativa vissuta durante la settimana,
3. focus su trasformazione di cognizione, emo- zioni e comportamenti disfunzionali,
4. prescrizione degli homework per la seduta successiva,
5. riepilogo e commento.

L'assessment cognitivo, emotivo, comporta- mentale e sociale ha evidenziato risorse e cri- ticità in virtù delle quali stabilire gli obiettivi di intervento in accordo con V. e coinvolgendo in ultimo, anche, la sua famiglia in un incontro di restituzione dei risultati della valutazione, la quale ha richiesto 8 colloqui. L'obiettivo genera- le della terapia sta nell'aumento della consape- volezza di V. dei propri processi di costruzione

della realtà che con- tribuiscono al man- tenimento del suo disagio psicologico, al fine di modififarne gli aspetti disfun- zionali e consentire modalità più flessibili di adattamento agli eventi stressanti. Alla domanda del tera- peuta: "Se avessi una

bacchetta magica, quale desiderio vorresti che venisse esaudito?", V. risponde: "dimagrire ed aprirmi a nuove conoscenze uscendo più spes- so con gli amici; vorrei seguire al meglio questo percorso psicologico per modificare alcune abi- tudini e degli aspetti del mio carattere di cui non sono fiera."



ESPERIENZE SUL CAMPO ALLA RICERCA DI SICUREZZA: IL CASO CLINICO DI UN'ADOLESCENTE

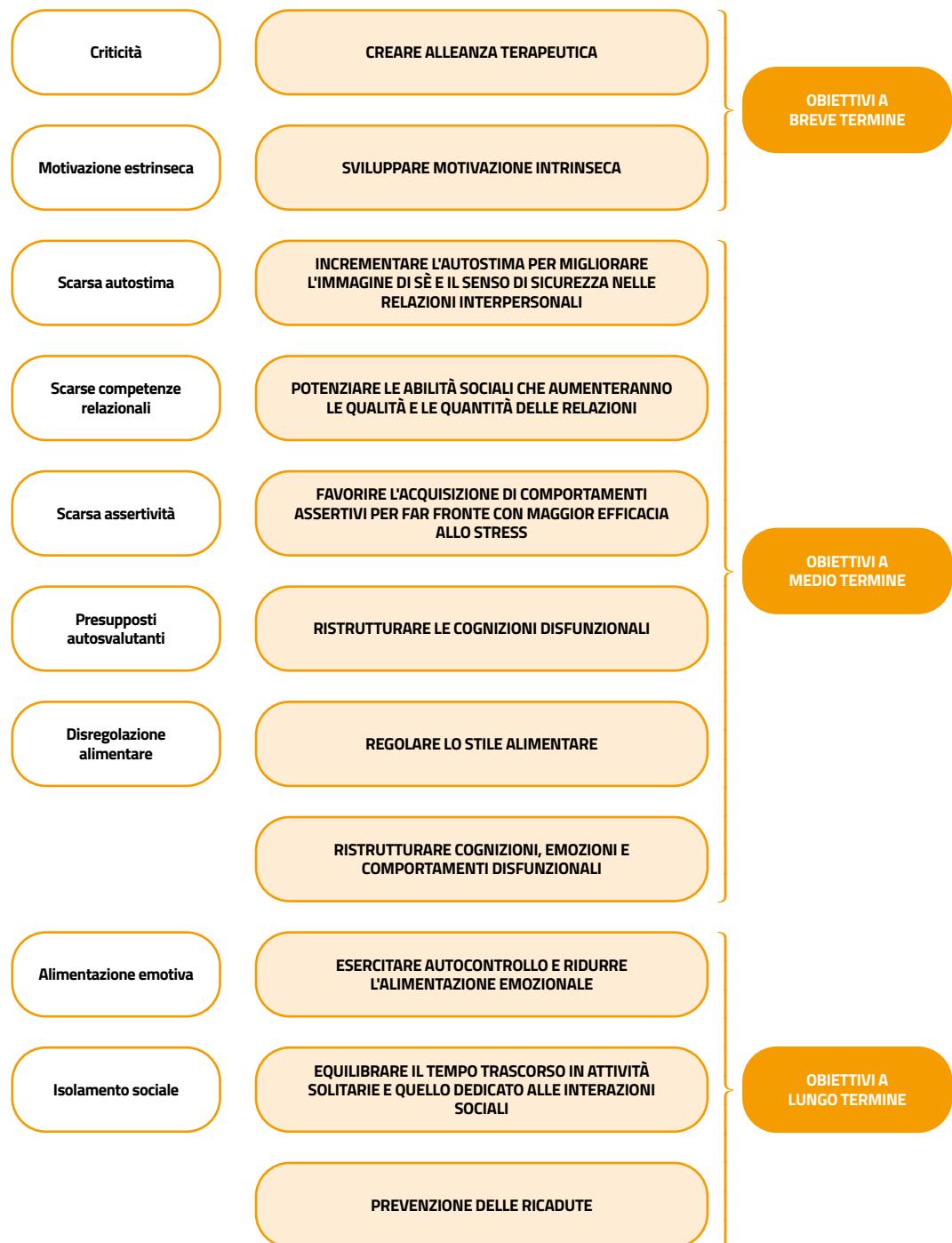


Fig. 4 - Gli obiettivi terapeutici

I PASSI TERAPEUTICI

La costruzione di una buona alleanza terapeuta parte già dal primo colloquio, in cui si accoglie V. e la sua famiglia con atteggiamento professionalmente disteso ed accogliente, ed applicando la tecnica di rispecchiamento, tale da permettere all'utenza di sentirsi compresa e a proprio agio. Dal secondo colloquio è iniziata la psicodiagnosi. L'incipit del colloquio con V., post somministrazione testistica è iniziata con: "terminati i test, procediamo col conoscerci ancora meglio. Mi piacerebbe sapere quali sono i tuoi interessi. Vorrei elencare cosa ti piace fare e ti riesce bene, e cosa non ti piace e non ti riesce bene; ciò di cui sei fiera e ciò di cui ti vergogni; quali sono le situazioni in cui senti emozioni di gioia, di tristezza, di paura, di rabbia. Completiamo le frasi: "Mi sento benissimo quando..." invece, " odio quando...", "la cosa che più mi piacerebbe cambiare di me stesso è..." Quanto emerso in termini di cognizioni, emozioni e comportamenti, ha permesso di iniziare a riflettere sulla motivazione al trattamento di V. che, al primo colloquio, è risultata estrinseca: "Sono qui, inviata dal medico, che mi ha prescritto il dimagrimento affinchè la terapia farmacologica abbia effetto. Sono scettica rispetto alla possibilità di poter riuscire a perdere peso perché ci ho già provato in passato, andando da una nutrizionista, e non ci sono riuscita. Non so se continuerò a venire qui, vediamo se mi piace... d'altro canto riconosco che "aprirmi", esprimere me stessa, possa farmi bene, indipendentemente dal dimagrire e credo che questo percorso debba essere impegnativo, un po' come lo è andare a scuola in cui non ho alternative e mi tocca studiare e se non lo faccio, creo un danno a me stessa.

T: "Cosa vuol dire per te dimagrire, come ti ha prescritto il medico?"

V: "credo di dover dimagrire di 50 kg, ma pensarmi magra mi rende felice. Al momento peso 97kg, e già perderne una 20ina sarebbe un traguardo. Per me dimagrire vuol dire riuscire a realizzare i miei sogni: vedermi bella, guarire dalla mia malattia, avere una carriera importante. Questo percorso è il mio obiettivo fondamentale."

T: "Quali possono essere i vantaggi che potresti

trarre dall' impegno nella psicoterapia?"

V: "vorrei riuscire a non sentirmi a disagio mentre sono in compagnia dei miei coetanei oppure quando si affronta l'argomento "peso" con le amiche in cui il disagio raggiunge livelli massimi. Vorrei riuscire a saziarmi con porzioni minori per non sentirmi in imbarazzo quando mangio con le amiche. Se riuscissi a dimagrire potrei guardarmi allo specchio senza notare quelle orribili smagliature e potrei indossare gli abiti di una quindicenne, correre o almeno stare al passo delle mie coetanee senza sentire l'affanno o altri dolori. Vorrei che i medici non mi trattassero più con l'argomento "peso" e "dieta" e chissà se potrà esserci una guarigione dalla mia malattia qualora il farmaco inizi a fare effetto. Vorrei non essere più presa in giro."

T: "benissimo, potremmo appuntarli di modo che fungano da riferimento qualora dovessi riscontrare un calo della motivazione. Sarai seguita da un dietista che si occuperà del tuo piano alimentare e del tuo graduale calo ponderale. Io mio occuperò, invece, della sfera psicologica e potrai fare riferimento alla mia figura ogni qualvolta ti sentirai a disagio o in difficoltà in ogni ambito della tua vita: familiare, sociale, scolastico, individuale, oltre al tuo rapporto col cibo."

Per potenziare la compliance al trattamento, identificare gli aspetti che V. volesse cambiare è stato molto utile, non focalizzandosi in primis sulla modificazione del suo comportamento alimentare, il quale sarebbe stato oggetto di intervento come obiettivo a medio termine. La valutazione della motivazione tiene conto del desiderio di cambiamento, della disponibilità e della fiducia in se stessi, a proposito di cui V. pare in deficit, pertanto il primo obiettivo a medio termine corrisponde proprio all'incremento della autostima.

Ai fini dell'elevazione dell'autostima, l'indagine e l'intervento si sono focalizzate sul dialogo interiore di V. e, dunque, sull'identificazione delle sue autoaffermazioni di modo da comprendere quanto concorrono a determinare un'autoimmagine negativa. Insegnare a V. il legame pensiero-emozione-comportamento in termini di A-B-C è stato utile ad individuare le situazioni in cui percepisce disagio, che fungono da



stressor – nonché esperienze di rifiuto, di criticismo svalutativo – e a monitorare cognizioni, stati d'animo più o meno intensi ed azioni. Al suddetto fine ha contribuito l'impiego di tecniche immaginative, sia in colloquio che nella prescrizione di homework (lettere non spedite), in cui V. è stata incoraggiata ad esprimere verbalmente e chiarire i propri stati d'animo immaginando una conversazione oppure di raccontarsi ad una persona significativa (la mamma) con cui non riesce ad affrontare alcuni argomenti.

stato d'animo piacevole. Questo ha fatto sì che V. iniziasse ad esperire le emozioni piacevoli che contraddistinguono le relazioni amicali e ha formulare tali pensieri: "Mi sono molto divertita ad uscire con gli amici. In questa settimana è accaduto 4 volte. Penso mi sia persa tanto in questi anni in cui sono rimasta a casa. Questo mi spinge a riprovare ancora, ad uscire di nuovo. Chiederò alla mia amica di organizzare qualcosa da fare insieme per sabato."

Nel corso dell'intervento terapeutico, sono state impiegate diverse tecniche e vari strumenti cognitivo comportamentali; è stato fondamentale un intervento sull'ambiente familiare: V. è un'adolescente che presenta alimentazione emotiva, nonché disegolazione alimentare, pertanto necessita di imparare ad esercitare autocontrollo rispetto al suo rapporto col cibo;

ABC Cognitivo

A	B	C (Intensità 0-100%)
Mamma trova i salatini aperti e si arrabbia con me (non sono stata io, ma mia sorella)	"Non ha fiducia in me e nella possibilità che riesca a dimagrire. Credé che venga qui solo perché me lo ha prescritto il medico, e prima era così...adesso non lo è più. Vengo qui perché voglio raggiungere i miei obiettivi, e passo dopo passo ci arriverò"	Tristezza 70% Mi difendo: "secondo te cosa ci vado a fare dalla psicologa?"

Tab. 4 - ABC Cognitivo

A ciò ha fatto seguito un intervento di psicoeducazione inerente gli errori cognitivi di una "mente ansiosa" (Beck, 2010) che le ha permesso di divenire particolarmente abile ad individuare i propri bias del pensiero, tale da favorirle la trasformazione degli stessi. È stato possibile coinvolgere V. nella ri-strutturazione delle proprie cognizioni disfunzionali caratterizzate, prevalentemente, da attribuzioni di tipo interno-stabile-globale per gli eventi spiacевoli ed attribuzioni di tipo esterno-instabile-specifico per gli eventi piacevoli. V. riconosce che la svalutazione, l'ipergeneralizzazione, la visione a tunnel, il ragionamento emotivo e la lettura del pensiero sono gli errori dominanti il suo pensiero ansioso e che fungono sia da fattori eziologici che di mantenimento del suo disagio. V. si impegna a sperimentare non solo il riconoscimento delle convinzioni errate nel circostanze in cui si attivano, ma anche nella correzione di essi attraverso la produzione di nuovi pensieri alternativi, tali da indurla ad una maggiore frequenza di esposizione sociale associata ad uno

a tal fine, si richiede un colloquio con i genitori, per ristrutturare le circostanze ambientali e i fattori significativi esterni che influenzano il comportamento di V. di iperalimentazione. Il focus della seduta è stato riposto sul coinvolgimento dei genitori nel percorso psicoterapico, che implica impegnarsi in:

- Lode e rinforzo di ogni comportamento positivo emergente;
- Intervento sull'antecedente (comprare solo cibi sani e mettere in tavola la quantità che può essere consumata – fattori ambientali) del comportamento target di V. (mangiare cibi grassi ed in quantità superiore al necessario): pianificazione ambientale. La suddetta strategia permette di ridurre la frequenza delle occasioni in cui V. si senta tentata dal mangiare cibi grassi perché presenti in casa e sia oggetto di rimprovero da parte della mamma che le sottolinea di "dover dimagrire perché malata", mentre gli altri componenti della famiglia, ugualmente in sovrappeso, mangiano senza alcuna timore. La mamma manifesta

un atteggiamento di difesa e giustificazione del proprio comportamento, oggetto di messa in discussione e cambiamento, in quanto fattore eziologico e di mantenimento del problema di V.; accoglie pedissequamente quanto le restituisco e, pur riconoscendone l'utilità e la rilevanza, pare scarsa la motivazione a collaborare. Si prosegue l'intervento con V., prevedendo un ulteriori colloqui che coinvolgano l'intera famiglia e focalizzarsi sul monitoring di quanto modificato e pianificato nell'ambiente domestico, su un riepilogo di psi-coeducazione e prescrizioni terapeutiche, terminati in fase di follow up.

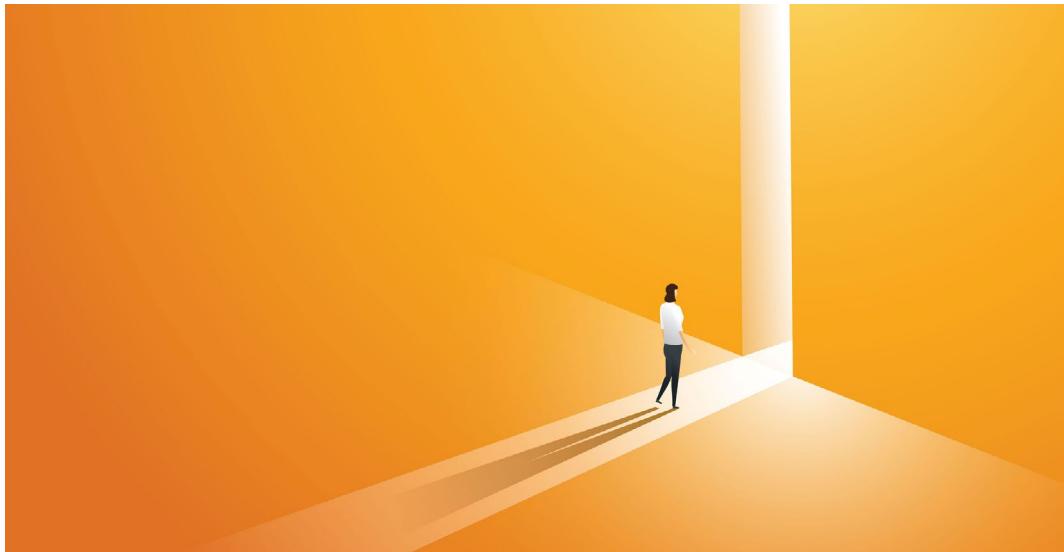
Lo stile terapeutico della scoperta guidata (Beck, 2010) e la ristrutturazione cognitiva dei suoi presupposti disfunzionali, in primis "io non vado bene, sono sbagliata" che le incrementa il timore dell'esposizione sociale, è stata sostenuta dal training di problem solving: ricercare soluzioni alternative ha permesso a V. una "scoperta cognitiva di sé" in cui riformula le sue convinzioni disfunzionali con interpretazioni e soluzioni alternative. Ricercare soluzioni alternative si traduce in seguito anche nella pianificazione di attività alternative all'iperalimentazione o all'evitamento di situazioni temute, rappresenta un'utile strategia di coping che emerge dal problem solving, in quanto abilità da potenziare in V. e che, dunque, motiva l'avvio del training su di esso incentrato. Il Training delle abilità sociali e della comunicazione assertiva per migliorare le capacità relazionali

di V. implica esercizi comportamentali d'esposizione a situazioni temute, tali da promuovere la riduzione di ansia e paura, secondo il principio dell'empirismo collaborativo fondante la terapia cognitivo comportamentale. In accordo con V., si è stabilito di cominciare da un'abilità da potenziare: Prendere iniziativa, di modo da intervenire anche sull'abilità "accettare un rifiuto" qualora si dovessero realmente presentare. Il comportamento di evitamento impedisce a V. di disconfermare la sua credenza centrale negativa che focalizza e sostiene il mantenimento del disturbo. I compiti comportamentali fungono da test di realtà, essenziali in questa fase di psicoterapia in cui V. ha già appreso il modello esplicativo dell'ansia, ma permane in lei un conflitto tra le nuove informazioni acquisite e le vecchie credenze che sostengono il suo disagio psicologico. Attraverso l'analisi delle situazioni nelle quali si scatenavano i sintomi, la paziente ha evidenziato un forte timore del giudizio altrui. La preoccupazione di essere osservata e valutata negativamente le faceva sperimentare un'ansia anticipatoria: "Se inciampo, pensano che ho qualche problema, che sono sbadata e disattenta, e rideranno di me". La consapevolezza dell'influenza che questi pensieri avevano sul suo stato emotivo, l'ha indotta a metterli in discussione ed a sostituirli attraverso un autodialogo più funzionale: "Come faccio a sapere cosa effettivamente stanno pensando? Può esser probabile che stiano pensando ai fatti loro".

ABC Cognitivo

A	B	C (Intensità 0-100%)	Errore cognitivo	Pensiero alternativo	Esito (Intensità 0-100%)
Prendo l'iniziativa di invitare l'amica ad uscire	"Spero non rifiuti, così potrò passare una serata divertente"	Felicità 70% Ansia 90% Timore 90% Tristezza 80% Invio il msg	Svalutazione Ipergeneralizzazione Interpretazione distorta Lettura del pensiero	"invio questo sms pur sapendo che possa ricevere una risposta negativa, ma tentar non nuoce. Il primo passo io lo faccio e poi tocca a lei accettare o meno il mio invito. Qualora rispondesse di no, lo capirei perché anche a me accade di rifiutare l'invito delle mie amiche." "potrei riprovare un'altra sera, sapendo che non rifiutano me come persona, ma l'invito di quella sera, per motivi familiari, di salute."	Mi rende tranquilla il pensiero che ci ho provato. Tristezza 40% Paura 20% Agitazione 50%

Tab. 5 - ABC Cognitivo



CONCLUSIONI

«Secondo il paradigma cognitivo comportamentale, la persona può definirsi socialmente abile quando il suo comportamento è caratterizzato da affermatività sociale, difesa dei propri diritti, espressione di sentimenti positivi e negativi, empatia ed autostima positiva. Pertanto, risulta fondamentale l'individuazione degli schemi che il soggetto utilizza nel valutare se stesso ed il proprio comportamento allo scopo di intervenire anche con una Ristrutturazione Cognitiva. Questa tecnica è particolarmente efficace nel trattamento della Fobia Sociale in quanto i fattori cognitivi sono significativamente determinanti nello sviluppo e nel mantenimento della patologia. La paura di essere oggetto di osservazione, il terrore della valutazione negativa degli altri ed il timore di apparire inadeguati richiedono un intervento mirato alla modifica dei pensieri automatici negativi e delle distorsioni cognitive.» (Poerio e Merenda 2008) V. ha richiesto spontaneamente di iniziare il trattamento nutrizionale, per cui è stato previsto di coinvolgere l'intera famiglia, in sovrappeso, a seguire un corretto piano alimentare; tornando a riporre l'attenzione e a rafforzare il concetto di collaborazione al processo terapeutico. Ad oggi, perseguiti gli obiettivi terapeutici, il trattamento è in fase di follow up.

BIBLIOGRAFIA

- Alice Pope, Susan McHale, Edward Craighead (1988) "Migliorare l'autostima", Edizioni Centro Studi Erikson, Trento.
- David A. Clark, Aaron T. Beck (2016) "Il manuale dell'ansia e delle preoccupazioni", Verona, Positive Press.
- Francesca Baggio (2013) "Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti", Milano, Edizioni Franco Angeli
- Franco Baldini (2004) "Homeworks: Un'antologica di prescrizioni terapeutiche", Milano, Psicologia McGraw-Hill.
- Judith S. Beck (2007) "Come dimagrire col metodo Beck. Imparare a pensare da magro", Trento, Edizioni Centro Studi Erikson.
- Susanna Pizzo, Valentina Massignani (2014) "Disturbi della nutrizione e della alimentazione in età evolutiva. Diagnosi, assessment e trattamento", Trento, Edizioni Centro Studi Erikson,
- Vincenzo Poerio, Maria Teresa Merenda (2008) "La psicoterapia cognitivo comportamentale nella pratica clinica", Roma, Firera & Liuzzo Group.



RI-GENERAZIONE CON I BUONI FRUTTI

“...Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

Art. 27 della Costituzione Italiana

L'organismo di formazione D.ANTHEA ONLUS, in partenariato con S.A.I.D. (soc. coop. Sociale a.r.l.) e in collaborazione con la Direzione della Casa di reclusione di Altamura (Ba) ha concluso, in data 30 Ottobre 2019 (data del seminario conclusivo del percorso), un percorso formativo e professionale mirato a favorire l'inclusione sociale, una volta fuori dai circuiti penitenziari, di persone detenute nella Casa di reclusione di Altamura.

Il progetto è stato realizzato grazie al sostegno finanziario ricevuto dalla Regione Puglia e dall'Unione Europea - POR Puglia FESR - FSE 2014/2020 - nell'ambito dell'Avviso n. 1/2017 "Iniziativa sperimentale di inclusione sociale per persone in esecuzione penale" - LINEA 1. Il progetto è stato

rivolto a 10 adulti ed ha consentito l'acquisizione della qualifica professionale in "OPERATORE/ TRICE PER ATTIVITA' DI INNESTO E POTATURA". E' stato un percorso impegnativo, della durata di quasi un anno. (per un totale di 900 ore, di cui n. 300 ore di formazione teorica in aula, n.600 di attività tecnico/ pratiche e simulazione lavorativa, nonché di misure e servizi di accompagnamento



Gina Lila Delfino Pesce

Direttrice D.Anthea Onlus
sede di Modugno (BA)

Francesca Guglielmi

Dottore di Ricerca, Psicologa, Tutor d'aula
D.Anthea Onlus sede di Modugno (BA)

Maria Barile

Psicologa, Psicoterapeuta,
Tutor progetto "OPERATORE/TRICE PER
ATTIVITA' DI INNESTO E POTATURA"
c/o Casa di Reclusione di Altamura

Daniele Damiani

Tutor progetto "OPERATORE/TRICE PER
ATTIVITA' DI INNESTO E POTATURA"
c/o Casa di Reclusione di Altamura,
Tutor d'aula D.Anthea Onlus
sede di Modugno (BA)



extracurriculari), che ha avuto come obiettivi l'apprendimento di discipline teorico/pratiche utili al conseguimento della qualifica professionale; l'integrazione dei diversi sistemi: imprenditoriale, formativo e sociale; il coinvolgimento degli utenti nella ridefinizione del proprio progetto di vita; il rispetto e la valorizzazione delle diverse culture per superare le difficoltà di relazione e favorire processi di inclusione sociale". I corsisti hanno acquisito nozioni di botanica, fisiologia, fitopatologia vegetale, produzione, coltivazione agricola e sicurezza sui luoghi di lavoro. I partecipanti hanno inoltre applicato competenze nelle principali tecniche agricole, nell'innesto e nella potatura.

Il progetto è stato curato nei dettagli, per assicurare anche un accompagnamento di tipo motivazionale, grazie alla presenza costante dei tutor, nelle persone della psicologa dott.ssa Maria Barile e dell'esperto Daniele Damiani. I docenti coinvolti, esperti e i tecnici del settore, hanno formato i corsisti e realizzato delle opere di ri-generazione, coltivazione ed abbellimento di un'area verde incolta all'interno dell'istituto di reclusione. La realizzazione di quest'area è diventata, simbolicamente, il motore che ha smosso quotidianamente gli ospiti alla partecipazione attiva e partecipativa. I partecipanti, durante le ore di teoria, hanno progettato graficamente e

in seguito coltivato l'area perimetrale interna dell'istituto di pena, allestendo un orto con coltivazione di ortaggi e verdure. Hanno pavimentato una parte dell'area, costruito un gazebo in legno e allestito con panchine e fioriere uno spazio dedicato all'accoglienza dei familiari. Gli spazi esterni dedicati al progetto sono stati delimitati da un muretto a secco costruito, con dedizione, dai partecipanti al progetto grazie alla guida di un docente (anche esperto trullaro).

Alla giornata conclusiva hanno partecipato il Provveditore Puglia- Basilicata della Giustizia, dott. Martone, il Presidente della commissione d'esami in rappresentanza della Regione Puglia, dott. Montillo, il garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà della Regione Puglia, Dott. Piero Rossi, la dott.ssa D'Orazio per l'Ufficio Interdistrettuale di esecuzione penale esterna, la Diretrice del carcere di Biella, dott.ssa Ardito, (al momento dell'evento, al timone della Casa di reclusione di Altamura per un progetto di scambio), il dott. Dabbicco in rappresentanza dell'associazione Libera contro le mafie, gli educatori dell'équipe trattamentale Casa di reclusione di Altamura, dott. Fraccalvieri e dott.ssa Perla, il S.E.R. Arcivescovo Mons. Ricchiuti e la dott.ssa Gina Lilia Delfino Pesce, direttrice dell'Ente di formazione D.Anthea onlus- sede operativa di Modugno. Durante la





manifestazione finale i corsisti hanno ricevuto gli attestati di qualifica, spendibile su tutto il territorio nazionale e non sono mancati momenti di forte commozione. Due ospiti della casa di reclusione, in rappresentanza del gruppo formatosi, hanno voluto rendere testimonianza del percorso fatto. Un percorso formativo globale che ha posto l'attenzione sull'umanità delle persone, sulle scelte, sulle potenzialità, sui punti di forza, ma anche sui limiti su cui lavorare per un futuro ricco di "buoni frutti". Forte è stata la gratitudine riservata dai detenuti per questa opportunità infatti, a termine della manifestazione, è stato volutamente piantato un albero di melograno metafora di prosperità e di raccolta di "buoni frutti".

Tutti i relatori hanno sottolineato l'importanza dei percorsi intramurari, essi ricoprono una duplice funzione. Innanzitutto consentono agli ospiti della casa di reclusione

di "occupare" il tempo all'interno ma non solo, permettono di investirlo per il proprio futuro. La detenzione deve essere un periodo finalizzato alla rieducazione del reo al fine di evitare episodi recidivanti pertanto, incentivare percorsi guidati di formazione con risvolti pratici è un ottimo canale per offrire strumenti fruibili dalle persone recluse una volta fuori dai circuiti penitenziari. È emersa l'importanza di creare una rete di sostegno sociale per i detenuti in uscita al fine di rendere meno difficoltoso il reintegro nel tessuto sociale spesso ricco di pregiudizi ed etichette.





LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO COVID19 PER PERSONE CIECHE E IPOVEDENTI E LA RETE DEL PROGETTO “STESSA STRADA PER CRESCERE INSIEME”

OSSEVAZIONI A CONCLUSIONE DELLA FASE UNO DELL’EMERGENZA SANITARIA

RIASSUNTO

L’articolo descrive l’esperienza dello “Spostello di ascolto psicologico COVID19”, attivata nelle Regioni Puglia e Basilicata nell’ambito del Progetto “Stessa strada per crescere insieme”, che vede la collaborazione di psicologi adeguatamente formati nel campo della disabilità visiva con le singole realtà locali della UICI. Il contributo descrive i dati raccolti nel periodo della “Fase1” della pandemia, tentando di fornire una lettura dell’impatto psicologico che essa ha avuto per le persone portatrici di disabilità visiva o pluridisabili ed i loro familiari.

PAROLE CHIAVE

Sportello di ascolto psicologico – Disabilità visiva – COVID19

PREMESSA

Il progetto “Stessa strada per crescere insieme”

Il Progetto “Stessa strada per crescere

insieme” nasce nel 2017, in attuazione del protocollo d’intesa fra il C.N.O.P. (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) e l’U.I.C.I. (Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti) sottoscritto nell’ottobre 2015. Esso è nato con l’obiettivo di costituire, su tutto il territorio nazionale, una rete di psicologi adeguatamente formati per fornire sostegno psicologico rivolto ai genitori dei bambini e dei ragazzi ciechi, ipovedenti o con disabilità plurime.

Gli obiettivi dichiarati del Progetto sono pertanto quelli di “creare una rete con i potenziali invitanti (ospedali, neonatologie, Neuropsichiatrie Infantili, centri di riabilitazione, medici di base e pediatri), fornire alle famiglie informazioni utili e spazi di riflessione con esperti, realizzando eventi (seminari, conferenze, tavole rotonde) che trattino tematiche relative alla genitorialità e alla disabilità; offrire, in regime di convenzione o di partecipazione, consulenza psicologica a singoli, coppie e gruppi”. Con questo scopo il territorio

Antonio Calamo Specchiat
Puglia e Basilicata Progetto “Stessa strada per crescere insieme”

Ornella De Giorgi
Adalgisa Nicastro
Rita Pacillo
Gonzalo Romero
Licia Santamaria
Angela Somma
Équipe della Regione Puglia

Stefania Albanese
Gerardo Montesano
Maria Ausilia Russo
Équipe della Regione Basilicata

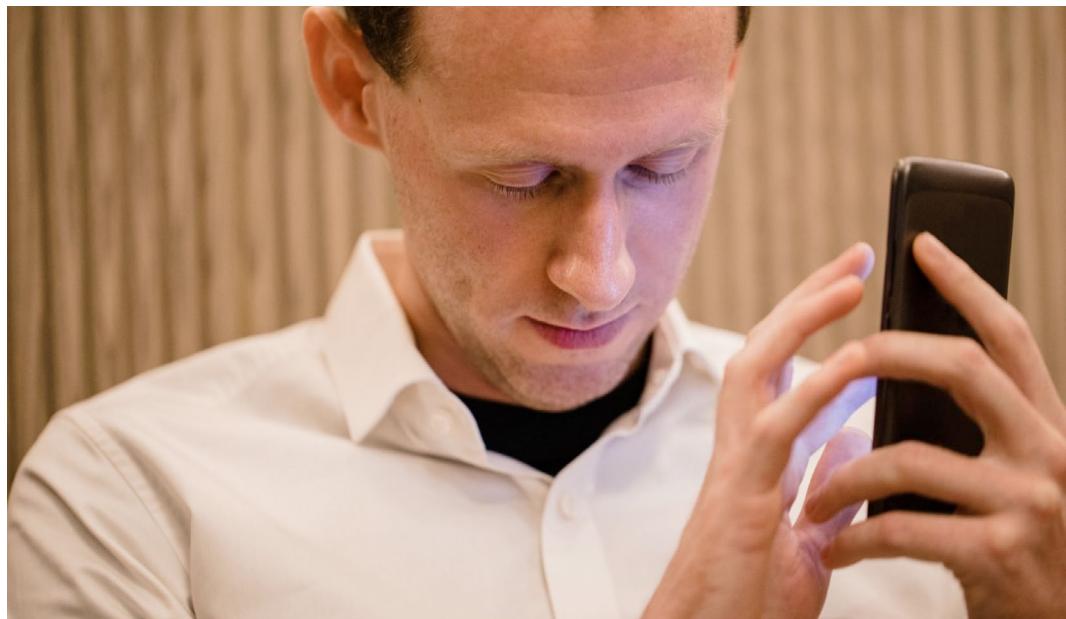
nazionale è stato suddiviso in aree (fra le quali figura la zona Puglia-Basilicata), afferenti ciascuna ad un coordinatore, con il compito di gestire le azioni previste dal Progetto, insieme agli psicologi partecipanti i quali, oltre all'impegno per la diffusione e promozione del Progetto, forniscono le loro prestazioni professionali private per gli utenti della U.I.C.I. ed i loro familiari, alle condizioni privilegiate stabilite dal Protocollo di intesa fra C.N.O.P. e U.I.C.I. del 2015.

Le consuete attività di diffusione del Progetto, fra le quali consulenze psicologiche individuali o di gruppo rivolte ai genitori dei minori con disabilità visiva, sono state bruscamente interrotte, come il resto delle attività nazionali, dall'arrivo della pandemia COVID-19.

Va premesso, per descrivere l'impatto che la pandemia ha avuto per le persone cieche ed ipovedenti, che la vita associativa, in particolare quella legata alla U.I.C.I. ed alle famiglie che vi ruotano intorno, è particolarmente ricca e significativa. L'U.I.C.I. è una realtà che spesso entra in contatto con famiglie sin dai primi momenti in cui queste si confrontano con la

disabilità visiva; è proprio lo specifico momento della gestione della disabilità visiva del figlio, per i genitori, (dall'arrivo della notizia, alla gestione quotidiana, pratica e sanitaria, dall'accompagnamento nella fase evolutiva, alle tematiche delle relazioni fra pari e lo sviluppo psicosessuale) che ha rappresentato la peculiarità del Progetto.

Quando, nel presente contributo, si parla di "rete", si vuole far riferimento alla specifica attività di coordinamento e sostegno attorno a questi cambiamenti; essa rappresenta dunque non soltanto la fondamentale tessitura di rapporti istituzionali che rendono possibili le azioni di progettazione, ma anche e soprattutto la vicinanza e l'accompagnamento attraverso la conoscenza e la scoperta delle possibilità e delle risorse esistenti nella condizione di cieco o ipovedente. Affrontare la disabilità, propria o di un proprio familiare, farvi fronte, conoscere o ri-conoscere sé stessi ed il proprio contesto circostante è un percorso spesso doloroso, in cui la presenza degli psicologi del Progetto "Stessa strada per crescere insieme" ha rappresentato una risorsa





preziosa. Questa premessa, che pure solo in parte accenna l'*humus* emotivo e relazionale dentro cui si sviluppa l'esistenza umana che si confronta con la disabilità, rende più intellegibile la portata del vuoto che il *lockdown* della cosiddetta "Fase uno" ha lasciato: un vuoto di vicinanza empatica, condivisione, relazioni autentiche e di aiuto.

Sin da subito, il Coordinamento nazionale del Progetto ha pensato ad un'azione in grado di contrastare l'isolamento per le persone che si faceva sempre crescente, rischiando di dissolvere il patrimonio umano relazionale costruito nei tre anni del Progetto, dalla sua nascita ad oggi.

LO "SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO COVID-19"

L'azione individuata è stata la costituzione di uno Sportello di ascolto psicologico, gratuito e distribuito su tutto il territorio nazionale, dedicato agli utenti con disabilità visiva e ai loro familiari.

L'analisi dei dati della realtà italiana evidenziano ansia, solitudine, senso di affaticamento dei *caregiver* e preoccupazione per il futuro quali situazioni più ricorrenti per le persone che hanno contattato lo Sportello di ascolto psicologico COVID-19. In totale, le chiamate arrivate dal 19 marzo al 30 aprile sono state 116; l'età media dei chiamanti è di 50 anni (55% di sesso femminile, 45% di sesso maschile); sul totale dei chiamanti, il 77% è portatore di un deficit visivo.

Il periodo di *lockdown* ha prodotto richieste telefoniche di vario genere, talvolta non specificamente legate alla situazione di emergenza sanitaria. In generale, sembra che la tendenza osservata indichi una sofferenza, nell'utenza intercettata, dovuta al cambio di abitudini, cui si lega una drastica riduzione delle relazioni sociali. Tale variazione ha prodotto un aumentato livello di ansia e di solitudine, in particolar modo per le persone cieche ed ipovedenti e le loro famiglie, che – come tutte le

persone portatrici di una condizione di disabilità – fanno dell'appoggio della rete sociale un contributo indispensabile per la gestione pratica della quotidianità. Allo stesso modo, il compito familiare di cura delle persone anziane, dei figli e delle persone con disabilità grave, a causa della chiusura dei centri diurni e riabilitativi e di assistenza, si è enormemente intensificato generando stress fisico ed emotivo e un aumento nella difficoltà della gestione della convivenza, percepita come coatta e pertanto più difficile da sopportare. Va segnalato, inoltre, che la sospensione delle attività abilitative e riabilitative ha provocato una specifica condizione di difficoltà in minori e ragazzi con disabilità plurime, che abbisognano particolarmente di questi servizi, in considerazione dei bisogni speciali dell'età evolutiva cui si legano quelli della disabilità.

ANDAMENTO DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO COVID-19 NELLE REGIONI PUGLIA E BASILICATA

Nelle aree della Puglia e della Basilicata, lo Sportello di ascolto psicologico COVID-19 ha visto la partecipazione di 9 Psicologi volontari: 6 provenienti dalla Regione Puglia3 dalla Regione Basilicata.

Il totale delle chiamate accolte dagli psicologi è, alla data del 04/05/2020, l'inizio della cosiddetta "Fase 2" della pandemia, di 21. Sul totale delle telefonate, 18 contatti hanno raggiunto colleghi afferenti alla Regione Puglia, mentre 3 sono state ricevute dai colleghi della Regione Basilicata. La distribuzione delle province è illustrata in **Fig. 1 e 2**. Il dato pugliese è particolarmente rilevante, se si considera il quadro nazionale. La Puglia è infatti la seconda regione d'Italia per numero di contatti, seconda soltanto alla Sicilia (che conta 46 chiamate).

L'età media dei chiamanti, risultati in prevalenza di sesso femminile (52% donne, 48% uomini), è di 45.4 anni. Tutti i chiamanti sono

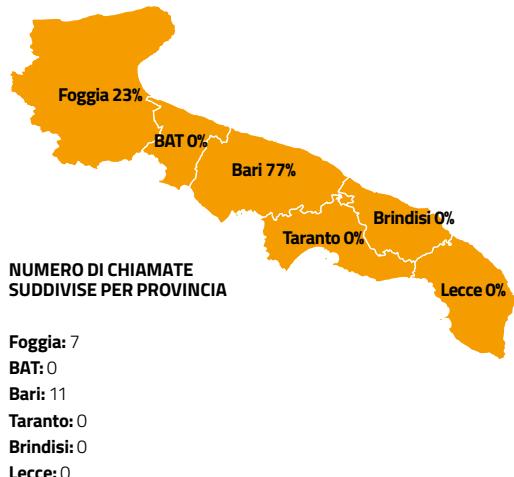


Fig. 1 - Regione Puglia



Fig. 2 - Regione Basilicata

persone cieche o ipovedenti o loro familiari. L'età più bassa registrata è di 18 anni, mentre 82 anni è l'età della persona più anziana che ha contattato lo Sportello.

Le chiamate hanno avuto per oggetto tematiche differenti, raggruppate nelle categorie seguenti:

- **"Condizione ansiosa"**: sono state categorizzate come "condizione ansiosa" tutte le chiamate aventi per oggetto la paura del contagio e la preoccupazione massiccia per il proprio stato di salute e per quello dei propri familiari, il timore per il futuro e caratterizzate da una carenza di speranza e da un'emotività di tipo ansioso;

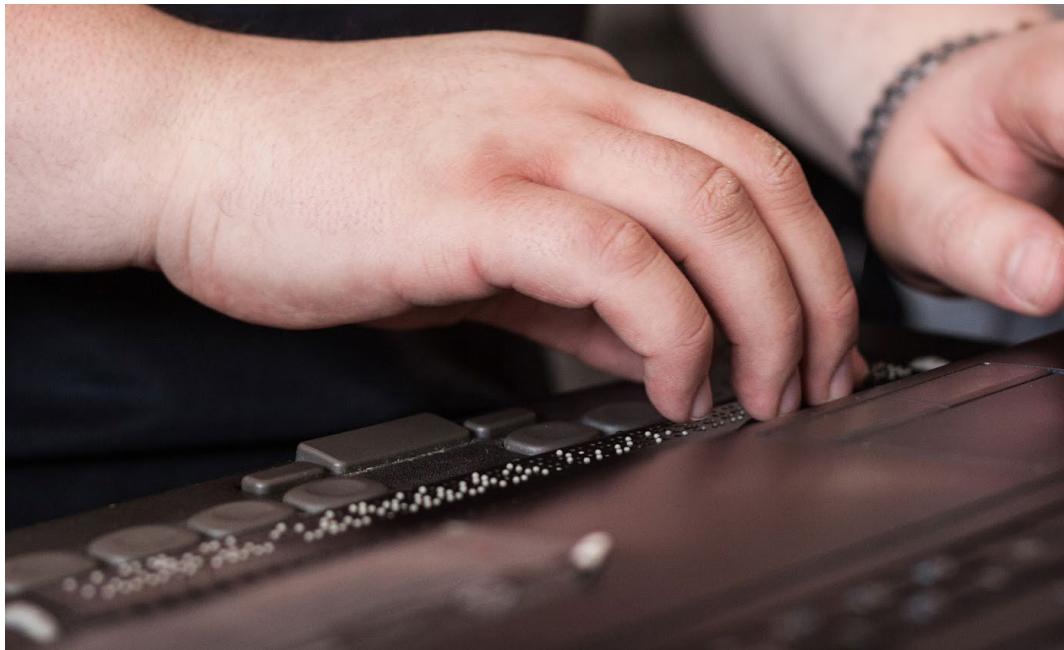
- **"Gestione delle dinamiche familiari"**: con

questa espressione si è inteso raggruppare tutte le richieste di aiuto che hanno avuto a che fare con l'accrescimento della portata dei compiti di cura per familiari bisognosi, ivi compresi i portatori della disabilità visiva. Inoltre, rientrano in questa categoria le telefonate aventi per oggetto la conflittualità familiare, interna alla coppia o fra genitori e figli, accentuata nel periodo di chiusura forzata fra le mura domestiche;

- **"Senso di solitudine/isolamento relazionale"**: rientrano in questa categoria le telefonate giunte per il semplice desiderio di parlare con qualcuno, per il senso di solitudine ed il bisogno di compagnia, dovuto alla lontananza forzata da amici, parenti e dalla rete sociale di riferimento;

- **"Richiesta di informazioni generali"**: sono state categorizzate in questo modo le telefonate giunte per ottenere maggiori informazioni in merito allo Sportello ed al suo funzionamento, così come informazioni aggiornate inerenti spostamenti, l'utilizzo di Dispositivi di Protezione Individuale ed i comportamenti consentiti a norma di Legge, in particolare nelle situazioni riguardanti le persone con disabilità.

L'analisi dei dati mostra una prevalenza (38%) del *senso di solitudine/isolamento relazionale*. Come precedentemente accennato e coerentemente con i dati nazionali, sembra che sia proprio questa una peculiarità della specifica utenza intercettata. Segue, con il 29%, la *gestione delle dinamiche familiari*. Anche per il campione intercettato fino ad ora, sembra che nella "Fase 1" la chiusura forzata abbia inasprito conflittualità esistenti, restringendo il campo di azione dei singoli componenti familiari che hanno mostrato un incremento di conflittualità, litigiosità, frustrazione, rabbia, nella maggior parte dei casi perché hanno percepito sé stessi come soli nella loro condizione



di disabilità, o nella gestione di essa da parte dei familiari.

Si è osservata invece una quasi uguale percentuale (28%) per le telefonate aventi per oggetto richieste che hanno esplicato una *condizione ansiosa*, in particolare la paura per la propria salute o quella dei propri cari. Infine, al 5% si assestano le domande inerenti una *richiesta di informazioni generali*. La **Fig. 3** descrive i punti percentuali per ciascuna categoria individuata.

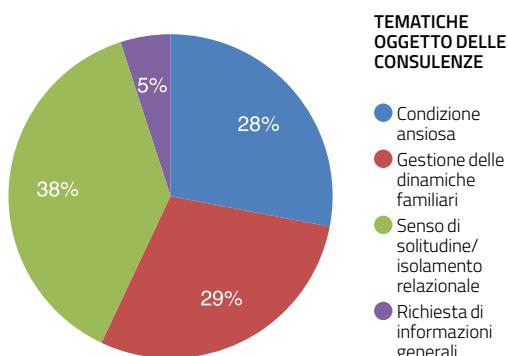


Fig. 3 - Tematiche oggetto delle consulenze telefoniche

Tutti i contatti ricevuti hanno dato luogo a diversi esiti, rappresentati in **Fig. 4** e definiti come:

- **"Unico contatto"**, nel caso in cui è possibile inquadrare la telefonata quale unica consulenza cui non ne sono seguite di successive;
- **"Avvio di un percorso telefonico"**, nei casi in cui il contatto abbia generato un accordo fra psicologo ed utente per la prosecuzione del sostegno, in forma telefonica ed a cadenza regolare;
- **"Più di un contatto"**, intendendo definire con tale etichetta le situazioni in cui le chiamate dallo stesso utente sono state maggiori di una, ma si sono comunque arrestate, non dando vita ad un prosieguo regolare del rapporto instaurato;
- **"Prosecuzione in studio"**, quando al contatto telefonico ha fatto seguito la prosecuzione del rapporto professionale in forma tradizionale ed in presenza, presso studio privato, alle condizioni generali del Protocollo di intesa CNOP-UICI;

- **"Invio ad altra Regione"**, nei casi in cui le richieste di consulenza sono giunte da persone residenti in altre Regioni di Italia che, venute a conoscenza della possibilità di prendere contatto con esperti più vicini al loro territorio, nella speranza di poter ricevere un supporto maggiormente ancorato alla propria realtà locale, hanno preferito questa opzione.

L'andamento percentuale segnala che i casi più numerosi (29%) sono stati quelli categorizzati come *avvio di un percorso telefonico*, cui seguono le opzioni *unico contatto* e *più di un contatto*, entrambe al 24%. È possibile ipotizzare che queste categorie esprimano da un lato una adeguata risposta alle richieste ricevute da parte degli psicologi, che hanno attivato il loro intervento nella formulazione della consulenza fatta di uno o più colloqui, o proponendo un prosieguo del percorso tramite il mezzo telefonico, il più delle volte accettato. L'unico contatto, al tempo stesso, è possibile che esprima il tentativo, da parte dei chiamanti, di "affacciarsi" alla possibilità di aiuto tramite una singola telefonata, che rimane poi isolata.

Infine, gli esiti di *invio ad altra Regione* e *proseguzione in studio* si assestano rispettivamente al 9% ed all'11%. Degna di nota è quest'ultima opzione, che rappresenta – al pari della gestione del rapporto in modo continuativo tramite il mezzo telefonico – una vera e propria presa in carico dell'utenza.

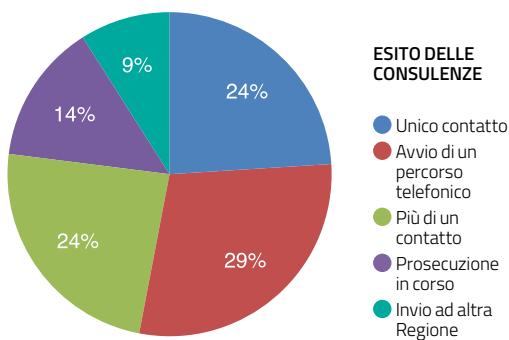


Fig. 4 - Esito delle consulenze psicologiche

CONCLUSIONI

Le osservazioni sugli esiti ci portano a riflettere sull'importanza della risposta fornita alle persone che si sono rivolte allo Sportello in questa difficile fase attraversata.

Preme sottolineare anche e soprattutto il carattere emergenziale e lo spirito solidaristico che ha caratterizzato lo Sportello, gestito da professionisti specializzati in materia, che hanno fornito a titolo volontario la loro opera professionale.

L'auspicio è che alla straordinaria risposta degli psicologi aderenti all'iniziativa faccia seguito una risposta istituzionale, che sappia raccogliere il bisogno che la presente indagine ha messo in evidenza, rilanciandolo e facendo così tesoro delle conoscenze e competenze attivate dalla rete del Progetto "Stessa strada per crescere insieme".

Lo Sportello di ascolto psicologico COVID-19 proseguirà la sua azione anche nella nuova fase di ripartenza che, dopo il 04/05/2020, coinvolgerà la nostra Nazione, con la speranza, dunque, di raccogliere sempre più sostegno dagli organismi istituzionali, dando ulteriore slancio ed organicità alla libera iniziativa attivata nell'interesse degli utenti e delle loro famiglie.

SITOGRAFIA

La realtà della UICI:

- <https://www.uiciechi.it/>
- Il progetto Stessa strada per crescere insieme e gli psicologi aderenti:
 - <https://www.uiciechi.it/Psicologi/progettocnopuici.asp>
 - <https://www.psicologipuglia.it/protocolli.htm>
- Lo sportello di ascolto psicologico COVID-19:
 - <https://www.uiciechi.it/Psicologi/ascioltipsicologico.asp>
 - <http://disabilita.governo.it/it/notizie/uici-attiva-sportello-di-ascolto-psicologico-emergenza-covid-19/>



IL MODELLO ISLANDESE DI PREVENZIONE DELL'USO DI TABACCO, ALCOL E CANNABIS IN ADOLESCENZA

Alfonso Leone

Dottore in Psicologia Clinica e di Comunità

RIASSUNTO

Il modello Islandese di prevenzione dell'uso in adolescenza di tabacco, alcol e cannabis, si è sviluppato in Islanda a partire dal 1998; in quel periodo, la percentuale dei ragazzi di 15-16 anni che dichiarava di essersi ubriacata regolarmente era quasi del 50%, e anche le percentuali dei consumi di tabacco e cannabis avevano subito una notevole impennata.

Per contrastare tale fenomeno, il governo sponsorizzò l'attuazione di un programma di prevenzione dell'uso su scala nazionale, coinvolgendo tutti i ragazzi e le loro famiglie in una serie di molteplici attività atte a favorire nei ragazzi lo sviluppo di abilità di coping, la passione per lo sport, la musica, l'arte, e tutto ciò che potesse servire a disincentivare l'uso di sostanze, nello specifico tabacco, alcol e cannabis, ma in generale qualunque sostanza o comportamento a rischio.

Solamente nei primi 8 anni, la riduzione del numero dei giovani consumatori in Islanda è stata del 50% circa. Considerando l'ottima riuscita del modello, sono numerosi gli Stati che hanno preso parte al movimento chiamato Planet Youth, che si propone di adattare il modello a realtà più ampie e complesse.

PAROLE CHIAVE

adolescenza, prevenzione, sostanze, Islanda

INTRODUZIONE

L'adolescenza, non si finirà mai di ripeterlo, è un momento critico per lo sviluppo della persona: i grandi cambiamenti che avvengono, sia interni che esterni, scuotono quelle salde fondamenta in cui il bambino era cresciuto e nelle quali aveva sperimentato protezione, sicurezza, calore. È quel periodo di passaggio da un'identità completamente riflessa e basata sul giudizio degli altri, in primis dei genitori, ad una auto-riflessa, dove sono i propri giudizi a permettere una definizione di sé.

Ed è proprio in questo periodo della vita che spesso l'adolescente ha il primo contatto con le sostanze psicoattive, sia legali che illegali, le quali possono provocare dipendenza e complicare il percorso di crescita, influenzando negativamente lo sviluppo bio-psico-sociale. Con il termine psicoattiva si intende qualsiasi sostanza che se introdotta nel corpo umano è in grado di provocare un cambiamento sia a livello comportamentale sia in termini di funzionamento del sistema nervoso. Tra queste, tabacco, alcol e cannabis sono le più utilizzate.

Il fumo ed il tabagismo sono largamente diffusi in

tutto il mondo, nonostante la loro pericolosità sia ormai nota: il fumo è infatti il più comune fattore di rischio per quasi tutte le malattie, in particolare per quelle neoplastiche, cardiache e delle vie respiratorie.

In Italia, secondo la ricerca "Global Youth Tobacco Survey, 2014" il 23,4% dei giovani di età compresa tra i 13-15 anni ha fatto uso di tabacco, sia occasionale che giornaliero (WHO, 2017, 2), e circa il 20% della popolazione generale fa uso regolare di prodotti del tabacco, secondo l'indagine ISTAT 2016 "Aspetti della vita quotidiana" (*Ibidem*); la media Europea è del 28% di popolazione fumatrice (European Commission, 2017, 7).

Il consumo di alcol "è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa" (Scafato et al., 2018, 2). Dall'elaborazione dei dati dell'indagine ISTAT 2016 "Aspetti della vita quotidiana", si evince che il consumo alcolico tra i giovanissimi (11-17) è stato del 22,9% per i maschi e del 17,9% per le femmine (*Ivi*, 46).

Tra i comportamenti più rischiosi associati all'uso di alcol troviamo il fenomeno del *binge-drinking*, ovvero le abbuffate alcoliche: il 13,6% dei giovani di sesso maschile e il 7,2% delle coetanee hanno praticato il *binge-drinking*, nel corso dell'anno 2016, e per le ragazze si rileva un incremento negli ultimi due anni (+2,2 punti percentuali rispetto al 2014, *Ivi*, 46.)

Relativamente all'uso di droghe L'EMCDDA, l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze stima che, nell'anno 2017, abbiano fatto uso di droghe 18,9 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni: tra queste, la sostanza più utilizzata rimane la cannabis ed i suoi derivati, con un trend intorno al 14% tra i giovani adulti (EMCDDA, 2018, 41).

I dati relativi all'Italia, contenuti nella "Relazione annuale al parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" ¹, coincidono con i dati europei,

registrando un consumo prevalente di cannabis del 25% tra la popolazione studentesca analizzata (circa 640.000 persone). Il trend non è in crescita rispetto agli anni passati, ma rimane preoccupante il dato sui consumi della popolazione dei giovanissimi, che iniziano sempre più precocemente ad avere contatto ed esperienze con il mondo delle sostanze; parallelamente a questo, la percezione del rischio diminuisce, in linea con il trend mondiale.

USO DI SOSTANZE IN ADOLESCENZA: I RISCHI

L'adolescenza è come un grande cantiere, dove ogni giorno gli operai modificano il progetto del giorno prima in base ai cambiamenti che avvengono di volta in volta. Il luogo centrale della laboriosità di tutti gli aspetti del cammino tumultuoso che porta l'individuo dall'infanzia all'età adulta e di tutte le complesse interazioni con l'ambiente è la mente. Una buona capacità mentale è strettamente collegata all'adeguato funzionamento delle strutture cerebrali sottostanti: con l'aumento delle connessioni tra neuroni date dalla "tempesta ormonale", il cervello dell'adolescente diventa più sensibile a qualsiasi tipo d'interferenza ambientale, positiva o negativa; in altre parole, in questa fase il cervello è incredibilmente plastico (Steinberg, 2014, 14).

Normalmente lo sviluppo cerebrale avviene in tre fasi:

1. proliferazione e sinaptogenesi, in cui si generano nuovi neuroni e nuove sinapsi;
2. pruning o sfoltimento sinaptico, che comporta un cambiamento nelle strutture neuronali tramite la potatura dei neuroni meno utilizzati;
3. mielinizzazione, processo tramite il quale gli assoni vengono ricoperti da una guaina isolante che favorisce le trasmissioni nervose (Serpelloni, Alessandrini, 2014, 21).

L'uso di qualsiasi droga interferisce con il normale funzionamento cerebrale, alterando percezioni,

¹ <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/dpa-in-sintesi/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento>



pensieri, azioni e, soprattutto, la capacità di memorizzare e ricordare (Ivi, 7). Ciò è ancora più evidente se il consumo di sostanze avviene in età adolescenziale, quando il cervello è ancora in fase di maturazione, per cui l'uso di sostanze psicoattive potrebbe compromettere i processi di apprendimento e quelli attentivi.

PREVENZIONE: COSA FUNZIONA

Nel corso degli anni sono state fatte diverse campagne di prevenzione rispetto all'uso di droghe ed esistono molti progetti che si sono occupati di prevenzione nell'adolescenza.

Nel documento congiunto ONU-OMS "Standard Internazionali per la prevenzione all'uso di sostanze" (WHO/UNODC, 2018), i programmi indicati per la prevenzione e i suggerimenti dati riguardano in particolare: programmi per l'apprendimento di life-skills, implemento delle politiche scolastiche circa l'uso di sostanze, implemento del rapporto scuola-adolescente, maggiore supporto e aiuto a coloro che presentano tratti di personalità a rischio, quali ragazzi descritti come sensation-seeker, borderline, programmi di Mentoring ecc...

Gli approcci informativi, da soli, hanno uno scarso effetto sul comportamento rilevante per la salute; all'approccio informativo, pian piano si sono affiancati altri tipi di approcci, influenzati dalla psicologia umanistica, introducendo nella prevenzione l'importanza degli aspetti emotivi e del riconoscimento dei bisogni, dell'autorealizzazione.

Alcuni fattori che possono risultare determinanti, se carenti, nell'iniziazione all'uso di sostanze sono condensati nella definizione che l'OMS dà di *Life Skills*:

"Si intendono tutte quelle skills (abilità, competenze) che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress" (Bollettino OMS n. 1, 1992).

Tra gli approcci con maggiori evidenze scientifiche e con migliori risultati, troviamo quelli che utilizzano un'ottica di comunità, ovvero estendendo l'intervento non solo ai soggetti maggiormente bisognosi, ma a tutta la comunità, in modo che la responsabilità e le risorse vengano condivise e si crei un'identità comunitaria, dove ciascuno fa la sua parte in vista di un più grande obiettivo comune.

Un altro approccio che sta ricevendo sempre più consensi è quello ambientale. Gli interventi di prevenzione ambientale hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza dei comportamenti a rischio, modificandoli tramite azioni sia "esplicite", nel senso che vengono comunicate agli utenti e che consistono in cambiamenti visibili, sia "implicite", nel senso che non sono così facilmente osservabili e possono anche essere non dichiarate.

Le misure di prevenzione ambientale possono essere raggruppate in tre macro categorie:

1. Misure normative - ad esempio limitando la vendita delle licenze
2. Misure fisiche – ad esempio garantire illuminazione nei parchi o nelle strade buie, vendere bottiglie di alcolici più piccole
3. Misure economiche - agire sul prezzo dell'alcol è una delle misure più semplici e nel contempo efficaci per ridurne i consumi e, di conseguenza, i danni correlati: "più l'alcol è accessibile – per via del prezzo più basso o per via del reddito disponibile – più viene consumato e maggiore è il danno alcol-correlato. Per tutelare la salute pubblica, la tassazione andrebbe regolata in modo che l'alcol non sia facilmente accessibile" (ONA/ISS, 2017, 28).

IL MODELLO ISLANDESE DI PREVENZIONE: NASCITA E SVILUPPI

Il modello islandese di prevenzione dell'uso in adolescenza di tabacco, alcol e cannabis si sviluppa in Islanda negli anni 90', dall'unione tra le richieste del Paese stesso, che vedeva crescere sempre di più le percentuali di consumi tra gli adolescenti, e l'esperienza sul campo di Harvey Milkman, oggi professore emerito di psicologia

alla Metropolitan State University di Denver e professore associato all'Università di Reykjavik. Milkman, dopo aver conseguito il dottorato con una tesi sull'utilizzo di sostanze legato ai modi della persona di rispondere allo stress, vinse un finanziamento per un progetto governativo che proponeva agli adolescenti "sballi naturali" al posto di droga e atti criminali. Si prese carico, insieme al suo team, di ragazzi dai 14 anni in su, convinti di non avere bisogno di nessuna terapia, ma che avevano avuto problemi con abuso di sostanze e reati minori (Young, 2018).

"Non dicemmo loro che li avremmo curati, ma piuttosto che avremmo insegnato loro tutto ciò che volevano imparare: musica, danza, hip hop, arte, arti marziali", dice Milkman. "L'idea era di tenere lezioni diverse che offrissero una varietà di alterazioni nella chimica del cervello di questi ragazzi, dandogli ciò di cui avevano bisogno per affrontare al meglio la vita: alcuni magari avevano disperato bisogno di un'esperienza che li aiutasse a ridurre l'ansia, altri invece volevano una scarica di adrenalina. Facendo tutto questo, i giovani impararono anche nuove strategie di vita, incentrate soprattutto sul migliorare l'idea che avevano di loro stessi e della loro vita e sul modo in cui interagivano con altre persone" afferma lo studioso. (*Ibidem*).

In Islanda, una nazione approssimativamente vicina ai 300.000 abitanti, la percentuale di studenti di decimo grado (15 anni) che dichiaravano di fumare regolarmente crebbe dal 15% del 1992 al 23% del 1998; la percentuale di coloro che avevano provato hashish almeno una volta nella vita passò dal 7% al 17% e nello stesso periodo di riferimento la percentuale di adolescenti di 15-16 anni che si erano ubriacati nell'ultimo mese arrivò al 42% (Thorlindsson et al., 1998).

Nel 1991 Milkman fu invitato per la prima volta in Islanda per parlare dei suoi studi. Un anno dopo, i ragazzi di età compresa tra i 15 e i 16 anni di tutte le scuole furono sottoposti a un questionario, che fu poi ripetuto nel 1995 e nel 1997. Di seguito, alcuni dei quesiti contenuti nel questionario:

- Hai mai bevuto alcolici?

- Se sì, quand'è stata l'ultima volta?
- Ti sei mai ubriacato?
- Hai mai fumato?
- Se sì, quante sigarette fumi in un giorno?
- Quanto tempo trascorri con i tuoi genitori?
- Che tipo di attività svolgi?

Dal 98 quindi, il modello passò all'applicazione pratica: esso si basa essenzialmente su un mix di attività extrascolastiche, supervisione e controllo dei genitori sulle attività dei figli, tempo libero trascorso insieme al gruppo dei pari e alla famiglia, responsabilità comunitaria e investimenti statali. Le molteplici attività, da quelle sportive a quelle artistiche, permettevano ai giovani di stare insieme e garantivano loro un senso di benessere psico-fisico, lo stesso che ricercavano utilizzando droghe e abusando di alcol; in questo modo, avrebbero anche ridotto lo stress e l'ansia. In 15 anni, dal 1997 al 2012, il numero di giovani impegnato in attività sportive raddoppiò, con una frequenza ai corsi fino a quattro volte a settimana. Anche il tempo passato in famiglia giocò un ruolo cruciale (Young, 2018).

Le leggi furono cambiate: diventò illegale comprare tabacco sotto i 18 anni e bevande alcoliche prima dei 20; furono bandite le pubblicità per entrambi. Si rafforzarono i rapporti tra casa e scuola attraverso organizzazioni di genitori, i quali vennero anche incoraggiati a partecipare a incontri di formazione in cui si mostrava quanto fosse importante passare del tempo con i propri figli, del "tempo di qualità", parlare delle loro vite, sapere con chi facevano amicizia e cercare di tenerli a casa la sera.

"Questi accordi educano i genitori, ma contribuiscono anche a rafforzare la loro autorità in casa; diventa così difficile usare la scusa più inflazionata del mondo: Ma tutti gli altri possono!" (Young, 2018). Venne inoltre approvata una norma che proibiva ai ragazzi tra i 13 e i 16 anni di stare fuori dopo le 10 di sera in inverno e dopo mezzanotte in estate; tale legge è tuttora in vigore. Accanto a quelle che potrebbero essere definite attività *tradizionali* per i genitori, come gli incontri di discussione



con gli esperti e con gli insegnanti, il modello ha sviluppato altri tipi di attività specifiche, come le *ronde* dei genitori nel quartiere durante i fine settimana. Questo ha avuto lo scopo sia di prevenire i comportamenti adolescenziali a rischio, individuando, segnalando e sanzionando i comportamenti scorretti, sia di favorire la collaborazione e la conoscenza reciproca tra i genitori dei ragazzi nel vicinato (Sigfúsdóttir et al., 2008, 23), in modo da aumentarne la funzione educativa e di controllo.

Per aiutare le famiglie meno abbienti è stata creata una "leisure card" che garantisce 35.000 corone (280 euro) all'anno per figlio a carico, con cui pagare tutte le eventuali attività ricreative. Nel mese di marzo, ogni anno, viene somministrato il questionario a tutti gli studenti di 15-16 anni; tutti gli aspetti vengono revisionati dal Centro Islandese di Ricerche e Analisi Sociali (ICRSA).

I questionari contengono domande sui fattori correlati all'uso di sostanze e alle abitudini comportamentali; inoltre, ogni 3 anni, vengono aggiunte delle domande circa i più recenti fattori di rischio e circostanze sociali nuove che potrebbero favorire l'uso di sostanze. Le domande riguardano principalmente: relazioni con i genitori e con la famiglia, amici e influenza del gruppo di amici, benessere emotivo e salute fisica, partecipazione sportiva (Sigfúsdóttir et al., 2008, 20).

Per quanto riguarda l'influenza dei pari, si è visto come l'avere amici che fumano, bevono eccessivamente e fanno uso di hashish o altre droghe implementa la possibilità di sviluppare un comportamento simile (Thorlindsson et al., 1998).

Il supporto dei genitori, il controllo esercitato ed il tempo trascorso insieme ai figli in attività o semplicemente insieme, è stato associato al decrescere dell'uso di sostanze tra gli adolescenti (Thorlindsson et al., 1998); il tempo trascorso insieme e la percezione del supporto genitoriale riducono anche la tendenza a legarsi a compagni che fanno uso di sostanze.

In ultimo, nelle scuole dove i genitori conoscono i genitori degli amici dei loro figli e mantengono

relazioni con loro è stato notato un generale beneficio per tutti gli studenti. "Rafforzare i legami tra genitori e ragazzi nelle comunità locali costituisce un importante deterrente per l'uso di sostanze. [...] la scuola inoltre è un'importante struttura di mediazione che costruisce relazioni comunitarie e rafforza i legami tra pari, tra genitori e tra genitori dei pari" (Sigfúsdóttir et al., 2008, 19).

Il controllo, esercitato dunque da tutta la comunità educante, diminuisce la possibilità per l'adolescente di iniziare a far uso di sostanze e, in generale, di intraprendere comportamenti a rischio, essendo immerso in un contesto in cui l'idea della prevenzione è condivisa, accettata e applicata da tutti.

Solamente nei primi 8 anni, la riduzione del numero dei giovani consumatori in Islanda è stata del 50% circa: in particolare, il numero di coloro che dichiaravano di essersi ubriacati almeno una volta negli ultimi 30 giorni scese dal 42% del 1998 al 22%, mentre il numero di fumatori abituali passò dal 23% all'11% e quello di coloro che avevano consumato hashish ameno una volta nella vita dal 17% al 9%.

Infine, dopo altri 8 anni (2014) il consumo di sostanze tra gli adolescenti sembra essersi abbassato ulteriormente, raggiungendo valori sotto il 5% (fig 1).

Substance use decrease amongst 15-16 year old adolescents

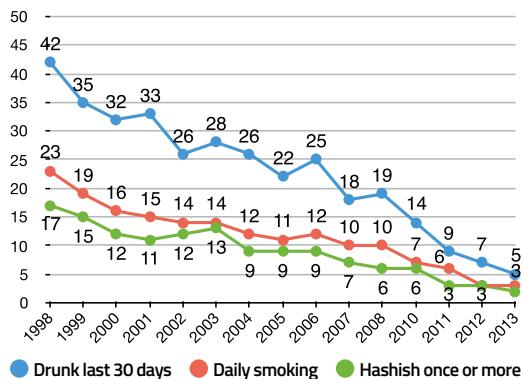


Fig. 1 - decrescita delle percentuali di consumi 1998-2013

Per i ricercatori dell'ICsra "la prevenzione dell'uso di sostanze dovrebbe incominciare molto presto, intorno ai 12-13 anni, quando cioè ci sono le migliori possibilità di evitarne l'incontro e l'uso" (Sigfúsdóttir et al., 2008, 24).

L'ESTENSIONE DEL MODELLO ISLANDESE E L'ESPERIENZA DI SANTA SEVERINA

Prevenire l'uso di sostanze negli adolescenti rimane una sfida per le società di tutto il mondo.

Nel 2005 nasce il progetto Youth in Europe, che si propone di esportare il modello islandese in altre realtà europee e di garantirne il corretto svolgimento ed aggiornamento. Considerata la grande diffusione ed il successo del modello, il progetto è stato rinominato Planet Youth, e conta, ad oggi, 111 comunità attive che hanno aderito al progetto, in circa 30 Paesi in tutto il mondo, con oltre 920.000 questionari somministrati.

Il metodo è sempre lo stesso: i ricercatori dell'ICsra parlano con i funzionari locali e creano un questionario con le stesse domande chiave usate in Islanda, oltre a quesiti extra che si adattano alle singole realtà locali. Ad esempio, il gioco d'azzardo online è recentemente emerso come un problema di grande entità in alcune aree. Appena due mesi dopo che i questionari sono spediti in Islanda ed analizzati all'ICsra, il team invia un report iniziale con i risultati, assieme alle informazioni su come questi figurino in relazione a quelli di altre regioni partecipanti (Young, 2018).

In Italia, al momento, l'unico comune ad aver aderito al modello è il piccolo comune di Santa Severina², in provincia di Crotone (KR), che ha avviato la collaborazione con l'ICsra nell'ottobre del 2015. La prima somministrazione del questionario adattato è avvenuta il 28 ottobre 2015, a due classi del Liceo Classico "D. Borrelli", per un totale di 50 alunni, di cui 27 ragazzi e 23 ragazze (ICsra, 2016); il Liceo attira anche i ragazzi dei paesi limitrofi (Roccabernarda,

Mesora), che si trovano immersi nel progetto, unendo ai problemi di un comune piccolo come quello in esame, difficoltà di contesti allargati.

I risultati mostrano, innanzitutto, che la maggior parte dei ragazzi svaluta la questione dell'alcol, ritenendolo non un problema importante, una sostanza forse meno pericolosa; lo dimostra il fatto che la percentuale di coloro che hanno provato l'alcol, almeno tra i ragazzi, si avvicina al 100% (96,3%).

Alcohol consumption

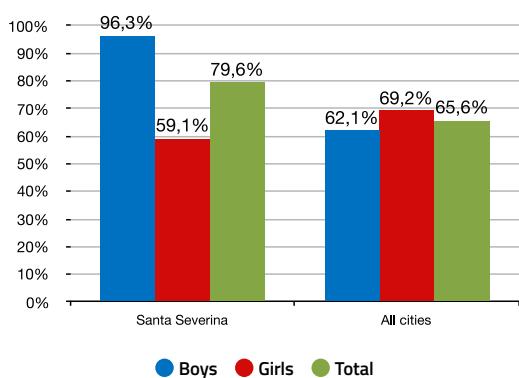


Fig. 2 - Confronto tra le percentuali di ragazzi di 15-16 anni che hanno provato l'alcol, a Santa Severina e nel resto delle città indagate

Elevato è anche il numero di coloro che dichiarano di essersi ubriacati almeno una volta nella vita, con il 63% dei ragazzi e il 18,2% delle ragazze.

Come spiega Roberta Caputo, specialista in progetti europei che ha curato il progetto per il comune di Santa Severina, in un'intervista per Repubblica del 27 gennaio 2017: "I ragazzi non partecipavano ad attività sportive extrascolastiche e impiegavano il tempo libero girovagando da una casa all'altra e da un bar all'altro. E così avevano una certa facilità a venire a contatto con l'alcol, sostanza che non viene avvertita

² https://www.agi.it/estero/islanda_alcol_droga_santa_severina_crotone_calabria_youth_in_europe-1420442/news/2017-01-27



come un problema né dai ragazzi né dai loro genitori” ³.

Rispetto ai loro coetanei europei, gli adolescenti di 14 anni sembrano essere quelli più a rischio, poiché le statistiche riguardanti il loro primo approccio a sigarette, alcol, cannabis e energy drink e l'età in cui hanno iniziato a fumare regolarmente si concentrano in quella fascia d'età, tra la fine delle scuole medie e l'inizio delle scuole superiori. Un dato importante deriva dall'analisi dei dati riguardanti la percezione che i ragazzi hanno sia del gruppo dei pari, sia dei genitori. Dalle statistiche, infatti, emerge che i ragazzi hanno una percezione distante degli uni dagli altri, pronti sì ad aiutarli in caso di difficoltà scolastiche, ma non i primi a cui rivolgersi o da cui poter ottenere supporto, vicinanza emotiva e con cui sanno di potersi confidare.

In un'intervista per il programma di Rai Radio Tre: *Tutta la città ne parla* (condotto da Pietro Del Soldà e Rosa Polacco ⁴, del 01/08/17, riascoltabile in podcast ⁵), la Caputo e il sindaco di Santa Severina, il dottor Salvatore Giordano affermano: “Quello che è emerso per quanto riguarda Santa Severina è stata l'assoluta solitudine di questi ragazzi, sempre connessi ma in realtà da soli; i ragazzi poi lamentano anche le carenze legate al territorio, l'impossibilità di fare sport, di andare al cinema, di eventi culturali”.

Fare i genitori oggi non è assolutamente un compito facile, anche in un paese dell'entroterra calabro, in cui sono avvenuti gli stessi cambiamenti a livello sociale che accadono nelle città, con le famiglie che diventano meno numerose ed entrambi i genitori che lavorano, solo per citare alcuni esempi, come sottolinea lo stesso sindaco (minuti 32,20-32,5). I genitori non riescono più a seguire costantemente ed efficacemente i figli, che quindi si ritrovano da soli, a fare i conti con una realtà che non offre molte alternative. Ecco allora che i bar rappresentano l'alternativa

migliore alla noia e alla solitudine. Per questo la sinergia tra scuola, famiglia e istituzioni è così importante, ed è la chiave dell'efficacia del modello.

L'ultimo punto da sottolineare, nell'analisi dei dati emersi dai questionari, è il cattivo rapporto con la scuola che hanno i ragazzi, almeno una parte: il 12% dei ragazzi afferma di non sentirsi a proprio agio quando si trova lì; il 10% di non andare d'accordo con gli insegnanti e un altro 10% di trovare la scuola inutile; effettuando delle analisi comparate, emerge che il 20% di coloro che affermano di non andare d'accordo con gli insegnanti è fumatore quotidiano e il 40% degli stessi riferiscono di essersi ubriacati negli ultimi 30 giorni.

CONCLUSIONE

Il modello islandese di prevenzione dell'uso di sostanze negli adolescenti non è semplicemente un intervento di prevenzione, bensì un modello di organizzazione di comunità volto al miglioramento della qualità di vita e del tempo libero dei ragazzi, utile a prevenire sicuramente e principalmente l'utilizzo di sostanze e, in più, mirato ad uno sviluppo sano dei ragazzi stessi. Esso coinvolge tutta la comunità, che diventa perciò comunità educante, in cui le responsabilità sono condivise e si investe sui giovani come risorsa per l'intero Paese.

Naturalmente, è difficile immaginare l'applicazione di questo modello a tutto il territorio nazionale italiano, così vasto e frammentato, con già numerose problematiche da risolvere al suo interno: il modello prevede grandi investimenti statali, e progettazione di interventi a lungo termine. Nonostante ciò, sono già diverse le realtà, piccole o grandi, che hanno provato a cimentarsi in questa sfida e tante altre se ne stanno aggiungendo, ottenendo dei grossi benefici.

Dai soli dati evinti dal comune di Santa Severina,

³ <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2017/01/27/sport-e-greco-santa-severina-ci-prova-a-modo-suo25.html>

⁴ <https://www.raiplayeradio.it/programmi/tuttalacittaneparla/>

⁵ <http://www.rai.it/dl/portaleRadio/media/ContentItem-f0aef23f-8d2a-4550-8f6a-2839926eb828.html>

non è possibile fare un discorso nazionale, anche se le difficoltà degli studenti potrebbero essere le stesse di altri nelle stesse condizioni. Per realizzare un intervento efficace occorre, quindi, una campionatura nazionale della popolazione italiana, anche basandoci su dati preesistenti, come quelli delle analisi ISTAT.

La salute dei giovani e la prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti a rischio non sono problematiche che possono essere tralasciate o messe in secondo piano, per quanto grandi possono essere le difficoltà esistenti.

È certamente auspicabile che anche nel nostro Paese venga realizzato un intervento preventivo in larga scala, sulla linea di quello Islandese.

BIBLIOGRAFIA PARZIALE

- EMCDDA, (2018), *Relazione europea sulla droga 2018: tendenze e sviluppi*, Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.
- Sigfúsdóttir I.D., Thorlindsson T., Kristjansson A.L., Roe K.M., Allegranter J.P., (2008), Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model, *Health Promotion International*, 24(1), 16-25.
- Steinberg L., (2014), Il cervello adolescente, Torino, Le Scienze.
- Serpelloni G., Alessandrini F., (Eds.), (2014), Neuroscienze delle dipendenze. Cervello, mente e droghe. Struttura, funzionamento e alterazioni droga-correlate, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga.
- Thorlindsson T., Sigfúsdóttir I.D., Bernburg J.G., Halldorsson V., (1998), Substance use among young people, Reykjavik, Rannsóknarstofnunuppeldis-ogmenntamála.

SITOGRAFIA PARZIALE

- European Commission, Directorate-General for Health and Food safety, Special Eurobarometer Summary 458, (2017), Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/> ResultDoc/download/DocumentKy/79002
- <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/dpa-in-sintesi/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/>
- ICSRA, (2016), Substance use and social factors. Santa Severina, Youth in Europe Report 2016, <http://www.comune.santaseverina.kr.it/index.php?action=index&p=452>
- ONA/ISS, (2017), Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato, <https://www.certifico.com/component/attachments/download/4998>
- Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Vichi M., Scipione R. e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi documentazione Alcol), (2018), *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale alcol e Salute. Rapporto 2018*, Roma, Istituto Superiore di Sanità. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2018/Rapporto%20ISTISAN%20monitoraggio%20alcol%20correlato%20in%20Italia%202018.pdf>
- WHO, (1993), Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes, Geneva, Programme of Mental Health of World Health Organization, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO, (2017), WHO report on the global tobacco epidemic 2017, https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- WHO/UNODC, (2018), International Standards on Drug Use Prevention. Second Updated Edition, https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf
- Young E., (2018), Come l'Islanda ha risolto la tossicodipendenza giovanile, <https://thevision.com/attualita/islanda-tossicodipendenza/>



LA VIOLENZA PSICOLOGICA SUL LAVORO: IL MOBBING

TEORIE E ANALISI DI UN CASO ITALIANO

Roberta Tomasi

Psicologa esperta in Mediazione Culturale,
Co-founder DemeCafè Taranto

RIASSUNTO

Nella nostra epoca vanno sempre più diffondendosi forme di patologie lavorative, fenomeni di sofferenze psicologiche, che nascono nei contesti dove si esercita la propria professione e che poi si riverberano nella vita personale e familiare degli uomini che ne sono portatori. L'attività lavorativa e l'importanza che questa ricopre nell'ambito della vita di un individuo, influenzano notevolmente la salute ed il benessere della persona.

Se l'ambiente di lavoro viene vissuto come insicuro ed ostile, l'esperienza lavorativa perde la sua funzione di integrazione sociale e realizzazione del sé, rappresentando un fattore di rischio per la qualità della vita dei lavoratori. Pertanto, conflitti e vessazioni possono tradursi in conseguenze nocive per l'individuo; i cosiddetti "fattori

di rischio psicosociale" stanno diventando una delle principali cause di "malessere organizzativo". Tra questi "rischi emergenti", il Mobbing merita una particolare attenzione in quanto rappresenta un potentissimo strumento di prevaricazione e vessazione psicologica, le cui strategie possono essere svariate e sofisticate.

Il presente lavoro di tesi – svolto presso la Cattedra di Teorie e Tecniche di Psicologia delle Organizzazioni e delle Risorse Umane, dell'Università di Bologna, con il Prof. M. Depolo – ha approfondito il suddetto fenomeno attraverso il caso della Palazzina LAF dell'ILVA di Taranto, definito dalla commissione Lavoro del Senato come il più plateale caso di mobbing collettivo mai verificatosi in Italia. Il caso è stato analizzato attraverso il "Metodo Ege" per l'individuazione del Mobbing e la quantificazione del danno

derivato, da cui sono emersi evidenti i 7 parametri tassativi, definiti dallo stesso Ege, per l'individuazione del Mobbing.

PAROLE CHIAVE

Mobbing, Palazzina LAF, ILVA Taranto, Metodo Ege

IL FENOMENO MOBBING

Il termine "Mobbing" deriva dall'inglese "*to mob*", che letteralmente significa "assalire tumultuando, affollarsi attorno a qualcuno". È un atteggiamento persecutorio realizzato tramite una serie di violenze psicologiche perduranti nel tempo, eseguite ad arte al fine di danneggiare il lavoratore (vittima), da un superiore e/o da colleghi (mobber), finalizzato ad estrometterlo dall'attività lavorativa (Bernardi, Lo Presti, 2007). Utilizzando una metafora teatrale, nella sceneggiatura del Mobbing è dunque possibile individuare tre "attori protagonisti": *mobber* o aggressore, *mobizzato* o vittima, *side-mobber* o *co-mobber* cioè gli spettatori dell'azione psicosociale che si svolge sotto i loro occhi o, a volte, grazie alla loro complicità. La modalità di esercizio del Mobbing costituisce una variabile importante del processo: quando implica la gerarchia organizzativa si parla di Mobbing Verticale, attuato da un superiore nei confronti di un subordinato (Mobbing dall'alto) o viceversa da parte dei dipendenti nei confronti di un superiore (Mobbing dal basso); quando implica le relazioni tra colleghi, si parla di Mobbing Orizzontale, attuato da parte di un pari grado ovvero un collega (Mobbing fra pari).

Il *Mobbing dall'alto o top-down* è il più diffuso e comprende atteggiamenti riconducibili all'uso eccessivo o illecito del potere. Le motivazioni possono essere di carattere puramente emotivo (antipatia, ostilità, rivalità) o più razionali (timore per le competenze che possono costituire pericolo concorrenziale e minaccia all'immagine sociale). Una forma particolare di Mobbing dall'alto è il *Mobbing strategico o Bossing*, che viene attuata dalle imprese per promuovere l'allontanamento

di un dipendente diventato "scomodo" nel processo lavorativo. In questo caso il Mobbing è una vera e propria politica aziendale. Situazioni tipiche in cui viene utilizzata questa strategia sono quelle delle aziende in difficoltà economica o che hanno necessità di ristrutturare il personale. L'obiettivo è quello di isolare la persona che si ritiene rappresenti una minaccia o un pericolo, bloccargli la carriera, toglierli il potere, renderlo innocuo.

Il *Mobbing fra pari* risiede spesso nella competitività per percorsi di carriera: difficoltà del mercato del lavoro, alto tasso di disoccupazione, esiti lavorativi incerti dei contratti atipici, favoriscono una forte competizione in grado di attivare alti livelli di aggressività e di deterioramento dei rapporti relazionali. Tuttavia, anche un'ampia gamma di pregiudizi, razzismo, campanilismo, fede politica diversa e favoritismi da parte del capo, possono essere alla base di atteggiamenti ostili che sfociano in comportamenti nocivi.

Il *Mobbing dal basso o down-top*, si verifica quando l'autorità di un capo viene messa in discussione, da uno o più sottoposti, in una sorta di ammutinamento professionale generalizzato: una strategia può essere il sabotaggio (far andare male una lavorazione) o l'isolamento nel quale il superiore è tenuto per assenza di volontà di dare o ricevere informazioni. Le ragioni che possono spingere un gruppo a simili comportamenti nei confronti del capo sono: incompetenza, motivi etici, approccio non gradito nelle relazioni interpersonali. I casi di mobbing dal basso hanno radici molto simili tra le culture e sono rari, difatti è piuttosto difficile che gli atti mobbizzanti possano essere condotti da un membro dell'organizzazione che ha una posizione gerarchica inferiore.

Un'altra classificazione viene fatta in base alle caratteristiche della vittima. Se è il singolo lavoratore a essere oggetto di violenza psicologica, si parla di *Mobbing individuale*; nel caso in cui, a essere colpiti da atti discriminatori sono gruppi di lavoratori, si parla di *Mobbing collettivo*. A volte le violenze psicologiche sono indirizzate direttamente sulla persona mobbizzata



(*Mobbing diretto*); altre volte vengono coinvolti aspetti dell'ambiente di lavoro della vittima, o la sua famiglia o i suoi amici (*Mobbing indiretto o riflesso*). Inoltre si distingue fra *Mobbing leggero* e *Mobbing pesante* a seconda che le azioni vessatorie siano sottili (ma non per questo meno pericolose) o palesemente violente. Einarsen (2002) distingue tra *Mobbing interpersonale* e *Mobbing predatorio*: nel primo caso la persecuzione inizia da una situazione di conflitto interpersonale e risulta perciò emotivamente molto coinvolgente per entrambi le parti; nel secondo caso l'origine della situazione mobbizzante dipende da fattori di tipo situazionale e organizzativo, in cui la vittima si trova accidentalmente in una posizione di svantaggio, senza aver fatto nulla per provocare e/o giustificare l'accanimento nei suoi confronti. In alcuni casi il Mobbing degenera in *doppio Mobbing*: il mobbizzato sul posto di lavoro finisce per portare il proprio malessere all'interno della famiglia che inizialmente può aiutare la vittima ma, a lungo andare, non sarà più in grado di reggere il disagio trasferito dal proprio membro e tenderà a ridurre il proprio sostegno.

LA FENOMENOLOGIA DEL MOBBING

Il Mobbing si manifesta e viene perpetrato con diverse forme che si concretizzano in azioni e comportamenti ostili rivolti verso la potenziale vittima, causando sofferenza fisica, psicologica e morale.

In quanto processo articolato che comincia lentamente e in modo subdolo, spesso dopo una lunga incubazione, il Mobbing si può suddividere in fasi successive che i ricercatori hanno tentato di elencare con vari modelli, con lo scopo di facilitare il riconoscimento del mobbing e valutare più accuratamente le cause, così da permettere delle soluzioni adeguate. Con riferimento al contesto italiano Ege (1997), ha proposto una versione a sei fasi di Mobbing vero e proprio, legate logicamente tra loro e precedute da una sorta di pre-fase, definita condizione zero, che ancora non è Mobbing, ma che ne costituisce l'indispensabile presupposto.

Pre-fase: condizione zero. Conflittualità fisiologica (normale ed accettata) che non costituisce Mobbing, ma è evidentemente un terreno fertile al suo sviluppo. Si tratta di un conflitto generalizzato, che vede tutti contro tutti e non ha una vittima cristallizzata; non è del tutto latente, ma si fa notare di tanto in tanto con banali diverbi d'opinione, discussioni, piccole accuse e ripicche. *Fase I: Il conflitto mirato.* È la prima fase del Mobbing in cui si individua una vittima e verso di essa si dirige la conflittualità generale. Il conflitto fisiologico di base dunque prende una svolta, non è più una situazione stagnante, ma si incanala in una determinata direzione. In questo momento l'obiettivo non è più solo quello di emergere, ma quello di distruggere l'avversario, colpendolo anche nella sfera privata.

Fase II: L'inizio del Mobbing. Gli attacchi da parte del mobber non causano ancora sintomi o malattie di tipo psico-somatico sulla vittima, ma tuttavia le suscitano un senso di disagio e fastidio. Essa percepisce un inasprimento delle relazioni con i colleghi ed è portata quindi ad interrogarsi su tale mutamento.

Fase III: Primi sintomi psico-somatici. La vittima comincia a manifestare problemi di salute e questa situazione può protrarsi anche per lungo tempo. Questi primi sintomi riguardano in genere un senso di insicurezza, l'insorgere dell'insonnia e problemi digestivi.

Fase IV: Errori ed abusi dell'amministrazione del personale. Il caso di Mobbing diventa pubblico e spesso viene favorito dagli errori di valutazione da parte dell'Ufficio del Personale che si insospettisce per il numero crescente di assenze per malattia della vittima.

Fase V: Serio aggravamento della salute psico-fisica della vittima. La vittima subisce un peggioramento delle proprie condizioni di salute manifestando forme depressive più o meno gravi e facendo uso di psicofarmaci e terapie che di solito hanno scarsi risultati. L'azienda nel frattempo adotta azioni disciplinari nei confronti del mobbizzato che aggravano ulteriormente la sua situazione. *Fase VI: Esclusione dal mondo del*

lavoro. Implica l'esito ultimo del mobbing: l'uscita della vittima dal posto di lavoro, tramite dimissioni volontarie, licenziamento, ricorso al pre-pensionamento o anche esiti traumatici quali il suicidio, lo sviluppo di manie ossessive, l'omicidio, la vendetta sul mobber.

LE CONSEGUENZE DEL MOBBING

Il mobbing può avere effetti devastanti sulla persona colpita: essa viene danneggiata psicologicamente e fisicamente, menomata della sua capacità lavorativa e della fiducia in se stessa.

I mobbizzati mostrano alterazioni dell'equilibrio socio-emotivo, che potrà sviluppare sintomi quali ansia, depressione, ossessioni, attacchi di panico, isolamento e depersonalizzazione; alterazioni dell'equilibrio psico-fisiologico attraverso la comparsa di sintomi psico-somatici quali cefalea, vertigini, tachicardia, disturbi gastrointestinali, alterazioni del sonno, delle funzioni sessuali; disturbi del comportamento quali tendenza alla passività, modificazioni del comportamento alimentare, gesti auto o etero aggressivi, abuso di alcol o farmaci (Pozzi, 2008). Se lo stimolo avverso è duraturo, i sintomi descritti possono organizzarsi nei due quadri sindromici principali che rappresentano le risposte psichiatriche a condizionamenti o situazioni esogene: i disturbi d'ansia e il disturbo dell'adattamento. Le sindromi che appartengono all'area dei disturbi d'ansia, che più frequentemente colpiscono i mobbizzati, sono il *Disturbo d'Ansia Generalizzato* (DAG) e il *Disturbo Post-Traumatico da Stress* (DPTS).

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato non consentendo il controllo volontario della "preoccupazione", esercita un'interferenza decisiva sullo stile di vita e sui livelli di funzionamento della persona. L'ansia, esperita nelle situazioni lavorative percepite come pericolose, può comportare distorsioni nella valutazione dell'accadere reale delle relazioni interpersonali e reazioni aggressive ed esagerate che hanno il risultato di causare imbarazzo nella vittima e negli altri e di aumentare notevolmente il mobbing. Si tratta di un disturbo che tende facilmente a cronicizzare

e induce a comportamenti di abuso (farmacologico e/o alcolico) che accentuano i disagi e possono diventare ulteriore fonte di turbamento nei rapporti interpersonali, causa di scherno o discriminazione; le abilità di risposta del lavoratore alle richieste e alle attese dell'ambiente sociale risultano sempre più compromesse.

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress, inteso come estrema conseguenza del fenomeno mobbing sull'individuo, può classicamente determinarsi nel caso in cui il paziente abbia vissuto un'esperienza traumatizzante di grande portata cui associa, anche dopo parecchio tempo, sentimenti di vero e proprio terrore, impotenza ed inidoneità; è una patologia in cui la persona tende a rivivere continuamente l'evento lavorativo traumatico, in uno (o più) dei seguenti modi:

- Il paziente rivive continuamente l'evento traumatico attraverso incubi notturni, veri e propri flashback o ricordi spiacevoli che comprendono immagini, pensieri o percezioni relative ad esso che gli vengono in mente frequentemente e involontariamente. Il disagio, la paura e l'ansia emergono anche di fronte a stimoli che in qualche modo ricordano l'episodio traumatico (sintomi intrusivi).
- La persona cerca di evitare di pensare al trauma e di essere esposta a stimoli associati ad esso; talvolta è possibile che aspetti importanti dell'evento siano dimenticati o molto confusi. Verso il mondo esterno si verifica una "paralisi psichica" o "anestesia emozionale" che si manifesta nell'incapacità di provare emozioni positive e nel disinteresse di quelle che possono essere prospettive di carriera, o pianificazioni di qualunque genere.
- Aumento dell'arousal: difficoltà di addormentamento, di mantenimento del sonno, di concentrazione, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme e scippi di collera improvvisi e inopportuni (sintomi di aumentata attivazione fisiologica).

Di solito il DPTS viene diagnosticato se la vittima ha vissuto un unico evento cruciale che ha rappresentato una seria minaccia per la sua integrità



psicofisica. Nel caso invece di un processo patologico determinato dal fenomeno mobbing non si parlerà più di un solo evento stressogeno scatenante (unico ed inequivocabilmente identificabile) ma di una miriade di atteggiamenti vessatori più o meno significativi, la cui reiterata applicazione sull'individuo sarà in grado di estrapolare tutto il corteo psicopatologico descritto. In questa circostanza, si preferisce parlare di "*Disturbo da Stress per Abuso e Violenza Prolungata*" (Casilli, 2000).

Infine, il *Disturbo dell'Adattamento* (DA) o *Sindrome da Disadattamento* (SDD) è una condizione psichiatrica che si verifica come risposta a degli eventi stressogeni di diversa tipologia, tra i quali possono senza dubbio essere inseriti anche quelli legati ad atti vessatori continui subiti in ambito lavorativo; la persona colpita sperimenta disagio o altera il comportamento funzionale (incapacità a lavorare o a svolgere altre attività). Tale disturbo inoltre può subdolamente tradursi in una sfera psicopatologica più grave inerente le sindromi depressive: non sono rari infatti i casi di depressione maggiore, la cui origine può essere riconducibile a tale patologia d'esordio, sempre che, lo stimolo nocivo (che ha indotto lo stesso individuo in uno stato di profonda prostrazione psichica) non venga precocemente interrotto. A seconda della categoria di appartenenza della sintomatologia, si può diagnosticare un "*Disturbo dell'Adattamento con ansia*" o un "*Disturbo dell'Adattamento con umore depresso*". Quando sono presenti sia i sintomi dell'ansia, sia quelli della depressione dell'umore, la diagnosi è di "DA con ansia ed umore depresso".

Il *Disturbo dell'Adattamento* può essere: acuto, se l'alterazione dura per meno di 6 mesi; cronico, se l'alterazione dura per 6 mesi o più. Il mobbing può avere anche conseguenze estreme, rappresentate in taluni casi dal suicidio. La condizione di forte depressione e la disperazione in cui si trova la vittima, infatti, non le lasciano intravedere alcuna via d'uscita, portandola a compiere gesti estremi. Altre volte, più raramente, la rabbia accumulata dal mobbizzato, o dal mobber,

può portare ciascuno di essi a commettere un omicidio; al mobbing si possono inoltre imputare danni derivati da incidenti o infortuni sul lavoro (Ege, 1997).

IL CASO DELLA PALAZZINA LAF

Risulta indispensabile, attraverso un esercizio di applicazione professionale del "Metodo Ege", analizzare uno dei casi più tristemente celebri di Mobbing nel panorama lavorativo Italiano: il caso-LAF dell'ILVA di Taranto, esploso nel febbraio del 1998. L'Ilva è tra i più importanti insediamenti industriali del settore siderurgico d'Europa con oltre 12.000 addetti. Nella Palazzina dell'ex Laminatoio a freddo (da cui l'acronimo LAF), dall'aprile 97 sino al sette novembre 98, data del sequestro dell'immobile da parte della Procura della Repubblica, sono stati confinati circa settanta lavoratori d'alto profilo professionale.

La prima fase del "Metodo Ege" riguarda la *determinazione del Mobbing*, alla luce dei sette parametri di riconoscimento nella vicenda in esame.

- **Parametro 1: Ambiente lavorativo.** Il conflitto deve svolgersi sul posto di lavoro.
- **Parametro 2: Dislivello tra gli antagonisti.** La vittima è in una posizione costante di inferiorità. La palazzina LAF, struttura ormai in disuso, viene utilizzata dai vertici dell'Ilva di Taranto per ospitare inizialmente due categorie di dipendenti: quelli che si rifiutano di abbandonare la propria attività sindacale e quelli che respingono la proposta di novazione, ovvero il declassamento da impiegato d'alto livello professionale ad operaio di bassa categoria.

▪ **Parametro 3: Tipo di azioni.** Devono essere presenti le azioni tipiche del processo di mobbing, indicate nel "LIPT Ege".

In quel luogo fatiscente, secondo quanto accertato dalla magistratura, i lavoratori non avevano la possibilità di svolgere alcuna attività. La vicenda, che ebbe grande clamore mediatico e che ha condotto alla prima condanna penale in Italia seguita ad un'azione di mobbing aziendale, indusse alcuni lavoratori ad inoltrare istanza di riconoscimento di malattia professionale

all'INAIL per patologia conseguente ad azione mobbizzante. La dirigenza aziendale pianificò la strategia di mobbing verticale, in questo caso bossing, per risolvere il problema degli esuberi e nello stesso tempo liberarsi di personale "indesiderato", ma soprattutto tale luogo doveva assumere i connotati di un esempio per tutti i dipendenti che non si fossero adeguati alle richieste dell'azienda.

- **Parametro 4: Andamento secondo fasi successive.** La vicenda ha raggiunto almeno la seconda fase ("L'inizio del mobbing") del modello italiano Ege a sei fasi.
- **Parametro 5: Intento persecutorio.** Nella vicenda deve essere riscontrabile un disegno vessatorio sotteso a tutte le azioni ostili, che dia coerenza e finalità alla strategia in atto.

La Palazzina LAF è stato un formidabile strumento di pressione psicologica per tutti i dipendenti dello stabilimento. La collocazione presso la "palazzina" comportava effetti economici per mancata partecipazione ad indennità legate all'effettiva partecipazione alle attività aziendali. L'invio nei locali avveniva senza alcuna anticipazione, con immediatezza (in alcuni casi senza nemmeno consentire al lavoratore di liberare la sua precedente stanza), senza comunicazione scritta, senza formalizzazione di alcun incarico di lavoro, né l'assegnazione ad alcuna attività operativa, ma con obbligo di permanenza e totale abbandono del personale all'inerzia. La giornata di "lavoro" non era scandita da alcuna operazione e gli impiegati trascorrevano il proprio tempo passeggiando nel corridoio, leggendo il giornale. Gli uffici risultavano essere trascurati, l'arredo era costituito da scrivanie impolverate e sedie pericolanti e in alcune stanze le finestre, oltre ad essere mal funzionanti, avevano i vetri rotti. Fu tale l'impatto prodotto fra i lavoratori che i non coinvolti avevano finanche il timore di parlare con "quelli della LAF", temendo di poter in qualche modo essere trascinati nella vicenda. Difatti, i lavoratori trasferiti alla palazzina non si potevano allontanare – personale di sicurezza sorvegliava che ciò non accadesse – mentre nello

stabile vi era un solo telefono situato all'ingresso. L'unico momento in cui era consentito ai lavoratori di uscire temporaneamente dalla palazzina era la pausa pranzo, orario in cui potevano raggiungere la mensa aziendale e dove, una volta entrati, erano tenuti in disparte, non avvicinati dagli altri colleghi, anche da quelli con i quali in precedenza vi era un rapporto confidenziale per il timore di poter subire lo stesso destino. Il clima di isolamento relazionale, di esclusione divenne assoluto, ed in questo contesto si realizzarono alcuni episodi di aggressività, crisi di agitazione psicomotoria, comportamenti inadeguati o pericolosi sino a minacce di gesti autolesivi. Alcuni lavoratori furono osservati mentre scalciavano oggetti o pareti, colpivano il muro con testate, mentre uno di essi, in una occasione, salì sul tetto della palazzina minacciando per diverse ore di lasciarsi cadere nel vuoto.

- **Parametro 6: Durata.** Il conflitto deve essere in corso da almeno sei mesi.
- **Parametro 7: Frequenza.** Le azioni ostili devono accadere almeno alcune volte al mese.

Durante la permanenza nella struttura, che si prolungò in alcuni casi sino a quasi un anno, si ripetevano con sistematicità e periodicità colloqui tra un responsabile aziendale ed i singoli impiegati, nei quali veniva ribadita la generica offerta di "novazione", senza ulteriori precisazioni. I colloqui avvenivano con modalità descritte con espressioni di forte caratterizzazione emotiva ("momento drammatico", in cui il responsabile aziendale si comportava da "dittatore", da "superuomo").

Solo dopo l'intervento del centro di salute mentale di Taranto, che inviò un esposto alla procura, dei mass media locali e nazionali e di Amnesty International la palazzina è stata chiusa. Nel documento conclusivo della commissione Lavoro del Senato, la situazione alla Palazzina LAF è definita "un esempio plateale di una situazione inaccettabile, perché lesiva dei diritti e della dignità dei lavoratori; il più plateale caso di mobbing collettivo mai verificatosi in Italia, con tanto di edificio di raccolta dei confinati, che ha già causato crisi depressive



che hanno portato dei lavoratori alla sottoposizione a cure psichiatriche".

I fatti sin qui richiamati sono stati accertati nel corso di un procedimento penale (sentenza n. 2948/01) dalla 2° sezione penale del Tribunale di Taranto che, nel dicembre 2001 condanna, complessivamente ad alcuni anni di reclusione, i responsabili aziendali e della proprietà per il reato di violenza privata e frode processuale. La condanna è stata confermata in secondo grado (Corte Appello Lecce, 10.8.05) e anche in Cassazione (08.03.06), ponendo fine alla vicenda della famigerata Palazzina LAF.

Rilevanti ed indicative risultano essere 25 CTU (Consulenze Tecniche D'Ufficio) prese in visione, espletate nei giudizi penali e civili intrapresi dagli operai nei confronti della parte datoriale.

Dal "Dato Storico Clinico", in seguito alla verifica delle documentazioni sanitarie con annesse diagnosi medico-specifiche, si evince che i lavoratori richiesero intervento medico al servizio psichiatrico territoriale nel 72% dei casi e il 16% a specialista psichiatra privato; l'8% necessitò di ricovero presso la U.O. di Medicina del Lavoro dell'Università di Milano.

Vanno quindi presi in considerazione gli aspetti di omogeneità dei periziatati che si delineano attraverso i susseguenti "Dati Anamnestici di Rilevanza Neuro-Psichiatrica": gli "impiegati" avevano grado d'istruzione superiore (76%; 4% licenza elementare, 4% licenza media inferiore, 8% qualifica professionale, 8% laurea) ed erano coniugati (solo l'8% era separato). Il profilo familiare non presentava, sino al momento dell'evento, particolari motivi di sofferenza. Negativa l'anamnesi anche per problemi psichici o comunque per sofferenza psicologica pregressa.

In riferimento alla anamnesi lavorativa si evince che: tutti avevano una posizione stabile, erano stati assunti dalla Azienda in questione da oltre dieci anni, la maggior parte di loro addirittura da 30 anni. Vivevano una realtà lavorativa descritta come soddisfacente sia per il trattamento economico, sia per le mansioni raggiunte nel tempo. Avevano difatti ottenuto avanzamenti di carriera

nel 68% dei casi e, nel 48%, era stata segnalata gratificazione lavorativa nel periodo precedente i fatti.

Nel 1995 gioca un ruolo decisivo nel determinismo degli eventi la svolta determinata dalla privatizzazione dell'Azienda, quando ad un clima caratterizzato da grande carico lavorativo e responsabilità, ma anche gratificazione personale, ne seguì un altro caratterizzato da sensibile aumento di conflittualità. Contrasti con i superiori gerarchici sono stati riferiti difatti nel 28% dei casi, per lo più con nuovi dirigenti o capi-turno nominati nel clima di riorganizzazione aziendale. Nel 36% dei casi nei confronti dei lavoratori fu adottato un certo grado di isolamento sul posto di lavoro; demansionamento sarebbe occorso nell'8%, dequalificazione in analoga percentuale. La cosiddetta condizione della "scrivania vuota" – ovvero relegare il lavoratore a trascorrere il proprio orario di lavoro in un ambiente privo di strumenti, compiti e mansioni – si sarebbe verificata solo in un caso. Tutto ciò ancor prima del trasferimento dei lavoratori nella "palazzina LAF", ove è stato appurato che tali caratteristiche furono parte integrante del clima e del "trattamento" lavorativo.

Il tempo di permanenza nella "palazzina LAF" fu stimato tra 9 e 12 mesi nel 72% dei casi, da 4 a 8 mesi nel 12%; nel 12% è stato limitato ad un periodo compreso fra 2 e 4 settimane ed in un caso fra 1 e 2 settimane. Successivamente alla chiusura giudiziaria della "palazzina LAF" furono adottati provvedimenti diversi, fra i quali prevalse la cassa integrazione (68%), ed in seguito periodi di ferie forzate (36%), mobilità (12%) ed infine pensionamento anticipato, accettato dai lavoratori nel 52%. Altro dato di rilievo è che il 24% dei lavoratori andò incontro a serie difficoltà economiche in seguito a tali vicende, dovute soprattutto al perdurare della condizione di cassa integrazione, con ripercussioni anche sull'assetto psichico dei lavoratori coinvolti più a lungo in tale condizione.

Nella maggior parte dei casi (80%) l'esordio dei disturbi psicopatologici avvenne già durante il

periodo di permanenza in "palazzina LAF". Dall' "Esame Psichico" si rileva che i periziandi sono allo stato lucido, orientati nel tempo, nello spazio e verso le persone. Nella norma le funzioni intellettive. Il corso del pensiero non mostra alterazioni di tipo qualitativo, ma è prevalentemente pervaso da tematiche depressive, con sentimenti di rabbia verso "chi ha creato questa situazione". È presente anche inibizione e difficoltà relazionali e nella integrazione dei diversi aspetti personologici. Flessione del tono dell'umore, con disturbi del sonno, con vissuti di emarginazione, attenzione polarizzata sulle tematiche di rivendicazione sopra esposte, difficoltà di controllo della sfera delle emozioni, difficoltà ad integrare gli aspetti razionali ed emozionali della esperienza lavorativa. Problematiche relazionali di difficoltà sessuali. Deficit attentivi, con presenza di labilità emotiva, di ansia libera e somatizzata in particolare a carico dell'apparato cardiocircolatorio, tale da giustificare inoltre una diagnosi di Disturbo d'Ansia Generalizzato. Infine, sentimenti persistenti di aumentato Arousal (non presenti prima del trauma) inquadrono la diagnosi di Disadattamento Lavorativo e Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Dalle "Considerazioni Psichiatrico-Forensi" si evince che: il nesso di causalità tra eventi accorsi ai periziandi in ambito lavorativo e patologie, debba ritenersi presente, nel senso che, oltre alla positività del criterio cronologico, è positivo anche quello della efficienza lesiva in quanto gli eventi psicotraumatici così come riferiti ai Consulenti Tecnici d'Ufficio, hanno provocato nei periziandi disturbi depressivi di notevole rilievo in comorbidità con disturbi d'ansia di discreta entità, con

rilievo allo stato attuale nonostante siano trascorsi oltre 10 anni dall'insorgenza della patologia di natura reattiva.

Dalle "Conclusioni e Risposte ai Quesiti dei P.M." si evince che: i periziandi sono da considerarsi affetti da malattia professionale, e quindi correlata all'attività lavorativa svolta dagli stessi, con presenza di danno biologico (lesione dell'integrità psicofisica) che in base a specifiche tabelle di riferimento e tenuto conto anche di fattori di vulnerabilità legati ai vari trattamenti, va valutata nella misura media del 37%. Le spese preventibili per cure mediche e di sostegno psicoterapeutico, ausilio fondamentale per rielaborare la vicenda lavorativa, sono quantificabili, stando a quanto riportano le tabelle di monetizzazione e le diagnosi effettuate dai medici specialisti interpellati, in 50000 (Cinquantamila) euro.





Queste considerazioni, allora, sembrano sufficienti a ritenere provato il conseguente diritto al risarcimento del danno patrimoniale e del danno non patrimoniale. Stabilita la percentuale di L.A.M. totale permanente, sulla base del calcolo matematico di valori convenzionali, si passa alla monetizzazione di tale percentuale (attraverso apposite tabelle di Monetizzazione del Danno da Mobbing elaborate sulla base dell'attuale tabellazione per la quantificazione del danno biologico) e quindi alla quantificazione dell'indennizzo che equamente sarà corrispondente al danno subito dai lavoratori.

Il lavoro è fondamentale ai fini dell'auto-realizzazione. È evidente che se questa possibilità di vita viene messa in discussione da un atto illegale e non vi sono le condizioni per ricominciare, si rischia una crisi tale da compromettere gravemente la salute, a volte in maniera irreversibile.

PREVENZIONE E POSSIBILI SOLUZIONI AL MOBBING

Intraprendere le vie legali (in genere attraverso la richiesta di risarcimento del danno subito) è l'arma più estrema ed anche la più difficile da gestire perché impone uno sforzo emotivo e finanziario che non tutti, specie dopo un lungo periodo di mobbing, sono in grado di sopportare. La vittima che vuole intentare una causa contro il proprio persecutore potrà fare appello tanto al diritto del lavoro quanto alla giurisprudenza civile e penale (Trentini, 2006). Il lavoratore può agire in giudizio al fine di ottenere la cessazione dei comportamenti mobbizzanti, nonché il risarcimento del danno patito.

I possibili danni risarcibili sono: danno patrimoniale (danno a beni quali retribuzione, carriera, professionalità, ecc.) a sua volta suddiviso in danno emergente (cioè la perdita economica subita a seguito del fatto lesivo) e lucro cessante (cioè il mancato guadagno); danno non patrimoniale, a sua volta suddiviso in danno biologico (lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale), danno morale

(evento negativo penalmente rilevante) e danno esistenziale (danno al valore vita, viene calpesta la personalità e la dignità del lavoratore). Spetta al datore di lavoro dimostrare di aver posto in essere tutte le misure necessarie per tutelare l'integrità psico-fisica del dipendente, mentre spetta al lavoratore dimostrare la gravità dei fatti che hanno causato la dequalificazione professionale, ovvero l'esistenza del nesso causale tra l'evento lesivo ed il comportamento del datore di lavoro (Meucci, 2006).

Il maggior impegno da assumere è quello di affrontare il mobbing in una logica di prevenzione, prima ancora che di sanzione, ripensare al modo di gestire il capitale umano ponendo attenzione al benessere organizzativo generale incidendo così in maniera positiva sulla motivazione e sulla produttività; sensibilizzando il lavoratore, il datore di lavoro e l'intera società, bisogna cercare di far conoscere le reali ripercussioni negative del fenomeno, in modo da esortare le persone a starne lontano. In termini assoluti, la prevenzione del mobbing si basa sulla possibilità di raggiungere un grande cambiamento culturale dei valori individuali, degli atteggiamenti, delle espressioni verbali e delle modalità di interazione. Questo cambiamento culturale, anche se è un processo a lungo termine, può essere favorito da un comune impegno teso ad accrescere la consapevolezza e la coscienza individuale sul fenomeno (Tronati, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Argentero, P. (a cura di), (2008). *Psicologia delle organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ascenzi, A., & Bergaglio, G.L. (2002). *Mobbing: riflessioni sulla pelle*. Torino: Giappichelli Editore.
- Bernardi, F. (2007). *La fenomenologia del mobbing*. In G. Sprini (a cura di), *Mobbing: Fenomenologia, conseguenze ed ipotesi di prevenzione* (pp. 17-28). Milano: Franco Angeli.
- Bernardi, F., & Lo Presti, A. (2007). *Il processo evolutivo del mobbing*. In G. Sprini (a cura di),

- Mobbing: Fenomenologia, conseguenze ed ipotesi di prevenzione* (pp. 29-40). Milano: Franco Angeli.
- Carlucci, S. (2009). *Mobbing e organizzazioni di personalità. Aspetti clinici e dinamici*. Milano: Franco Angeli.
 - Casilli, A. (2000). *Stop Mobbing. Resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro*. Roma: Derive ed Approdi.
 - Cecchini, F. (2005). *Contro il mobbing. (Breve manuale di auto-aiuto)*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
 - Cocco, G., Angelone, C., & Pierfelice, V. (2007). *Il mobbing. Aspetti psicosociologici e giuridici*. Pozzuoli: Sistemi Editoriali.
 - Depolo, M. (2005). *Considerazioni sul mobbing e gli psicologi del lavoro*. Estratto il 15 Dicembre 2009, da <http://www.oltreilmobbing.it>
 - Di Martino, V., & De Santis, R. (2003). *Mobbing, la violenza a lavoro*. Milano: Città Aperta.
 - Einarsen, S. (2000). *Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach*. *Aggression and Violent Behaviour*, 5 (4).
 - Ege, H. (1996). *Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro*. Bologna: Pitagora.
 - Ege, H. (1997). *Il mobbing in Italia. Introduzione al mobbing culturale*. Bologna: Pitagora.
 - Ege, H. (2001). *Mobbing. Conoscerlo per vincerlo*. Milano: Franco Angeli.
 - Ege, H. (2002). *La valutazione peritale del danno da mobbing*. Milano: Franco Angeli.
 - Ege, H. (2005). *Oltre il Mobbing. Straining, Stalking e altre forme di conflittualità sul posto di lavoro*. Milano: Franco Angeli.
 - Favretto, G. (a cura di), (2005). *Le forme del mobbing. Cause e conseguenze di dinamiche organizzative disfunzionali*. Milano: Franco Angeli.
 - Gabassi, P. G. (2007). *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
 - Giusti, G. (2009). *Trattato di Medicina Legale, Volume 4*. Padova: Cedam.
 - Yamada, D. (2003). *Workplace bullying and the law: towards a transnational consensus?* In Einarsen, S. et al. (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (399-400).
 - Leymann, H., & Gustavsson, B. (1984). *Psychological violence at work places. Two explorative studies*. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen.
 - Leymann, H. (1993). *Mobbing: Psychological terrorization at work and how to ward it off*. Reinbek: Rowohlt.
 - Leymann, H. (1996). "The content and development of mobbing at work". *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5.
 - Marini, F., Nonnis, M. (a cura di), (2006). *Il Mobbing. Dal disagio al benessere lavorativo*. Roma: Carocci.
 - Masci, S. (2007). *Il conflitto in azienda. Analisi e gestione delle relazioni nei gruppi di lavoro*. Roma: L'Airone Editrice.
 - Meucci, M. (2006). *Danni da mobbing e loro risarcibilità*. Roma: Ediesse.
 - Pedrazzoli, M. (diretto da), (2007). *Vessazioni e angherie sul lavoro. Tutele, responsabilità e danni nel mobbing*. Bologna: Zanichelli.
 - Pozzi, G. (a cura di), (2008). *Salute mentale e ambientale di lavoro. Conoscere e tutelare dal disadattamento al mobbing*. Milano: Franco Angeli.
 - Ranieri, D. (2003). *Il lavoro molesto. Il mobbing: cos'è e come prevenirlo*. Roma: Ediesse.
 - Sarchielli, G. (2008). *Psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino.
 - Sprini, G. (a cura di), (2007). *Mobbing: Fenomenologia, conseguenze ed ipotesi di prevenzione*. Milano: Franco Angeli.
 - Trentini, G. (a cura di), (2006). *Oltre il mobbing. Le nuove frontiere della persecutività*. Milano: Franco Angeli.
 - Tronati, B. (2008). *Mobbing e straining nel rapporto di lavoro. Cosa sono, come riconoscerli, come reagire, come tutelarsi*. Roma: Ediesse.
 - Vaccani, R. (2007). *Stress, mobbing e dintorni. Le insidie intangibili degli ambienti lavorativi*. Milano: Etas.
 - Virtù, C. (2001). *Palazzina LAF. Mobbing: la violenza del padrone*. Taranto: Edizioni Archita.



APPUNTI DI CONVERSAZIONI

SCUOLA DI EDUCAZIONE ALLA PERSONA

DI **Lizia Dagostino**

PUBBLICATO DA **Kurumuny (2019)**

In ogni azienda, che ce ne sia o meno la consapevolezza, c'è l'esigenza di un ruolo moderno e antico che accompagni il/la responsabile nelle attività di consulenza, di formazione, di valutazione e di selezione delle Risorse Umane. La "scuola di formazione Alla persona", presentata da Lizia Dagostino, è una modalità per abitare il mondo e il mondo aziendale, in particolare. È un orientamento da seguire, una mentalità da acquisire ed una pratica da applicare. È il momento di innovare la disciplina formativa con psicologhe e psicologi che intervengano alle radici dell'organizzazione per prevenire e curare, dove è possibile, la cultura ammalata. L'educazione degli adulti, nella visione di base del lavoro e dell'organizzazione, non offre soluzioni immediate: indica prospettive e opportunità di apprendimento. Il compito principale è promuovere la stabilità emotiva di ogni persona, intesa come la capacità di adeguare alle situazioni, i sentimenti,

i pensieri e le azioni. I risultati in un'azienda non dipendono solo dalla tecnologia, dalle scelte di mercato o dalle congiunture finanziarie, ma anche dal bagaglio di relazioni, di conoscenze, di creatività, di servizi di qualità e dal cambiamento territoriale che è in continua costruzione. La "scuola di formazione Alla persona" promuove la qualità della prestazione, lavorando sulla qualità della relazione, sostituendo le relazioni di potere con il potere delle relazioni. Trasformare il sistema organizzativo, credendo in una morale d'impresa e praticandola, significa ragionare su una nuova visione dei lavoratori e delle lavoratrici. Di lavoro si può e si deve vivere bene. L'azienda è un posto dove essere felici, non solo dove realizzare e percepire un reddito. E la felicità significa affinare la capacità di creare e di mantenere relazioni intense e significative, considerando i ruoli, anche brevi e in superficie, con leggerezza e impegno. La psicologia

del lavoro può essere fragile perché è giovanile. Ed è una disciplina che rimane *maschile* se, nell'organizzazione aziendale, si limita a custodire il modello ben strutturato, patriarcale e vanaglorioso, anche delle donne. Lo/a psicologo/a aziendale non si riduce all'ascolto delle lamentele, al contenimento delle rivendicazioni, alla cura dello stress, ma soprattutto, persegue la comprensione delle ragioni di sistema, più profonde e pericolose che producono i malesseri. Essere preparati, dopo le misure restrittive a causa del virus, non significherà solo avere le mascherine, i vaccini e l'efficienza nella vendita online, ma anche provvedere a politiche del lavoro giuste e ad un sistema aziendale democratico e solido.

LIZIA DAGOSTINO

si laurea in Psicologia nel 1984 presso l'Università "La Sapienza" e studia Analisi Transazionale presso SIM-PAT, Società Italiana di Metodologie Psicoterapeutiche e Analisi Transazionale. Dal 1986 svolge attività di Governo Umano delle Risorse, come direttrice del personale in affitto, promuovendo la selezione del personale, i percorsi di educazione Alla persona, il

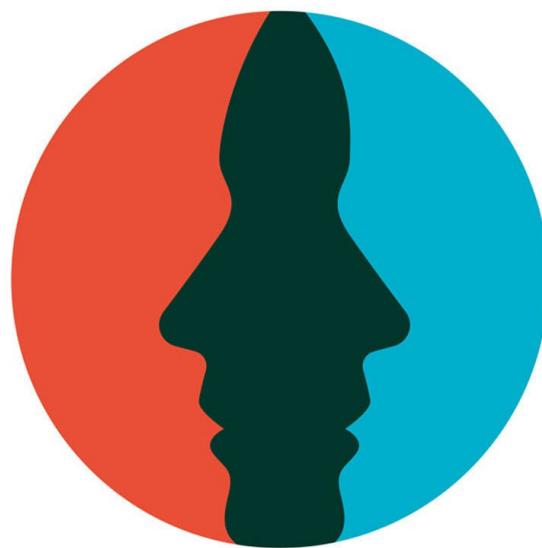
Reparenting nei ricambi generazionali, l'analisi e la diagnosi organizzativa, il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni professionali.

Il sito della Comunità di Ricerca:
www.ndcomunitadiricerca.it

Scuola di Educazione alla Persona



Appunti di conversazioni





PIÙ ANNI E MENO DANNI NEL CAPO

A CHI APPARTIENE IL NOSTRO FUTURO?

DI **Francesco Giaquinto**

PREFAZIONE DI **Antonio di Gioia**

PUBBLICATO DA **Edizioni Casa&Putea (2019)**

RECENSIONE A CURA DI **Caterina Ponzetta**

Vivere in un periodo di emergenza sanitaria ha molti effetti sulla vita delle persone, come abbiamo avuto modo di notare in questi ultimi mesi. La prima conseguenza è la revisione della scala delle priorità, che muove dalla

necessità di compiere scelte quotidiane.

Vivere in un periodo che non si considera di emergenza, invece, permette all'uomo di porsi molte meno domande, con il rischio incontrollato di non saper gestire fenomeni

latenti, seppur avvengano alla luce del sole, con effetti devastanti.

Nel mese di Dicembre 2019 ha avuto luogo la pubblicazione del primo volume edito da Casa&Putea, associazione di promozione sociale che ha sede a Gagliano del Capo (LE).

Il testo affronta il tema dell'emergenza demografica nei territori periferici, con particolare riferimento al Capo di Leuca. Essa si riflette in due fenomeni, puntualmente supportati da dati numerici: lo spopolamento e l'invecchiamento della popolazione. L'esodo di migliaia di giovani e interi blocchi familiari conduce alla riduzione della popolazione scolastica (le aule si svuotano e le classi si acciuffano), all'incremento della popolazione nelle case di riposo, alla scomparsa di intere generazioni che emigrano altrove, oltre a un quadro economico che si regge principalmente sulle pensioni. Le conseguenze di tutto questo sulla salute mentale sono disastrose, come testimonia l'elevato consumo di sostanze stupefacenti ed

alcoliche e la diffusione del gioco d'azzardo.

L'attenzione dell'autore si concentra su due categorie principali: i fuorisede, che includono gli studenti universitari e i lavoratori emigrati, e gli anziani, che rappresentano la fetta più ampia di popolazione.

La posizione principale che si evince dal





testo riguarda il dovere, da parte delle amministrazioni comunali dei paesini di periferia che subiscono questi fenomeni, di proporre iniziative atte al rientro sul territorio dei fuorisede. A tal proposito è fornito un quadro sulla condizione di vita del fuorisede, che occorre analizzare a fondo per poter cogliere bisogni ed esigenze di colui che può essere definito straniero in casa propria e altrui.

Lo studente universitario, ad esempio, adotta uno stile di vita pieno di fattori di rischio per patologie croniche in età adulta: consumo e abuso di alcool, dieta caratterizzata da poche verdure e prodotti di bassa qualità in favore di un risparmio economico, scarsa attività fisica, tabagismo ed un elevato carico di stress dovuto alla lontananza degli affetti familiari, difficoltà accademiche prima e lavorative poi, complicazioni riguardanti il mantenimento di relazioni a distanza e/o costruite in un clima di incertezza riguardo al futuro.

Per ciò che concerne gli anziani, i quali rappresentano il 25% della popolazione, il compito dell'amministrazione comunale, delle associazioni che lavorano sul territorio e di tutti i cittadini dovrebbe essere quello di fornire maggiori servizi di qualità. Nel testo si fa riferimento alla Scaffolding Theory of Aging and Cognition, di Reuter-Lorenz e Park (2009, 2014) e allo studio finlandese Finger che agisce nell'ottica della prevenzione delle patologie neurodegenerative legate alla terza età.

All'invecchiamento biologico del cervello, infatti, si sommano fattori legati allo stile di vita e all'esperienza, che possono contribuire ad una deplezione o ad un arricchimento della riserva cognitiva. Il nostro cervello, tuttavia, fa fronte alle modifiche strutturali che avvengono con l'età attraverso una serie

di compensazioni, il che significa che, in assenza di cambiamenti patologici, esso abbia tutte le possibilità di mantenere prestazioni simili rispetto a quando era giovane anche in età avanzata. La differenza si ottiene mettendo in atto uno stile di vita sano e una serie di attività che arricchiscono le risorse neurali.

“Più anni e meno danni nel Capo – a chi appartiene il nostro futuro?” si propone come una chiacchierata con il lettore, esperto e non, che desidera saperne di più sugli argomenti trattati e sulle riflessioni estendibili a territori italiani con le medesime caratteristiche demografiche. Sono presenti dati demografici sul Capo di Leuca ricavati dall'ambito sociale territoriale di Gagliano del Capo.

Il testo, inoltre, adotta uno stile provocatorio in più frangenti, con l'intento di catalizzare l'attenzione sui temi sociali presi in esame, spesso deprivati della giusta considerazione o persino eclissati da problematiche reputate più rilevanti in quanto più “vicine” e apparentemente eclatanti. Esso si auspica di divenire pretesto per affrontare e discutere la condizione precaria di categorie bisognose quanto spesso invisibili, affinchè “lontano dagli occhi lontano dal cuore” non diventi la soluzione e nessun cittadino, fuorisede o anziano che sia, venga lasciato solo a se stesso e in balia degli eventi.

L'obiettivo, dunque, è di puntare i riflettori sulla realtà odierna, in modo da poterne apprezzare i chiaro-scuro senza lasciare nulla in penombra.

È possibile richiederne una copia contattando l'associazione Casa&Putea sui canali social (Facebook e Instagram) o inviando una mail a info@casaeputea.it, il ricavato è interamente devoluto a sostegno delle attività dell'associazione Casa&Putea.

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2020
Vol. 25

LONDREZ/REUTERS

JOHN BOWLBY
Psicologo, medico e psicoanalista
britannico, ideatore della teoria
dell'attaccamento, relativa ai legami
affettivi all'interno della famiglia.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 25 - GIUGNO 2020

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari

Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.

DIRETTORE SCIENTIFICO
dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Ferdinando Ignazio De Muro
dott. Massimo Frateschi



**ORDINE
PSICOLOGI
REGIONE
PUGLIA**

SEGRETERIA ORDINE

- Via F.III Sorrentino n.6 - 70126 Bari
- +39 080 5421037
- +39 080 5508355
- segreteria@psicologipuglia.it
- www.psicologipuglia.it