

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2022
Vol. 29

ISSN 2239-4001

ERIK ERIKSON

Psicologo e psicoanalista tedesco,
teorizzatore delle fasi dello sviluppo
psicosociale.

IN QUESTO NUMERO



INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 4 Commissione Psicologia Scolastica, del lavoro, delle organizzazioni e di comunità
-



RICERCHE

- 6 Siblings: una nuova definizione di fratelli e sorelle in psicologia pediatrica
 - 20 Lo psicologo scolastico: indagine esplorativa nelle scuole della provincia di Foggia
 - 36 Ambienti di apprendimento transmediali per la valorizzazione delle Neurodiversità
-



RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 52 Come fare a sapere di essere nel bene se nel bene non si crede
- 59 I disturbi alimentari nella popolazione LGBTQIA+

76 Psicodifesa e campo psicoterapeutico

88 Il mobbing: espressione di dinamiche distorte nelle gerarchie organizzative

94 Un libro sovversivo di uno psicologo poco noto: teoria psicoanalitica

152 Valutazione Neuropsicologia pre e post intervento Neurochirurgico in pazienti con Neoplasia Cerebrale

162 Autolesività non suicidaria: un problema di regolazione emotiva negli adolescenti?

169 Dalla cura per la vita all'amore per la vita: canzoni e parole nella rinascita post-traumatica

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

102 Oltre la psicoterapia cognitivo-comportamentale: la schema therapy per una bambina con disturbo di conversione

113 Neurofibromatosi di tipo 1 in età evolutiva: stato dell'arte e proposta di una batteria di approfondimento psicodiagnostico

122 Riflessioni sulla vita allungata: un viaggio controcorrente. Report di un progetto di aiuto alla solitudine e alle perdite durante il lockdown

SPAZIO NEOLAUREATI

180 Psicologia delle fake news: analisi dei fattori cognitivi, emotivi e di personalità correlati al discernment

ESPERIENZE SUL CAMPO

136 La comunicazione e la relazione negli apprendimenti: tra cognizione, metacognizione e processi

NOVITÀ IN LIBRERIA

193 Curarsi dei fenomeni

202 2022 APA Annual Convention USA



COMMISSIONE PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ

Coordinatore
Massimo Frateschi

Componenti
Geremia Caprioli
Ferdinando De Muro

La Commissione **"PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ"** in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, in ottemperanza ai DPCM relativi all'emergenza COVID 19, ha articolato fino ad oggi la preparazione di proposte per lo sviluppo programmatico di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine. La Commissione è impegnata a promuovere, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva di tutta la comunità professionale degli psicologi della Puglia, nuove ipotesi, idee e proposte per uno sviluppo programmatico di obiettivi strategici. È dedita a costruire proposte per pro-

muovere, continuare e migliorare il confronto sulla cultura, sull'attività, sulla collaborazione psicologica con Istituzioni, Enti, Associazioni.

Le proposte che sviluppano il programma si basano sulla professionalità, sulle competenze, sulle esperienze sul campo nell'area scientifica e tecnica della psicologia per confluire negli ambiti relativi a: Salute, Scuola, Organizzazioni, Comunità, con una strategia integrata per la realizzazione di collaborazioni, progetti, attività e interventi interprofessionali e interdisciplinari, ormai necessari nelle condizioni ordinarie e, ancor di più, nelle condizioni



straordinarie ed emergenziali sanitarie, economiche e sociali della collettività.

Le linee guida della Commissione, in generale, considerano che la promozione della salute, del benessere e del progresso psicologico negli ambiti di riferimento, quindi, all'interno di un sistema, di una struttura, di una organizzazione e nella loro interazione, in ottemperanza alle leggi e ai decreti in vigore, possono essere sviluppati con strategie metodologiche che si adattino al periodo attuale, per i fenomeni ordinari e per i fenomeni straordinari connessi alle emergenze (pandemia, guerra, crisi ecosistemica, ecc.), nel contempo, siano in grado di prevenire, gestire e superare stress, ansia, disagi, sintomi, traumi individuali, di gruppo, di comunità e, inoltre, favoriscano salute, benefici e progresso negli ambienti, nei contesti, nella società umana e negli ecosistemi attraverso nuovi equilibri dinamici strategici.

Una nuova proposta strategica sinergica rispetto agli ambiti psicologici Salute, Scuola, Organizzazioni, Comunità, denominata *"PsySchoolHealth"* si articola per quattro settori di servizio psicologico a scuola per la salute: sistema scolastico, studenti, personale scolastico, famiglie. Questa proposta condivide anche le linee di indirizzo del CNOP in

riferimento al Protocollo con il Ministero dell'Istruzione. È una proposta idea-progetto, basata su un "modello ecomultisistemico, a configurazione dinamica micro/macrosistemica", che nel territorio regionale consente di raccogliere, includere ed integrare sinergicamente in un progetto poliedrico una molteplicità di progetti, provenienti da ogni Comune e Provincia, realizzati dagli psicologi nelle scuole al buon fine della promozione della salute, della prevenzione e del benessere e, in particolare, per essere volano propulsivo della ripresa in riferimento alla pandemia, alla guerra, ecc. La varietà di progetti accumulata, per esempio, presentata in un evento dedicato, potrebbe essere resa disponibile e utilizzata strategicamente, sia in base alle necessità delle istituzioni scolastiche, di ogni ordine e grado, sia per necessità dei soggetti in età evolutiva, delle famiglie, delle organizzazioni, delle comunità e di altre istituzioni pubbliche. La propulsione generata dagli psicologi, con metodologie e prassi professionali qualificate e innovative nei suddetti settori di servizio psicologico, può sviluppare la collaborazione, la motivazione e la cooperazione di reti, sistemi, istituzioni, ambienti, comunità e individui per un progresso nel campo della salute, della prevenzione e del benessere, della scuola, delle organizzazioni, delle comunità.



SIBLINGS

UNA NUOVA DEFINIZIONE DI FRATELLI E SORELLE IN PSICOLOGIA PEDIATRICA

Maria Angela Seccia
Dottoressa in Psicologia
Esperta in Psicologia Pediatrica

RIASSUNTO

Quest'articolo nasce da una revisione della letteratura che ha l'obiettivo di esaminare l'attuale panorama scientifico relativo alla salute mentale dei siblings, ovvero i fratelli sani di bambini affetti da condizioni di salute croniche, considerando le loro reazioni psicologiche, i fattori ad esse associati e i programmi di intervento attualmente applicabili. Sono stati esaminati studi pubblicati negli ultimi dieci anni a cui hanno partecipato siblings con un'età compresa tra 0 e 18 anni di bambini affetti malattia cronica o disabilità; nello specifico, sono stati inclusi nella revisione studi sperimentali, metanalisi e systematic reviews.

Da questa revisione è emerso che l'adattamento psicologico dei fratelli sani ad una malattia o disabilità pediatrica può essere sintetizzato in tre categorie: resilienza, adattamento più o meno riuscito e compromissione della salute mentale.

È opportuno sottolineare che tra gli studi presi in considerazione è presente soltanto uno studio italiano condotto presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. La scarsità di studi italiani relativi a questa tematica, infatti, testimo-

nia come nel nostro Paese sia ancora rivolta poca attenzione alla salute mentale dei fratelli sani di pazienti cronici in età pediatrica.

PAROLE CHIAVE

Siblings, malattia cronica, psicologia pediatrica, salute mentale

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, in medicina pediatrica abbiamo assistito ad un'evoluzione del processo di cura dei bambini che ha visto il passaggio da un Modello biomedico, centrato sulla cura del corpo e della malattia, ad un Modello biopsicosociale (Engel, 1977) in cui la cura è centrata sul *paziente globale*: essa consiste in un percorso che coinvolge non soltanto il bambino, ma l'intero nucleo familiare in cui è inserito. Di conseguenza, anche la ricerca scientifica ha cominciato ad approfondire gli effetti che la malattia in età pediatrica ha sia sul percorso di vita del bambino colpito, ma anche su quello di chi lo circonda.

Per lungo tempo, gli studi condotti per indagare l'impatto psicologico della malattia in età pediatrica si sono focalizzati esclusivamente sul bambino malato e sui genitori, ignorando le possibili

conseguenze su fratelli e sorelle sani, considerati semplici spettatori degli eventi e delle dinamiche scaturite dalla malattia sopraggiunta. Recentemente, invece, è stato rivalutato il loro ruolo definendo una nuova categoria meritevole di attenzione denominata “siblings”, termine inglese con cui ci si riferisce in maniera generica ai fratelli e alle sorelle indipendentemente dal loro sesso. Nello specifico, in ambito medico, il termine *siblings* viene utilizzato per riferirsi ai fratelli sani di persone affette da disabilità, malattie croniche o in fase acuta.

L'attenzione al ruolo dei siblings all'interno di una famiglia colpita da una malattia pediatrica deve la sua importanza al fatto che la relazione tra fratelli non può essere categorizzabile come una semplice relazione familiare, in quanto numerosi studi hanno dimostrato che i legami fraterni vissuti nell'infanzia marcano in modo significati-

vo lo sviluppo psichico del bambino influenzandone la strutturazione dell'identità, le relazioni sociali e affettive: all'interno della fratria, infatti, il bambino sperimenta per la prima volta il rapporto con i pari, si confronta con le idee e con i sentimenti di aggressività e rivalità, ma anche di affetto, di attaccamento, di protezione, di apprendimento e di condivisione. Di conseguenza, appare evidente che un evento di forte impatto come l'avvento di una malattia o di una disabilità possa avere ripercussioni anche sulla vita di chi non ne è protagonista in prima persona ma ne fa esperienza indirettamente.

L'IMPATTO DELLA MALATTIA CRONICA PEDIATRICA SULLA FAMIGLIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le malattie croniche come “quelle patologie non trasmissibili da una persona all'altra che presentano le caratteristiche di lunga





durata e generalmente una lenta progressione". La diagnosi di una malattia cronica in età pediatrica ha un impatto traumatico sul bambino e sull'intera famiglia, soprattutto se essa implica un'ospedalizzazione frequente o duratura: è un evento inaspettato che fa precipitare tutto il nucleo in una realtà inaccettabile perché colpisce proprio chi, invece, andrebbe tutelato, rappresenta una vera e propria frattura che segna un "prima" e un "dopo" all'interno della storia famigliare. La vita della famiglia viene riorganizzata in funzione del bambino malato e le interazioni al suo interno e all'esterno sono alterate per fronteggiare tutti i bisogni immediati imposti dalla malattia.

Da una review di Grootenhuis e Last (1997), è emerso che non è tanto la diagnosi o il trattamento della malattia quanto l'ospedalizzazione e la compromissione del funzionamento del bambino a minare il benessere psicologico dei genitori: gli effetti più evidenti si manifestano con distress psicologico sia a livello genitoriale che coniugale con ricadute sull'intera famiglia. Queste difficoltà appaiono ancora più pronunciate nelle famiglie in cui uno dei due genitori cerca di trasformarsi nel terapeuta a tempo pieno del figlio malato. Tuttavia, per i genitori è possibile individuare fattori protettivi, quali la continua informazione e comunicazione rispetto alla malattia del figlio, il mantenimento di una prospettiva ottimistica e la percezione di supporto sociale, fattore chiave soprattutto per il benessere delle madri.

LA REAZIONE PSICOLOGICA DEI SIBLINGS

L'adattamento psicologico dei siblings al nuovo equilibrio famigliare dipende da diversi fattori interni ed esterni. Tra questi, possiamo riconoscere fattori legati alla fratria, alla malattia e al vissuto genitoriale.

L'ordine di nascita del bambino colpito dalla malattia rappresenta una caratteristica cruciale nelle interazioni fraterne. Se è il primogenito, la

situazione per i suoi fratelli e sorelle è spesso più facile da accettare, dal momento che, essendo nati successivamente, non hanno mai conosciuto una realtà in cui la malattia non è stata presente e, perciò, dovranno adattarsi fin dal primo momento alla malattia del fratello. Tuttavia, l'identificazione con il primogenito risulta difficile, i fratelli più giovani e sani possono addirittura rifiutarsi di crescere per paura di superarlo, possono provare difficoltà a costruire un'identità diversa da quella di "fratello/sorella di un bambino malato". Allo stesso tempo, per un primogenito sano può essere difficile accettare non soltanto una nuova nascita che modifica gli equilibri famigliari esistenti, ma anche l'arrivo di una malattia con tutte le preoccupazioni genitoriali che essa comporta. Infatti, ciò che provoca maggiore angoscia e depressione in questo primogenito è proprio l'immagine dell'idealità genitoriale che viene colpita bruscamente e all'improvviso.

Di fronte ad una tale sofferenza, come può permettersi di esprimere la sua aggressività e la sua rivalità in presenza di un fratello minore malato e di genitori impreparati? Nonostante la maggior parte degli studi abbia dimostrato che non esistono differenze sostanziali legate al *genere* dei primogeniti, uno studio di Breslau e colleghi (1981) ha evidenziato come spesso le primogenite si assumano maggiori responsabilità nella cura dei fratellini di quanto non faccia un fratello maggiore, questa vulnerabilità appare più pronunciata nelle famiglie con soli due figli e nelle rare famiglie numerose con più di sette figli.

I *fattori legati alla malattia* sono tra i più importanti nel determinare il modo in cui la fratria vive i problemi evolutivi e fisici del loro fratello o sorella malati (Lobato, 1983). Per esempio, quando si tratta di una patologia genetica possono emergere domande sull'ereditarietà e sulla famiglia, sul rischio di avere un giorno la stessa malattia. Nello specifico, il fratello sano può arrivare a do-



mandarsi perché lui, invece, è stato risparmiato e se è giusto che sia così; può avvertire il peso delle aspettative che i genitori e i famigliari hanno su di lui e domandarsi se sarà mai in grado di soddisfarle. Per quanto riguarda, invece, i disturbi del neurosviluppo, è stato dimostrato (Knott et coll., 1995) che nelle famiglie in cui è presente un bambino con disturbo dello spettro autistico le interazioni con la fratria sono diverse da quelle che si verificano quando sono presenti altri disturbi evolutivi: confrontando le interazioni di fratelli di bambini autistici con quelle di fratelli di bambini con la sindrome di Down è emerso che i bambini autistici trascorrono meno tempo con i loro fratelli, utilizzano un repertorio più ridotto di iniziative prosociali verso la loro fratria che, di conseguenza, li imita di meno. I fratelli di bambini autistici, infatti, soffrono per i comportamenti strani del fratello, per le sue bizzarrie e per il

fatto di dover svolgere certi compiti domestici; manifestano tristezza di fronte al loro rifiuto relazionale ("non vuole giocare con me, non accetta le mie carezze"); appaiono molto imbarazzati in presenza di altri bambini, di altri famigliari o di estranei, suscitando in loro sentimenti di fastidio, vergogna, colpa ed intolleranza a certi rituali comportamentali.

Sebbene sia stato stimato che la sofferenza di fratelli e sorelle dipenda, a loro volta, dal modo in cui i genitori elaborano psicologicamente l'avvento della malattia (Marcelli, 1983), l'immagine del bambino malato non ha la stessa rappresentazione nei siblings e nei genitori: il genitore soffre per le difficoltà attuali e anticipa quelle future per il figlio malato; i fratelli, invece, vivono giorno per giorno i problemi, ma percepiscono l'atmosfera emotiva negativa che circola fra i genitori e nella



famiglia allargata e saranno molto influenzati da questo. Tra i fattori legati al vissuto genitoriale, un elemento importante da prendere in considerazione è l'immagine della malattia portata all'esterno del nucleo familiare: secondo Fisman e Wolf (1991), il modo in cui i genitori e la famiglia considerano la malattia e ne parlano all'esterno sembra più influente della malattia stessa. Essi sottolineano che un grado elevato di stress nei due genitori, in particolare nella madre, si ripercuote tanto sul figlio malato quanto sui siblings, in quanto lo stato emotivo e lo sviluppo di questi ultimi dipendono dalla qualità della relazione genitoriale e dal grado di supporto reciproco dei genitori.

Tutti questi fattori concorrono alla destabilizzazione delle dinamiche familiari nei nuclei in cui è presente un bambino malato o disabile. Questa disorganizzazione influenza l'adattamento psicologico dei siblings, il quale spesso evolve lentamente e contraddittoriamente tra successi e insuccessi che si susseguono lungo un continuum che vede agli estremi due poli opposti, uno positivo e uno negativo, e al centro un polo intermedio.

La resilienza

La resilienza rappresenta una reale capacità di crescita attraverso le difficoltà verso nuovi traguardi e si costruisce tramite l'interazione con l'ambiente circostante, in quanto consiste nel far leva sulle risorse interne ed esterne di fronte alle avversità. La capacità di resilienza può essere acquisita anche all'interno della fratria: in particolare, dal punto di vista dei siblings, l'esperienza di confrontarsi con un fratello "diverso" può essere vissuta positivamente poiché contribuisce ad arricchire la propria maturità, la capacità di affrontare momenti difficili, la compassione, la tolleranza, la riflessione sul senso della vita e sui valori umani. Anche molti genitori stimano che i loro figli sani siano rafforzati da quest'esperienza e che sviluppino più dei coetanei una compassione vera per le persone più deboli ed

emarginate. In questo modo, la fratria costituisce per il bambino malato non solo una presenza amicale, un sostegno e un aiuto, ma anche un elemento di forza che lo slancia ad investire nelle relazioni.

Adattamento più o meno riuscito

Questo polo comprende quei fenomeni adattivi che si sviluppano rispetto ad un desiderio o ad una richiesta di occupare un posto migliore nella fratria e di ricevere una maggiore attenzione. Questi fenomeni vengono percepiti da alcuni come normali e da altri come patologici, è chiaro che più occupano spazio nella vita del bambino e più tenderanno a collocarsi sul versante patologico.

Parentificazione. Il fratello sano si fa carico di un eccessivo senso di responsabilità che lo porta a volersi comportare come un genitore preoccupato da quello che non va, impegnato a consolare e a colmare tutte le insoddisfazioni; egli trova soddisfazione in questo ruolo, che rompe con la sua infanzia e lo proietta in un mondo di doveri. Tuttavia, come sottolineano Ferrari e altri (1988), solo a volte avviene una maturazione autentica del sé, ma nella maggior parte dei casi si tratta di un adattamento superficiale e della costruzione di un falso sé che nasconde vissuti negativi.

Sentimento di trascuratezza. La preoccupazione genitoriale per il bambino colpito da una malattia o disabilità può portare i fratelli sani ad avere la sensazione che i genitori non abbiano più tempo per loro e a nutrire dubbi sull'uguaglianza dell'amore distribuito tra i figli o sulla giustizia con cui vengono differenziati i vari comportamenti. In particolare, quando le condizioni di salute croniche di un bambino necessitano di cure quotidiane le attese e i problemi degli altri figli possono passare inosservati e restare in un silenzio dominante che non autorizza i siblings a lamentarsi o ad ammalarsi. Si constata, allora, una specie di collusione implicita del gruppo fa-

migliare per ignorare, se non negare, l'esistenza di difficoltà per gli altri figli, «come se la famiglia, in ragione del sacrificio di uno dei suoi membri sull'altare della malattia, dovesse per questo essere protetta da ogni attacco maligno nel resto del suo corpo presumibilmente sano» (Ferrari et al., 1988).

Esperienze di angoscia. Le esperienze di angoscia possono variare nel tempo in funzione dell'età del bambino e della fase evolutiva che sta attraversando la famiglia in quel determinato momento. Innanzitutto, i siblings provano angoscia rispetto a se stessi: se da un lato vogliono che il fratello sia sano come loro, dall'altro, temono di essere malati anche loro. Con il passare del tempo, l'angoscia può riversarsi anche sul fratello malato per il timore per il suo futuro e anche sui genitori, soprattutto quando questi si mostrano abbattuti. A loro volta, infatti, fratelli e sorelle sani possono lasciarsi pervadere dalle stesse angosce dei genitori e portarle con sé, con la differenza che loro non sono in grado di capire tutte le implicazioni di una malattia comprensibili agli adulti.

Vergogna e colpa. A volte i siblings provano vergogna ad avere un fratello malato o disabile, soprattutto quando la famiglia decide di nascondere la malattia agli estranei e c'è l'obbligo di mantenere questo segreto. Perciò, essi possono sentirsi obbligati a dire bugie per rispondere a certe domande e a nascondere le difficoltà del fratello evitando, per esempio, di invitare amici a casa. Non è raro che a questo sentimento di vergogna si aggiunga anche un certo senso di colpa: la malattia viene vissuta come un macigno familiare da sopportare silenziosamente e, di fronte all'assenza di informazioni e comunicazione, ognuno costruisce la propria teoria.

Compromissione della salute mentale

All'estremo opposto della resilienza, si trova, invece, il mondo psichico dell'intera famiglia total-

mente assorbito dalla malattia, incapace di farvi fronte, di accogliere le risorse esterne e di mobilitare le risorse interne per investire nella vita. In questo caso, anche la salute mentale della fratria appare fortemente compromessa e tale compromissione può manifestarsi in diversi modi, suscettibili di miglioramenti o peggioramenti nel corso del tempo.

Rabbia e senso di ingiustizia repressi a lungo. Spesso i siblings non comprendono perché la malattia abbia colpito proprio la loro famiglia, non la accettano e si sentono privati della propria infanzia o dei propri spazi. Essi sentono i genitori come ingiustamente esigenti in vari ambiti: rendimento scolastico, faccende domestiche, regole da rispettare e responsabilità generali e il senso di ingiustizia nasce proprio dall'osservazione di tutte le differenze nelle reazioni dei genitori ai comportamenti dei figli. Facendosi carico di tutti questi sentimenti, i fratelli sani possono convincersi sempre più che non valgono niente e che non interessano a nessuno; non è raro che questa situazione alimenti dentro di sé un'aggressività vendicativa che, tuttavia, non si esprime direttamente all'esterno, ma indirettamente attraverso il cattivo umore e derive del tutto inconscie come insuccessi scolastici e comportamenti antisociali (Gold et al., 1993).

Tentativi patologici di attirare l'attenzione. In alcuni casi, infatti, la rivalità nata nei confronti del fratello malato può portare i siblings a tentare di attirare l'attenzione dei genitori attraverso disturbi del comportamento o sintomi psicosomatici: per esempio, amplificano sintomi di malattie lievi oppure ricreano quadri di disturbi in cui non è facile determinare se si tratti di condizioni psicosomatiche o di vere e proprie simulazioni, in modo da mettersi sullo stesso livello della malattia del fratello e rivendicare gli stessi privilegi. Questo desiderio di attenzione genitoriale viene alimentato da sentimenti ambivalenti che la fratria nutre nei confronti del bambino malato, come il desiderio di essere migliori di lui e il con-



seguito da un senso di colpa, oppure il desiderio di provocare problemi allo scopo di monopolizzare l'attenzione.

Conformismo. Sebbene i siblings si sentano privati della loro infanzia e avvertano di crescere troppo in fretta, i genitori, invece, esaltano questi bambini saggi e responsabili non preoccupandosi di queste disarmonie psichiche e di questa strana maturità apparente (Gardou et al., 2012). Quando sentono il peso delle preoccupazioni familiari i siblings adottano un'attitudine di ripiegamento; il loro conformismo entro certi limiti può essere una reazione normale, ma a volte diventa eccessiva: in quest'ultimo caso, fratelli e sorelle sani agiscono con una cautela estrema e vivono nel timore perenne di disturbare i loro genitori già sofferenti, perciò, obbediscono sempre e rispondono alle aspettative degli adulti

senza esprimere le loro emozioni negative. Comportandosi da piccoli adulti, inibiscono parti della loro personalità e si costruiscono una corazza, preoccupandosi di dispiacere ai propri genitori e di perderne l'affetto.

Somatizzazione. L'interiorizzazione di vissuti negativi trova espressione soltanto indirettamente attraverso il proprio corpo: nella maggior parte dei casi, la somatizzazione si manifesta attraverso mal di testa, mal di stomaco, stanchezza e dolori fisici. Inoltre, essa può implicare anche difficoltà a indurre il sonno, soprattutto a causa di frequenti risvegli notturni e incubi (Barlow & Ellard, 2006).

Reazioni emotive. Lo stress rappresenta una delle reazioni emotive più riscontrate nei siblings a causa di diversi fattori come la perce-

zione della preoccupazione dei genitori, le frequenti ospedalizzazioni del fratello malato e i conseguenti spostamenti della famiglia. Molto frequente è anche il senso di colpa, spesso scatenato dalla mancanza o incompletezza delle informazioni date ai siblings da parte dei genitori. Lane e Mason (2014) affermano che i siblings possono sentirsi in colpa soprattutto per tre motivi: aver fatto qualcosa di male che ha provocato la malattia del fratello, essere un bambino sano e provare a volte sentimenti negativi verso il fratello malato o la famiglia. Spesso i siblings possono provare un senso di isolamento e abbandono da parte dei genitori, della famiglia e della società: tale sensazione può diventare esasperata quando, in periodi frenetici e stressanti, i fratelli del bambino malato sono costretti a rimanere con i nonni, gli zii o con famiglie di amici; di conseguenza, sono molto frequenti episodi di tristezza, frustrazione e confusione. Infine, uno studio italiano (Milo et al., 2021) ha riscontrato che spesso i siblings si definiscono autosufficienti dal punto di vista emotivo, descrivendo questa caratteristica come uno dei principali cambiamenti su se stessi provocati dalla malattia del fratello.

Problemi socio-relazionali. A livello sociale, un grande problema è legato allo stigma nei confronti della malattia, in particolare quella psichiatrica, che alimenta ulteriormente la vergogna nei siblings e favorisce l'isolamento sociale (Bowman et al., 2004). Le difficoltà di comunicazione con il fratello malato e con i genitori portano ad un profondo cambiamento delle relazioni famigliari, che risultano danneggiate e limitate drasticamente, influenzando anche quelle sociali (Graff et al., 2012). Molto spesso i siblings riferiscono di non avere tempo per "altro", in quanto le condizioni di salute del fratello possono portare ad una riduzione anche del loro tempo libero e del coinvolgimento in attività extrascolastiche e di svago: ciò porta ad un notevole cambiamento della propria routine quoti-

diana che mette in difficoltà non solo i siblings ma anche i genitori, i quali devono cercare di bilanciare le necessità del figlio malato con quelle degli altri figli.

Conseguenze psicologiche. Le risposte di adattamento psicologico dei siblings possono essere raggruppate in due categorie: esternalizzazione e internalizzazione. Tra i sintomi internalizzanti maggiormente riscontrati nei siblings troviamo quelli legati all'ansia e alla depressione (Barlow & Ellard, 2006; Incledon et al., 2015): esse scaturiscono dalla preoccupazione per la malattia del fratello e da proprie necessità non soddisfatte dagli altri.

A livello esternalizzante, invece, i siblings possono manifestare un alto livello di iperattività e disattenzione (Besier et al., 2015), spesso causa di difficoltà a scuola e problemi di adattamento alla nuova situazione, che li induce ad utilizzare la negazione come strategia di coping preferita. A volte, lo sviluppo tipico dei siblings può essere contrastato da un ritardo nello sviluppo cognitivo e sociale (Barlow & Ellard, 2006). Infine, la mancata disponibilità di uno dei genitori può alimentare nei figli sani un senso di impotenza (Bowman et al., 2014) e incompetenza sociale (Incledon et al., 2015), tali da indurre una negativa percezione di sé e, di conseguenza, una scarsa autostima (Williams et al., 2003; Havermans et al., 2015).

FATTORI ASSOCIATI ALLA SALUTE MENTALE DEI SIBLINGS

Per molto tempo, lo studio della relazione fraterna all'interno di una famiglia con un bambino malato è stato orientato unicamente a mettere in luce gli effetti negativi e i potenziali fattori di rischio.

Attualmente, invece, vengono prese in considerazione anche le risorse dei siblings e l'influenza delle loro caratteristiche individuali, intese come fattori protettivi da conseguenze negative.



Fattori di rischio

Natura della malattia. Facendo un confronto tra la natura delle malattie croniche prese in considerazione in uno studio del 2015 (Havermans et al.), è stato riscontrato che i siblings di bambini con malattia coronarica e cancro riportano più problemi comportamentali e internalizzanti rispetto ai siblings di bambini con fibrosi cistica e diabete: essi si preoccupano di più, sono meno soddisfatti delle loro capacità e potrebbero essere più immaturi. Tali risultati possono essere riconducibili al fatto che, tra le malattie croniche, il cancro viene percepito in modo più negativo nella nostra società perché strettamente connesso alla morte; inoltre, i fratelli di bambini affetti da diabete e fibrosi cistica si confrontano quotidianamente con la malattia e il suo trattamento, il che può fornire un certo senso di controllo.

Tempo dalla diagnosi. Come dimostrato da Havermans e colleghi (2015), meno tempo trascorre dalla diagnosi, maggiore è l'impatto che essa ha sui siblings, in quanto è possibile che i fratelli si abituino alla malattia e al trattamento nel tempo e acquisiscano man mano un certo livello di resilienza allo stress; nell'ambito della consulenza familiare, questo può essere preso in considerazione quando si spiegano i cambiamenti comportamentali dei fratelli sani nel tempo.

Età e genere. Dallo studio sopracitato emerge, inoltre, che fratelli maggiori riportano una minore autostima, mentre le sorelle maggiori sono a rischio di sviluppare una peggiore qualità di vita. Inoltre, i fratelli maggiori risultano essere più coinvolti nel processo di cura della malattia a causa di un forte senso di protezione che avvertono nei confronti del fratello più piccolo e malato: questo può contribuire ad aumentare il loro senso di autoefficacia e di autostima (Bellin et al., 2008).

Strategie di coping. Uno studio del 2015 (Inclendon et col.) ha evidenziato come le strategie di coping messe in atto dai siblings per fronteggiare

la malattia del fratello possano rappresentare un notevole fattore di rischio per la loro salute mentale: i bambini che desiderano comprendere il significato della malattia (controllo interpretativo) sperimentano meno emozioni positive, nonché più ansia e insicurezza, e hanno maggiori probabilità di esporsi ad informazioni che aumentano le loro paure; allo stesso modo, il pensiero catastrofico sulla malattia cronica è associato a forti emozioni negative; infine, i fratelli che fanno più affidamento sull'esperienza del medico specialista (controllo vicario) manifestano più sintomi d'ansia rispetto ai fratelli che, invece, assumono un controllo predittivo, ovvero si sforzano di mantenere uno sguardo ottimista verso il decorso della malattia, il quale li porta ad adattarsi in modo più favorevole e ad avere una qualità di vita cognitiva ed emotiva migliore.

Uno studio condotto presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (Milo et al., 2021) relativo a siblings di bambini affetti da fibrosi cistica ha messo in luce tre strategie psicosociali maggiormente utilizzate: l'evitamento, per garantire una certa distanza emotiva dalla malattia del fratello o della sorella e per "mantenere il segreto" evitando di parlare della malattia al di fuori del contesto familiare; la normalizzazione dei cambiamenti dovuti alla malattia, associata ad emozioni e sentimenti negativi come la rabbia, l'invidia, la trascuratezza e la rivalità; avere un forte senso di protezione, che li porta ad assumere il ruolo di protettore e caregiver a discapito di una costruzione autentica della propria identità che prescinda dall'essere "il fratello di".

Fattori protettivi

Supporto emotivo. Il sostegno emotivo, in particolare da parte dei genitori, sembra svolgere un ruolo protettivo per la salute mentale dei fratelli sani di pazienti cronici. Da vari studi presi in considerazione nella rassegna di Inclendon e colleghi (2015), è emerso che i siblings che percepivano un buon supporto genitoriale mostravano meno

problemi comportamentali e avevano meno difficoltà emotive quando i genitori erano consapevoli delle loro percezioni e dei loro atteggiamenti verso la malattia, suggerendo che questa consapevolezza possa essere il meccanismo privilegiato per fornire supporto emotivo.

Supporto informativo. Sono notevoli i benefici del fornire ai siblings informazioni relativi alla malattia e al suo decorso, soprattutto quando in questa conversazione viene coinvolta anche l'équipe medica (Milo et al., 2021).

Senso di controllo e prevedibilità. I genitori e gli operatori sanitari dovrebbero essere incoraggiati a distinguere gli aspetti della situazione che rimangono sotto il controllo medico e quelli che possono essere gestiti dalla famiglia, coinvolgendo anche i fratelli sani, come nel caso della riorganizzazione della routine familiare.

Genitori. I genitori sono determinanti nel fornire supporto ai siblings e per farlo al meglio è fondamentale che essi si preoccupino in primis della propria salute prendendosi cura di sé e, eventualmente, usufruendo dei servizi di salute mentale territoriali.

INTERVENTI A TUTELA DEI SIBLINGS

Di fronte a questi diversi modi di reagire alla malattia di un fratello o di una sorella, appare evidente la necessità di includere i siblings in un percorso di supporto psicologico che coinvolga tutta la famiglia. Ciò non implica per forza una presa in carico di tipo terapeutico, ma anche semplicemente porre attenzione alla loro presenza e ai loro bisogni.

A tal proposito, risulta evidente che l'intervento messo in atto per tutelare la salute mentale dei siblings debba basarsi su una presa in carico non del fratello o della sorella come unità a sé stante ma integrata nel sistema famiglia, prendendo come modello di riferimento quello della *Family-Centered-Care* (FCC), una modalità

di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute. Il concetto di fondo della FCC è che occorre prestare attenzione e cercare di soddisfare i bisogni non soltanto del bambino ma di tutta la famiglia impegnata accanto a lui nel processo di recupero della salute e della malattia. In quest'ottica assistenziale, il compito dell'équipe consiste nel rendere il meno traumatico possibile l'ingresso della famiglia nel mondo della malattia, aiutare la coppia genitoriale a riappropriarsi delle proprie competenze emotive in qualità di contenitore emotivo primario, valutare il rischio biopsicosociale del bambino malato e dei fratelli sani. Sulla base di questi presupposti, negli ultimi anni si sono sviluppati diverse tipologie di intervento da proporre per lavorare con i siblings sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero.

Interventi di gruppo

Tra le modalità di intervento maggiormente riscontrate negli studi esaminati, una realtà che si sta diffondendo sempre più è quella dei gruppi di supporto per fratelli e sorelle di bambini affetti da malattia cronica o disabilità: alcuni si connotano come gruppi terapeutici, altri come gruppi di mutuo aiuto, altri ancora come attività di laboratorio tra pari. Il gruppo viene spesso preferito ad altre modalità perché rappresenta un contesto di lavoro dotato di un potere trasformativo che risiede nelle dinamiche gruppali, le quali attivano sia le risorse dei singoli sia le risorse del gruppo inteso come sistema.

La possibilità di stare in gruppo permette il rispecchiamento reciproco e attiva la funzione terapeutica che ognuno possiede e che, messa al servizio dell'altro, permette di arrivare ad un obiettivo comune. Gli interventi di gruppo risultano molto efficaci con bambini e adolescenti e, perciò, vengono utilizzati molto anche con i siblings. Seppur con caratteristiche e impostazioni differenti, tutti i tipi di gruppi partono dalla considerazione secondo cui i fratelli hanno molto da



offrire l'un l'altro, basta dargliene l'opportunità (Meyer e Vadasay, 2008).

Nel 1997 in Italia, per iniziativa di alcuni fratelli di bambini con Sindrome di Down, si è costituito il Comitato Siblings, che si rivolge a tutti i fratelli e le sorelle di persone affette da disabilità o malattia cronica che vogliano confrontarsi e desiderino condividere le proprie emozioni con persone che possono comprendere esattamente ciò di cui si sta parlando. Tra le attività promosse dal Comitato vi sono i *gruppi di mutuo aiuto* composti da siblings, che hanno come obiettivo principale rappresentare un luogo di scambio di esperienze e reciproco sostegno tra coloro che vivono una condizione simile. Le caratteristiche più importanti di questi gruppi sono la spontaneità e la libertà, in quanto ogni partecipante è

libero di parlare o semplicemente di ascoltare l'esperienza altrui. Un altro elemento che caratterizza queste iniziative è l'assoluta informalità: le riunioni avvengono a rotazione presso l'abitazione di uno dei partecipanti e prevedono poche regole.

Un'altra tipologia di gruppi per siblings è quella promossa da Valeria Coppola (2009), che propone la strutturazione di *gruppi terapeutici* di fratelli e sorelle adolescenti di persone con malattia cronica o disabilità, al fine di favorire il confronto su alcune difficoltà specifiche comuni e garantire un sostegno di tipo socioaffettivo. All'interno di questi gruppi è importante la presenza di un terapeuta con formazione clinica in qualità di facilitatore dei processi gruppalì. A questo modello è ispirato, per esempio, il progetto italiano pro-



posto dall'associazione Fiori sulla Luna che, nel 2008 a Catania e nel 2010 a Cuneo, ha promosso diverse attività con un gruppo di supporto terapeutico per siblings preadolescenti affrontando tematiche, quali il lavoro, la sessualità, il futuro e la genitorialità. Da una verifica di follow up, risulta che sono stati numerosi gli effetti positivi del progetto sui partecipanti, in relazione soprattutto alla dimensione della condivisione dei propri vissuti. A livello internazionale, diversi studi hanno dimostrato che i siblings che hanno partecipato a gruppi di supporto terapeutico hanno avuto un calo di problemi comportamentali segnalati in precedenza dai genitori e dell'ansia auto-riferita, oltre ad un adattamento meno negativo alla malattia del fratello; tali miglioramenti nei problemi di esternalizzazione sono stati mantenuti anche al follow-up di tre mesi.

La psicoeducazione è una metodologia introdotta a partire dagli anni Ottanta nel campo delle scienze della salute mentale che punta a rendere consapevole la persona portatrice di una malattia o un disturbo e la sua famiglia circa la natura della patologia e le strategie per poterla fronteggiare. Applicata al contesto familiare, essa correla positivamente con miglioramenti in una serie di aree del funzionamento familiare come la salute mentale, la genitorialità, la comunicazione e le capacità di coping. In uno studio del 2003 (Graff et coll.) in cui sono stati confrontati gli esiti di diversi interventi messi in atto con i siblings, è stato riscontrato che i campiscuola che includevano attività in *gruppi psicoeducativi* avevano effetti positivi rispetto ai livelli di autostima, all'umore, ai problemi comportamentali, all'atteggiamento verso la malattia e alla comunicazione tra genitori e fratelli sani.

Esperienze di empowerment

Intorno agli anni Novanta è partita da Seattle un'iniziativa che oggi è diffusa in oltre cinquanta Stati e che è conosciuta come *Sibshop model*, nome derivato dalla combinazione delle paro-

le "siblings" e "workshops". Nato dall'idea di Don Meyer e Patricia Vadasay con l'intento di strutturare interventi per siblings in età scolare, questo modello propone la realizzazione di workshops rivolti ai fratelli sani di persone con disabilità o malattia cronica durante i quali vengono forniti supporto, orientamento, informazioni e la possibilità di condividere esperienze e strategie di gestione di alcune difficoltà senza alcuna finalità terapeutica. Questi workshops coinvolgono siblings di età compresa fra gli 8 e i 12 anni a cui viene chiesto di eseguire dei compiti e dei giochi che richiedono competenze sufficienti per stare in gruppo: i sibshops, infatti, rappresentano per i fratelli e le sorelle sani la migliore occasione per sperimentare il supporto tra pari all'interno di un contesto ricreativo. Fondamentale è la figura del facilitatore, che può essere individuato tra diverse figure professionali (psicologo, infermiere, insegnante) o essere un adulto fratello di una persona malata o disabile.

Negli ultimi anni la metodologia dei *siblings camps* è stata fortemente implementata negli interventi rivolti ai siblings, soprattutto in seguito agli effetti positivi riscontrati a livello statunitense e nel Nord Europa. Ne esistono diverse tipologie in base alla durata, ai destinatari dei servizi e alle attività offerte (Hancock, 2011): ci sono alcuni basati sul divertimento terapeutico e sull'utilizzo di terapie cognitive, altri su programmi socioeducativi e di promozione della salute. Un'altra tipologia molto diffusa è quella descritta da Bessier (2010), basata su un programma riabilitativo orientato all'intera famiglia: mentre l'équipe riabilitativa si focalizza sul bambino malato, i siblings e i genitori si sottopongono in gruppo o individualmente a vari trattamenti psicosociali. Dai risultati di questo studio è emersa una diminuzione significativa di sintomi emotivi, comportamentali e di iperattività/disattenzione rispetto ai livelli precedenti alla riabilitazione; inoltre, l'esperienza del campiscuola ha prodotto outcomes positivi a breve e a lungo termine rispetto ai



sintomi fisici, alla percezione di sé, al benessere emotivo e all'autostima.

Le sfide imposte da una condizione di salute cronica possono aumentare la vulnerabilità dei membri della famiglia a problemi di salute mentale, ma esistono anche molte famiglie che sono in grado di modulare tale impatto. Questa capacità di adattarsi in modo sano al cambiamento facendo leva sui punti di forza e sulle risorse disponibili è definita "resilienza familiare": i membri delle famiglie resilienti sentono di crescere dall'esperienza che stanno vivendo, imparano a chiedere aiuto e sviluppano nuove abilità per raggiungere un relativo senso di benessere anche durante periodi difficili.

È, quindi, estremamente importante *promuovere la resilienza* e il benessere psicologico di queste famiglie non soltanto in un'ottica di prevenzione di problemi psicologici, ma anche di sostegno e promozione delle risorse a disposizione. A partire da questa finalità, l'Hunter Institute of Mental Health, in Australia, ha sviluppato un'iniziativa per promuovere la resilienza familiare, denominata Child Illness and Resilience Program (ChIRP). Per fare ciò, alle famiglie partecipanti vengono fornite informazioni e attività che le aiutano ad apprendere strategie di coping e metodi per migliorare il funzionamento familiare.

Nello specifico, il programma è costituito da tre fasi, a seconda delle situazioni familiari: nella prima fase, vengono fornite brevi schede informative che delineano semplici strategie per migliorare la resilienza e il benessere familiare; nella seconda fase, invece, viene consegnato un opuscolo che suggerisce delle attività da fare tutti insieme e delle strategie relative alla risoluzione di problemi, alla comunicazione e alla cura di sé; infine, nella terza fase, viene organizzato un gruppo di supporto per tutti i genitori e i siblings che stanno vivendo un disagio psicologico, in modo da avere l'opportunità di incontrare altre

persone che si trovano in circostanze simili e di praticare le attività suggerite precedentemente (<https://mhaustralia.org/>).

CONCLUSIONI

Per molto tempo l'argomento relativo alla salute mentale dei siblings non è stato preso in considerazione nell'ambito della ricerca scientifica, in quanto spesso essi appaiono così iperadattati e perfetti rispetto alle nuove dinamiche familiari con cui si ritrovano a convivere e soprattutto nei confronti del fratello malato e della famiglia, da non destare particolare preoccupazione. In realtà, in alcuni casi l'iperadattamento dei siblings può essere letto come un meccanismo di protezione nei confronti dei genitori utile a non sovraccaricarli di ulteriori problemi o una strategia per attirare l'attenzione poiché in un contesto familiare di sofferenza l'unico modo per farsi notare è "fare il bravo". A volte, tracce della loro identità nascosta e contemporaneamente forgiata dalle condizioni croniche del fratello si manifestano nelle scelte di vita future, per esempio, quando in ambito lavorativo decidono di praticare professioni di aiuto intraprendendo la carriera di medico, infermiere o psicologo.

Tuttavia, è opportuno evidenziare che, nonostante i notevoli progressi fatti nello studio di tale tematica, è necessario ampliare ancora di più questo interesse, soprattutto nel nostro Paese.

La scarsa presenza di studi italiani in letteratura, infatti, testimonia che quella dei siblings è una realtà ancora relativamente recente; pertanto, si sollecita un ampliamento in ambito di ricerca, in modo da migliorare anche la quantità e la qualità degli interventi assistenziali da fornire ai siblings.

BIBLIOGRAFIA

- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well being of children with chronic disease.

- ase, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 32(1), 19-31.
- Bellin, M.H., Kovacs, P.J., & Sawin, K.J. (2008). Risk and protective influences in the lives of siblings of youths with spina bifida. *Health & Social Work*, 33(3), 199-209.
 - Besier, T., Hölling, H., Schlack, R., West, C., & Goldbeck, L. (2010). Impact of a family oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children. *Child: care, health and development*, 36(5), 686-695.
 - Bowman, S., Alvarez Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P., & Howie, L. (2014). Forgotten family members: the importance of siblings in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 8(3), 269-275.
 - Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1981). Psychologic functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics*, 67(3), 344-353.
 - Coppola, V. (2009), *Siblings adolescenti di persone diversamente abili: proposta di gruppo omogeneo*, Napoli, ESI.
 - Ferrari, P., Crochette, A., & Bouvet, M. (1988). La fratrie de l'enfant handicapé. Approche clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 36(1), 19-25.
 - Fisman, S., & Wolf, L. (1991). The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Psychiatric Clinics*, 14(1), 199-217.
 - Gardou, C. et al. (2012). Frères et sœurs de personnes handicapées Ramonville-Erès Ed. 1997:73-90.
 - Gold, N. (1993). Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 23(1), 147-163.
 - Graff, C., Mandelco, B., Dyches, T. T., Coverston, C. R., Roper, S. O., & Freeborn, D. (2012). Perspectives of adolescent siblings of children with Down syndrome who have multiple health problems. *Journal of family nursing*, 18(2), 175-199.
 - Grootenhuis, M. A. & Last, B. F. (1997) Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer*, 5, 466-484.
 - Hancock, L. (2011). The camp experience for siblings of pediatric cancer patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(3), 137-142.
 - Havermans, T., Croock, I. D., Vercruyssen, T., Goethals, E., & Diest, I. V. (2015). Belgian siblings of children with a chronic illness: Is their quality of life different from their peers?. *Journal of Child Health Care*, 19(2), 154-166.
 - Incledon, E., Williams, L., Hazell, T., Heard, T. R., Flowers, A., & Hiscock, H. (2015). A review of factors associated with mental health in siblings of children with chronic illness. *Journal of Child Health Care*, 19(2), 182-194.
 - Knott, F., Lewis, C., & Williams, T. (1995). Sibling interaction of children with learning disabilities: A comparison of autism and Down's syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36(6), 965-976.
 - Lane, C., & Mason, J. (2014). Meeting the needs of siblings of children with life-limiting illnesses. *Nursing children and young people*, 26(3).
 - Lobato, D. (1983). Siblings of handicapped children: A review. *Journal of autism and developmental disorders*, 13(4), 347-364.
 - Marcelli, D. (1983). Etude clinique de la fratrie de l'enfant handicapé. *Sem Hop*, 12, 845-9.
 - Meyer D.J. e Vadasay P.F. (2008), *Sibshops: workshops for siblings of children with special needs*, Revised edition, Baltimore, Brookes.
 - Milo, F., Ranocchiari, S., Lucidi, V., & Tabarini, P. (2021). Coping with cystic fibrosis: An analysis from the sibling's point of view. *Child: Care, Health and Development*, 47(6), 825-833.
 - Williams, P. D., Williams, A. R., Graff, J. C., Hanson, S., Stanton, A., Hafeman, C., ... & Sanders, S. (2003). A community-based intervention for siblings and parents of children with chronic illness or disability: the ISEE study. *The Journal of Pediatrics*, 143(3), 386-393.



LO PSICOLOGO SCOLASTICO

INDAGINE ESPLORATIVA NELLE SCUOLE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

ABSTRACT

È stata promossa un'indagine conoscitiva in tutte le Scuole della Provincia di Foggia riguardo la presenza dello Psicologo Scolastico ad opera dell'Università di Foggia e dell'Associazione AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento). L'indagine rivolta a tutti i Dirigenti ha avuto l'intento di promuovere una riflessione ed aprire un dibattito scientifico e culturale sul ruolo dello Psicologo Scolastico alla luce del Protocollo d'Intesa CNOP-MIUR del 2020.

La ricerca è stata realizzata anche nella Provincia di Padova e Rovigo per comparare i dati tra Province di regioni diverse nel Nord e Sud Italia. L'indagine ha esplorato la percezione dei Dirigenti Scolastici relativamente all'utilità dei servizi di Psicologia Scolastica, il numero di scuole che ha attivato ad oggi servizi in tale ambito unitamente alle modalità di finanziamento e di selezione dello Psicologo, le attività principalmente svolte e le criticità incontrate. È stato rilevato un elevato interesse dei Dirigenti per i servizi di

Psicologia Scolastica anche da parte delle scuole che non sono riuscite ad attivare il servizio fino a oggi.

Nelle scuole in cui il servizio è attivo da tempo, anche prima del Protocollo di Intesa CNOP-MIUR del 2020, si è registrato un elevato *turnover* degli Psicologi tanto da stimolare il bisogno non soltanto di istituzionalizzare la figura dello Psicologo Scolastico ma anche di fidelizzarlo alla singola Scuola. L'indagine esplorativa è estesa, al momento presente, a tutte le Province della Regione Puglia e della Regione Veneto per una più ampia analisi dei dati.

PAROLE CHIAVE

Psicologia Scolastica - Psicologo - Scuola - Dirigente Scolastico - Sportello d'Ascolto

INTRODUZIONE

La Scuola, insieme alla famiglia, è la principale agenzia di formazione e di socializzazione dell'individuo, uno dei perni su cui far leva per promuovere il benessere integrale della persona. Sem-

Federica Liuzzi

Psicologa in formazione e Allieva del Master II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere dell'Università di Foggia

Anna Maria Antonucci

Docente Master II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere dell'Università di Foggia e Referente AIRIPA per la Puglia e la Basilicata

Irene Marino

Psicologa Scolastica e Psicoterapeuta, Allieva del Master II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere dell'Università di Foggia

Eleonora Merlicco

Psicologa e Psicoterapeuta, Allieva del Master II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere dell'Università di Foggia

Paola Palladino

Direttrice Master II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere dell'Università di Foggia



bra indispensabile pensare che all'interno delle Istituzioni Scolastiche possa essere presente un Servizio di Psicologia Scolastica con Sportello d'Ascolto Psicologico, dedicato non soltanto agli studenti e alle loro famiglie, ma anche a tutto il personale scolastico, docente e non. Purtroppo, la Scuola Italiana presenta una mancanza rispetto a tutti i principali Paesi Europei: l'assenza di un Servizio di Psicologia Scolastica stabile, specifico ed autonomo (cfr. Jimerson, Oakland, & Farrell, 2007).

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di totale benessere fisico, psichico, socio-relazionale, non semplicemente come assenza di malattie o infermità. Promuovere il benessere psichico e socio-relazionale rappresenta un compito primario della Psicologia che nell'età evolutiva opera di concerto con le agenzie edu-

cative, la famiglia e la scuola. Appare, dunque, di fondamentale importanza la figura dello Psicologo Scolastico quale *"operatore di benessere"* che, attraverso gli strumenti acquisiti nel suo percorso formativo, sostiene e favorisce la consapevolezza dei diversi attori presenti nella Scuola, relativamente a problematiche e criticità relazionali, emotive e di apprendimento. Infatti, la professione di Psicologo istituita mediante la legge 56/89 con aggiornamento in marzo 2008, secondo quanto recita l'articolo 1, è finalizzata nello specifico all'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. Può, quindi impegnarsi, avendone tutte le competenze necessarie ed appropriate, per l'analisi



dei bisogni e delle potenzialità dei singoli, dei gruppi e del sistema scuola nel suo complesso, favorendo forme di benessere personale, sociale e organizzativo.

Riflettere sulla presenza dello Psicologo nella Scuola appare, in questo periodo storico, quanto mai attuale e di rilevante importanza in considerazione dell'emergenza sanitaria relativa al virus SARS-CoV-2. In tal senso, il 9/10/2020 è stato firmato un "Protocollo di Intesa" tra il Ministero della Pubblica Istruzione (MIUR) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) nell'intento di sottolineare l'importanza della figura dello Psicologo Scolastico e promuoverne la presenza in tutte le Scuole del territorio nazionale, al fine di eguagliarle agli standard europei. Pubblicata, in data 26.10.2020, la Circolare del Ministero dell'Istruzione con oggetto: "Trasmissione del Protocollo d'intesa con il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi e indicazioni per l'attivazione del supporto psicologico nelle istituzioni scolastiche", è stata destinata ai Direttori generali e dirigenti titolari degli Uffici Scolastici Regionali e alle istituzioni scolastiche e educative di ogni ordine e grado. Il Protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico a studenti, docenti e personale scolastico per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico. Le misure da adottare sono concepite nell'ottica di consentire a ciascuna Istituzione Scolastica di attivare i servizi di supporto psicologico, sulla base delle proprie specifiche esigenze e delle azioni già in essere realizzate nell'ambito della propria autonomia.

Pertanto, l'indagine promossa dall'Università di Foggia e dall'Associazione AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nel-

la Psicopatologia dell'Apprendimento) nasce dall'esigenza di esplorare la presenza degli Psicologi nelle Scuole del territorio della Provincia di Foggia, le eventuali attività da questi realizzate e più in generale rilevare le opinioni delle Scuole riguardanti la figura dello Psicologo Scolastico, nella possibilità di contribuire a chiarire e delineare maggiormente le sue caratteristiche e le funzioni all'interno dell'organizzazione scolastica. Nel caso in cui la figura dello Psicologo Scolastico non fosse presente nella Scuola, l'indagine è stata finalizzata, altresì, ad esplorare le difficoltà incontrate ad attivare questo Servizio. Sono stati invitati i Dirigenti di tutte le Scuole statali e paritarie della Provincia di Foggia a compilare un questionario. La partecipazione attiva alla compilazione di tale strumento è stata fonte preziosa di ricerca nell'ambito della Psicologia Scolastica con riflessioni riguardo azioni ed implementazioni pratiche di miglioramento dei Servizi da offrire a tutte le Scuole della Provincia di Foggia nell'immediato futuro.

I risultati ottenuti nella Provincia pugliese sono stati comparati con i risultati rilevati nella Provincia di Padova e Rovigo, che insieme fanno capo al medesimo Ufficio Scolastico Territoriale. La comparazione ha destato particolare interesse sia tra i Dirigenti delle Scuole delle Province coinvolte che tra i professionisti colleghi Psicologi; la ricerca, così, è attualmente estesa a tutte le Province della Regione Puglia (Bari, Bat, Brindisi, Lecce, Taranto) e della Regione Veneto (Belluno, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza). Infine, per avere una lettura più completa dei servizi di Psicologia Scolastica, si sta proponendo un'indagine esplorativa rivolta ai colleghi Psicologi che già operano all'interno delle Scuole, in diverse regioni italiane.

Al fine di contestualizzare i dati dell'indagine, è presentato un brevissimo *excursus* storico sull'origine della Psicologia Scolastica e sullo stato dell'arte in Italia.

L'ORIGINE DELLA PSICOLOGIA SCOLASTICA

L'origine della Psicologia Scolastica è rintracciata nell'Europa Occidentale e negli Stati Uniti. Risale al 1898 un primissimo articolo di Munsterberg che fa riferimento ad una figura che svolge ruolo di consulenza in qualità di Psicologo evolutivo/sperimentale ed insegnante di classe; nel 1910 è usata per la prima volta l'espressione "Psicologo Scolastico" in un testo stampato in cui Stern afferma che Servizi di *Assessment* forniti dagli Psicologi sono necessari (Fagan e Delugach, 1984).

A seconda dei bisogni maturati dai diversi contesti culturali, vari paesi sanciscono formalmente la nascita della figura dello Psicologo Scolastico, tra cui la Germania nel 1930, la Francia negli anni 50', il Belgio nel 1962, la Svezia nel 1964, la Spagna nel 1978, Irlanda e Lussemburgo negli anni 90', il Portogallo nel 1997 (Trombetta, 2011).

La comunità internazionale ha contribuito alla definizione di principi e valori condivisi tra i paesi mediante importanti contributi a partire dalla *Thayer Conference* negli Stati Uniti nel 1955 e le due Conferenze internazionali dell'Unesco in Europa; in particolare, la prima Conferenza Unesco nel 1948 ha definito i metodi di promozione della Psicologia Scolastica ad opera dei ministri dell'istruzione dei paesi membri; la seconda nel 1956 ha promosso una condivisione di strategie efficaci di utilizzo delle conoscenze psico-pedagogiche in età evolutiva fino ad allora acquisite nei contesti scolastici europei, con la relazione finale di Wall che auspicava ad una maggiore presenza dello Psicologo Scolastico. Danimarca, Francia, Svezia e Regno Unito sono stati i paesi più attivi nelle conferenze successive e i primi a formulare disposizioni attuative di ciò che era stato convenuto a livello internazionale (Wall, 1956). Successive tappe fondamentali sono state la Dichiarazione dell'Anno Internazionale del Bambino nel 1979 e finalmente la costituzione dell'Associazione Internazionale di Psicologia Scolastica – nota con l'acronimo ISPA (dall'inglese *International School Psychology Association*) – nel 1982.

Oggi l'ISPA riunisce associazioni di Psicologia Scolastica e membri a livello individuale provenienti da 40 paesi nei sei continenti; L'Italia ne è paese membro. È intesa a:

- Promuovere l'uso di sani principi Psicologici nel contesto dell'educazione in tutto il mondo;
- Promuovere la comunicazione tra professionisti impegnati nel miglioramento della salute mentale dei bambini nelle Scuole del mondo;
- Incoraggiare l'uso di Psicologi scolastici nei paesi in cui non vengono attualmente utilizzati;
- Promuovere i diritti Psicologici di tutti i bambini nel mondo;
- Avviare e promuovere la cooperazione con altre organizzazioni che operano per scopi simili a quelli dell'ISPA al fine di aiutare i bambini e le famiglie.

LA PSICOLOGIA SCOLASTICA IN ITALIA

Sull'onda dei preziosi contributi internazionali, l'Italia ha istituito nel 1969 la Laurea in Psicologia al fine di offrire servizi primariamente al contesto scolastico. Successivamente la riforma sanitaria del 1978 prevedeva la creazione di équipe psico-pedagogiche scolastiche all'interno delle unità sanitarie locali che, purtroppo, non ha visto una concreta attuazione. A partire dal 1990, la presenza dello Psicologo a Scuola è stata prevista dalla Legge 162 del 26 giugno 1990 come attività di Educazione alla salute e prevenzione, ad opera di specifiche strutture, i CIC - Centri di Informazione e Consulenza - costituiti con DPR del 9/10/ 1990 n° 309. Secondo il Ministero della Pubblica Istruzione, i CIC dovevano rientrare nel piano dell'offerta formativa (si veda le circolari ministeriali del 20 febbraio 1992 e del 22 dicembre 1992) e costituirsi come luoghi di promozione della qualità della vita scolastica; di fatto, nei migliori dei casi, sono stati utilizzati meramente come Sportelli di Ascolto. La Legge N° 59 del 15/03/'97 (nota come Legge Bassanini) ha conferito alla Scuola autonomia didattica, organizzativa ed amministrativa, consentendo ai singoli professionisti Psicologi



di presentare progetti alle Scuole; la mancanza di fondi, purtroppo, ha vanificato anche questa possibilità.

Dalla fine degli anni 90' ad oggi numerosi disegni di legge sono stati presentati in Parlamento al fine di promuovere l'istituzione ufficiale della figura dello Psicologo Scolastico perché se ne riconosceva la necessità e il valore ma nessuno di questi disegni di legge ha raggiunto la conclusione dell'*iter* di approvazione, sancendo un *gap* normativo, istituzionale, educativo e professionale tra l'Italia e i paesi europei più virtuosi (Dossena, 2016 e Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, 2017).

Dinanzi questo *gap* si è inserita la grave situazione pandemica che ha visto l'Italia coinvolta

drammaticamente per prima rispetto agli altri paesi europei. Da qui è nata l'esigenza del Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP) e del Ministero della Pubblica Istruzione (MIUR) di stipulare un Protocollo d'Intesa, sottoscritto in data 09 ottobre 2020, destinato ai Direttori generali e dirigenti titolari degli Uffici Scolastici Regionali e alle istituzioni scolastiche ed educative di ogni ordine e grado. Il Protocollo d'Intesa ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico a studenti, docenti e personale scolastico per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico. Le misure da adottare sono concepite nell'ottica di consentire a ciascuna Istituzione Scolastica di attivare i

Servizi di supporto psicologico, sulla base delle proprie specifiche esigenze e delle azioni già in essere realizzate nell'ambito della propria autonomia.

Grazie ai fondi stanziati per dare attuazione al Protocollo di Intesa, numerose Scuole in ogni regione hanno attivato in poco tempo servizi di Psicologia Scolastica di breve durata. Le regioni in cui gli Ordini degli Psicologi avevano precedentemente organizzato gruppi di lavoro sulla Psicologia Scolastica hanno potuto organizzare un minimo di coordinazione; si è ri-affermata l'urgenza di mappare i servizi di Psicologia Scolastica nei territori regionali per avere un quadro di insieme dello stato dell'arte e soprattutto avviare azioni di coordinamento, armonizzazione e promozione delle migliori competenze in materia di Psicologia Scolastica a favore di tutti gli *stakeholders* coinvolti – alunni, docenti, famiglie, personale scolastico e organizzazioni scolastiche nel loro insieme.

È a tal fine che è stata promossa l'indagine conoscitiva sulla figura dello Psicologo Scolastico nelle Scuole della Provincia di Foggia e in comparazione ad altre province italiane, in particolare quelle di Padova-Rovigo, considerando che presso l'Università di Foggia è nato il secondo Master in Italia in materia, il "Master di II Livello in Psicologia Scolastica e del Benessere". Con i dati dell'indagine raccolti e di seguito mostrati, si intende contribuire:

- alla migliore definizione del ruolo e delle competenze della figura dello Psicologo, affinché la sua professionalità possa essere riconosciuta, apprezzata e valorizzata all'interno dell'ambito scolastico;
- a stimolare tutte le comunità scolastiche affinché possano beneficiare dei servizi di Psicologia Scolastica;
- a consentire una riflessione relativa alle difficoltà incontrate da parte di quelle istituzioni scolastiche che non hanno avuto modo ancora di attivare un servizio di Psicologia Scolastica.

In tal senso, si vuole altresì colmare il *gap* educativo e professionale a livello internazionale perdurato per anni, auspicando che l'Italia, insieme alle sue compagini regionali, possa diventare nel prossimo futuro uno tra i Paesi più virtuosi, contribuendo alla definizione di *best practices* a cui altri Paesi possano ispirarsi.

OBIETTIVI E IPOTESI DELLA RICERCA

L'obiettivo generale della ricerca che ha guidato la presente indagine nasce dalla necessità di promuovere la figura dello Psicologo all'interno di ogni Scuola, al fine di istituzionalizzare a livello nazionale, e quindi regionale, tale presenza rendendola una figura di sistema al pari di altre funzioni strumentali presenti in ogni Istituzione scolastica.

Pertanto, considerando gli studi sulle buone prassi svolti nelle Scuole virtuose italiane di diverse regioni è emersa la necessità di esplorare la presenza delle attività e delle modalità di esercizio delle funzioni dello Psicologo Scolastico, a seguito dell'attuazione del Protocollo d'Intesa CNOP-MIUR del 2020. Partendo dall'indagine nella Regione Puglia, *in primis* nella Provincia di Foggia, i dati sono stati messi a confronto con quelli della medesima indagine svolta nella Regione Veneto, in particolare nella Provincia di Padova e Rovigo. Per la costruzione del questionario, sono stati intervistati anche alcuni testimoni significativi del territorio.

L'ipotesi dell'indagine parte dalla necessità di fotografare la situazione attuale e la reale applicazione della Psicologia nelle Scuole considerando quelli che sono i bisogni emergenti delle stesse organizzazioni scolastiche e dei loro attori nel *post-emergenza* da virus Sars-Cov2.

L'avvio dello studio è stato preceduto da un accordo fra l'Ufficio Provinciale di Foggia, l'Università degli Studi di Foggia e l'AIRIPA, che in sede delle attività di tirocinio del Master di Psicologia Scolastica e del Benessere presso l'Università di



Foggia, hanno ritenuto utile sviluppare attività di ricerca-intervento dirette, in vario modo, alle Istituzioni Scolastiche per promuovere diverse azioni della psicologia scolastica, quali:

- a) Promuovere azioni di sensibilizzazione per lo sviluppo di servizi professionali psicologici di qualità nelle scuole per migliorare il benessere psico-relazionale del proprio personale e degli studenti;
- b) Costituire "Sportelli di Ascolto" per accogliere e comprendere le difficoltà vissute dalle diverse componenti scolastiche (studenti - docenti - genitori - personale ATA);
- c) Promuovere laboratori di educazione socioaffettiva quali momenti di condivisione e formazione tra alunni, genitori e insegnanti, ampliando e rafforzando altresì, gli spazi di condivisione e alleanza psico-educativa fra Scuola e Famiglia nell'ottica di creare una maggiore continuità fra i luoghi di vita degli studenti;
- d) Formare e supportare le attività rivolte ai docenti al fine di sostenerli nell'avvio di nuovi percorsi didattici in grado di favorire negli alunni l'apprendimento non solo delle competenze di base ma anche di quelle trasversali, quali l'empatia, il pensiero laterale, la capacità decisionale e di risoluzione dei problemi;
- e) Promuovere un clima organizzativo positivo in grado di influire sul benessere psicologico a vari livelli dell'Istituzione Scolastica (alunni, docenti, personale, famiglie), attraverso strumenti di analisi (questionari, brevi interviste, *focus group*) e di intervento mediante attività formative;
- f) Individuare ed implementare le buone prassi nello svolgimento della professione dello Psicologo che opera in ambito scolastico: stilare linee guida; progettare formazioni specifiche quali *webinar*, FAD, ecc.; produrre materiale informativo e formativo;
- g) Supportare i docenti nella definizione di percorsi personalizzati e individualizzati a favore degli studenti con BES (DSA, svantaggio socioculturale, fragilità relazionale, disabilità, etc.);

- h) Promuovere sistemi di monitoraggio, analisi, ricerca, accertamento e verifica della qualità e dell'efficacia degli interventi psicologici richiesti dalle Istituzioni Scolastiche;
- i) Individuare ed implementare la rete che attiene ai servizi presenti sul territorio a sostegno delle problematiche comportamentali dell'età evolutiva e delle situazioni di svantaggio socioeconomico che possono minare il benessere degli alunni e delle loro famiglie e, dunque, favorire l'abbandono scolastico.

METODOLOGIA

Il disegno di ricerca adottato si pone obiettivi di natura sia qualitativa che quantitativa. Dal punto di vista qualitativo, il fine è quello di poter raccogliere quante più informazioni possibili sull'attivazione dei Servizi di Psicologia Scolastica o sulla sua non attivazione, esplorando dunque:

- la complessità della situazione scolastica entro cui i Servizi possono essere stati attivati o non attivati, raccogliendo informazioni utili su problemi latenti o non evidenti;
- la sensibilità relativamente a percezioni, pregiudizi, supposizioni ed ipotesi che i Dirigenti Scolastici possono nutrire nei confronti della figura dello Psicologo Scolastico e dei Servizi che offre.

Il disegno di ricerca presenta dati quantitativi di base, essendo stato esteso a tutti i soggetti presenti in un'area, nella fattispecie i Dirigenti di tutte le Istituzioni Scolastiche operanti in una stessa Provincia. L'area della rappresentatività campionaria è dunque pienamente soddisfatta.

L'area del controllo dei risultati è garantita, poiché il disegno di ricerca consente di tenere largamente in considerazione tutti quei risultati disomogenei che caratterizzano la complessità del fenomeno osservato.

L'area del *testing* dei risultati, ovvero della replicabilità della ricerca è stata fin da subito contemplata ponendosi come fine quello di comparare i

dati raccolti tra Province e Regioni diverse. L'applicazione in corso rispetto alle altre Province delle stesse Regioni consentirà di comparare i dati tra Province di una stessa Regione e comparare i dati di intere Regioni. L'uso del medesimo strumento su tutte le Regioni e Province italiane consentirebbe una mappatura pressoché esaustiva dello stato dell'arte ovvero della presenza o meno dei Servizi di Psicologia Scolastica e sul loro funzionamento.

Strumento

Lo strumento scelto per attuare l'indagine esplorativa è stato un questionario auto-compilato via *web* mediante l'applicazione "Google Moduli"; il questionario, con una modalità di rilevazione altamente strutturata, mediante domande chiuse, consente un'accurata analisi statistica a partire dalle informazioni e percezioni offerte da "testimoni privilegiati", quali sono i Dirigenti Scolastici all'interno delle Istituzioni di cui sono a capo, per competenza, conoscenza e visione d'insieme. Si è cercato di minimizzare l'impegno per i rispondenti, offrendo un questionario di media lunghezza che richiede un tempo di compilazione di pochi minuti. Parallelamente si è cercato di massimizzare le ricompense attese, accompagnando l'invio del questionario con una lettera di presentazione da parte delle Istituzioni proponenti, l'Università di Foggia e l'Associazione AIRIPA, nella quale si è esplicitato l'obiettivo finale della ricerca inteso come miglioramento dei servizi di Psicologia Scolastica in base ai reali bisogni espressi dalle Scuole.

Le domande si sono susseguite secondo un ordine logico, dalle richieste di informazioni caratterizzanti la Scuola (città, tipologia di istituto, numero di alunni, ecc.), alle domande richiedenti informazioni specifiche sul *quando*, *come* e *perché* dell'attivazione dei Servizi di Psicologia Scolastica, secondo una successione ad imbuto, ovvero passando da domande più generali a quelle più particolari.

Sebbene il questionario sia stato strutturato sulla base di domande chiuse al fine di utilizzarlo sul totale del campione disponibile (l'intero numero di Scuole presenti in una Provincia) e al fine di procedere ad un'accurata analisi dei dati, si è altresì utilizzata l'opzione "altro" in alcune rilevanti domande per consentire di raccogliere alternative di risposte non previste.

È stato inoltre effettuato un *pre-test* rivolto ad alcuni attori significativi dell'ambito scolastico che ha consentito di verificare l'efficacia dello strumento costruito e la funzionalità del processo di somministrazione via *web*.

Il questionario, dunque, messo a punto, si è rivelato come lo strumento di ricerca più idoneo a fronte di esigenze di accuratezza della rilevazione, flessibilità nella progettazione del disegno di ricerca, tempestività nell'ottenimento dei risultati, economicità della realizzazione, unitamente alla profondità dell'analisi che ne è seguita.

Analisi dei dati

I dati dell'indagine sono stati raccolti nei mesi di febbraio e marzo 2022 attraverso l'applicazione web "Google Moduli". Grazie all'ausilio di questa piattaforma, è stato realizzato un questionario divulgato attraverso la condivisione di un URL. Le domande chiuse, in base al dato specifico che si desiderava raccogliere, sono state create con diverse tipologie di risposta: risposta breve, scelte multiple e/o elenchi a discesa. Una volta raccolte le risposte dei partecipanti, i dati memorizzati sulla piattaforma sono stati consultati mediante grafici prodotti automaticamente da "Google Moduli" ed in seguito rielaborati mediante un foglio di calcolo Excel.

La piattaforma di Google Moduli ha consentito sia un conteggio globale dei dati al fine di una panoramica precisa delle categorie di risposta, sia un'analisi dettagliata di tutte le risposte di ogni singola Scuola partecipante.



RISULTATI COMMENTATI DELL'INDAGINE ESPLORATIVA NELLE SCUOLE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Partecipanti

Hanno risposto al questionario i Dirigenti Scolastici di 85 Scuole Statali (su un totale di 140 Istituti tra scuole paritarie e statali) della Provincia di Foggia, con una media di iscritti per Istituto di 700 alunni. La percentuale maggiore di risposte riguarda Dirigenti Scolastici a capo di Istituti Comprensivi (46%), seguita da Scuole Secondarie di II grado (33%).

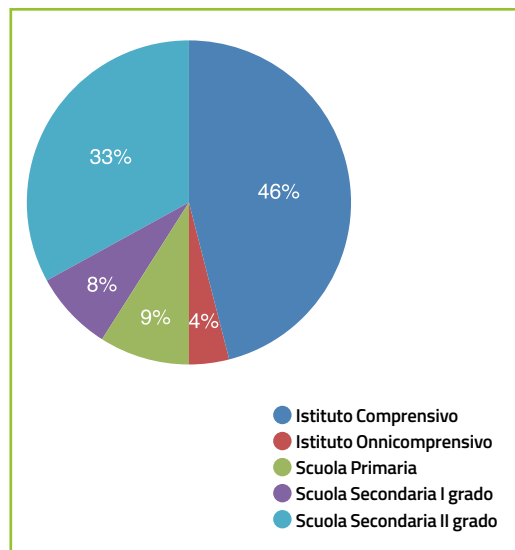


Figura 1 - Tipologia delle Scuole: Ordine e Grado

Abbiamo interrogato i Dirigenti scolastici sulla **conoscenza** generale che hanno a riguardo della figura dello Psicologo Scolastico:

- il 94,5% dei partecipanti è a conoscenza delle attività dello Psicologo a Scuola;
- più dell'80% ritiene che l'intervento dello Psicologo Scolastico sia rivolto a studenti, insegnanti e genitori;
- più del 90% reputa le attività dello Psicologo Scolastico sempre utili per mantenere il benessere relazionale ed organizzativo della Scuola.

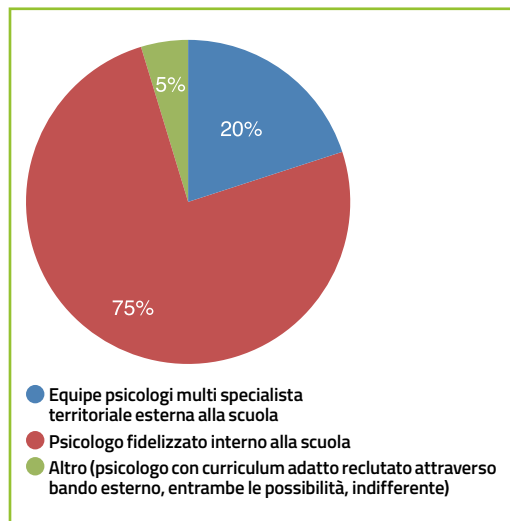


Figura 2 - Preferenza riguardante l'organizzazione del Servizio di Psicologia Scolastica

Il 75% dei Dirigenti Scolastici che hanno risposto al questionario preferirebbe uno Psicologo fidelizzato alla Scuola, seguita da una percentuale del 20% che desidererebbe un'equipe di psicologi multi-specialistica territoriale.

Sulla base di questi dati si percepisce il valore positivo attribuito dalla Dirigenza Scolastica alla figura dello Psicologo che si vorrebbe, figura questa, che secondo i Dirigenti dovrebbe essere stabile, fidelizzata ed integrata nel contesto scolastico.

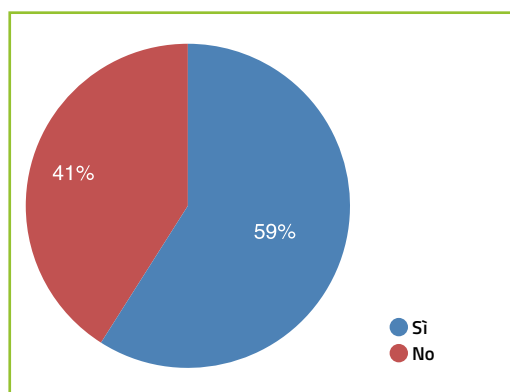


Figura 3 - Percentuali relative alla presenza dei Servizi di Psicologia Scolastica

Ad oggi, dai dati del precedente grafico, possiamo affermare che non c'è ancora una realtà ben consolidata nel territorio della Provincia pugliese riguardante la Psicologia Scolastica.

Su 85 Scuole che hanno partecipato all'Indagine in 50 scuole **è presente** il Servizio di supporto psicologico. I dati che seguono riguardano queste scuole:

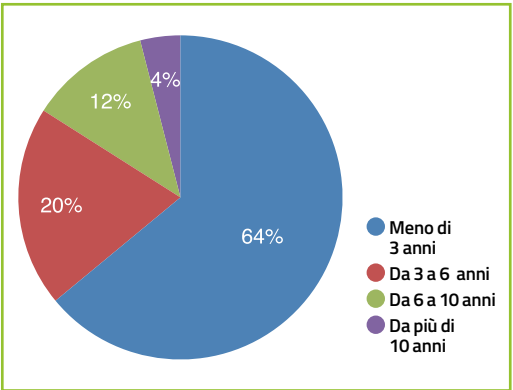


Figura 4 - Tempo (in anni) di presenza del Servizio di Supporto Psicologico

Il Servizio di supporto psicologico risulta per la maggior parte degli Istituti (64%) attivo da meno di 3 anni.

Abbiamo chiesto ai Dirigenti Scolastici se il Servizio di supporto psicologico **è stato attivato per la prima volta nell'a.s. 2020/21 con i finanziamenti**

derivati a seguito del Protocollo di Intesa CNOP MIUR del 9/10/2020.

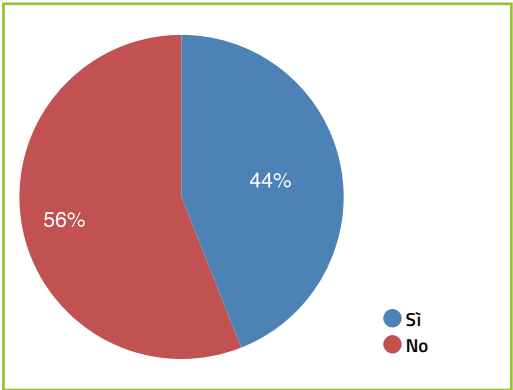


Figura 5 - Attivazione del Servizio di Psicologia in riferimento al Protocollo di Intesa CNOP-MIUR 2020

Solo il 44% degli Istituti è stato spronato dal nuovo Protocollo per attivare il Servizio di Psicologia.

Poco più della metà delle Scuole aveva già attivo il Servizio prima del Protocollo; questo probabilmente è spiegato dal fatto che alcune Scuole della Provincia pugliese, da tempo si stavano orientando verso il reclutamento di uno Psicologo Scolastico attraverso varie iniziative, come il progetto "Diritti a Scuola" del 2013.





È stato chiesto ai Dirigenti Scolastici con quali fondi sia stato finanziato il Servizio di supporto psicologico, dalle risposte si evince che:

- 60% Fondi ministeriali
- 22% Fondi interni alla Scuola
- 18% Altri tipi di fondi (Comunali, Provinciali, Regionali, progetti specifici, etc.)

Ci si è pertanto interrogati sull'importanza di assicurarsi una continuità del Servizio da offrire negli Istituti Scolastici, domandando ai Dirigenti se il professionista che ha ricoperto il ruolo di Psicologo Scolastico è stato lo stesso negli ultimi tre anni.

Indagando poi i motivi per cui nel 60% è stato

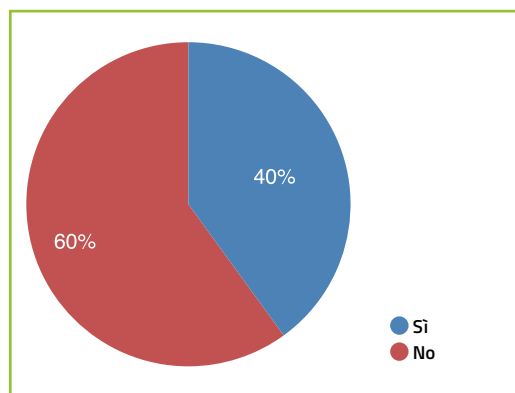


Figura 6 - Continuità del Servizio offerto dallo Psicologo Scolastico

cambiato il professionista, si sono supposte tre motivazioni più accreditate:

- Fattori economici;
- Nuovi requisiti richiesti dal protocollo CNOP-MIUR;
- Indisponibilità del professionista.

Di seguito sono elencati i criteri di valutazione più importanti riferiti dai Dirigenti Scolastici, con le rispettive percentuali estrapolate dal questionario, relative alle caratteristiche che il professionista Psicologo deve avere per lavorare nella scuola:

- Esperienza professionale in ambito scolastico 98%
- Specializzazione in Psicoterapia 56%

- Specializzazione *Post-Lauream* attinente all'incarico riconosciuta dal MIUR (Master I e II Livello, Corsi di Alta Formazione) 54%
- Anni di iscrizione all'Albo degli Psicologi 26%

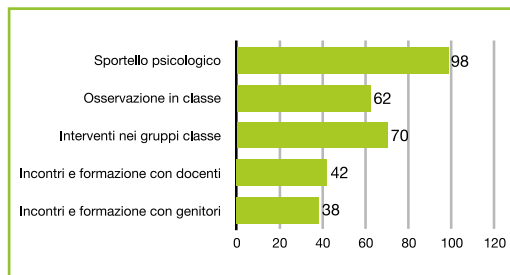


Figura 7 - Percentuali dei Servizi di Psicologia offerti per gli Istituti Scolastici

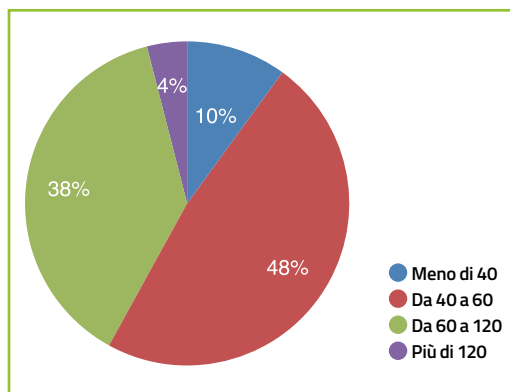


Figura 8 - Ore di Servizio svolte dallo Psicologo a Scuola durante l'anno scolastico

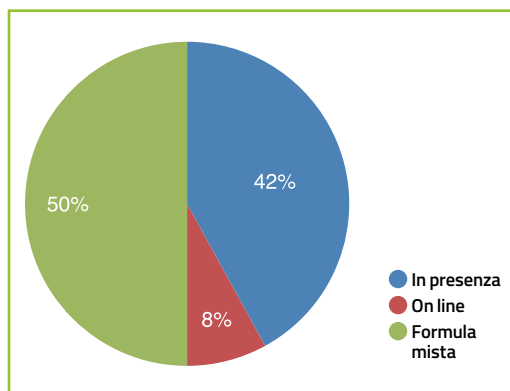


Figura 9 - Modalità di erogazione del Servizio di Psicologia Scolastica

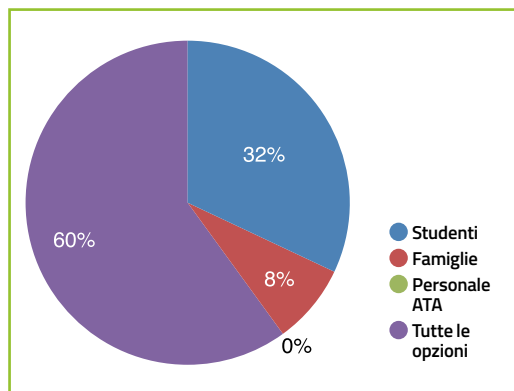


Figura 10 - Destinatari del Servizio di Psicologia Scolastica

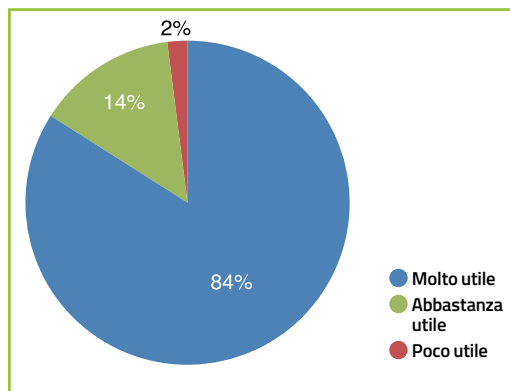


Figura 12 - Valutazione del Dirigente Scolastico sul Servizio di Psicologia Scolastica

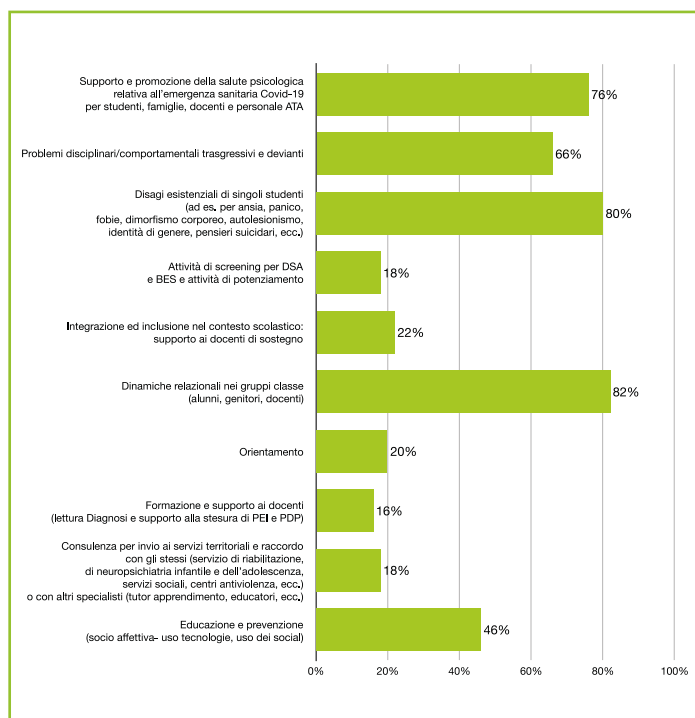


Figura 11 - Principali ambiti di intervento dello Psicologo Scolastico

È stato interessante interrogare i Dirigenti Scolastici sull'utilità o meno del Servizio Psicologico presente nelle loro Scuole. Si evince che, la quasi totalità dei Dirigenti valuta il servizio come "utile". Sarebbe, tuttavia, di sicuro interesse comprendere le ragioni delle riserve di una strettissima minoranza.

La maggior parte dei Dirigenti Scolastici considerano, inoltre, il Servizio di supporto psicologico come un valore aggiunto all'offerta formativa. (Figura 13)

I dati presentati di seguito si riferiscono alle Scuole in cui **non** è stato ancora attivato il Servizio di Psicologia. Nel campione considerato costituito da 85 Scuole, solo in 35 di esse non sono stati attivati i Servizi di supporto psicologico. Nonostante ciò, è stato chiesto ai Dirigenti se in generale ritenessero utili le attività svolte dallo Psicologo Scolastico nella possibilità di renderle parte integrante dei Servizi Scolastici nel prossimo futuro. (Figura 14)

Motivi principali per cui il Servizio Psicologico non è mai stato attivato negli Istituti coinvolti nell'indagine:

- Lo si ritiene inutile rispetto alle esigenze scolastiche;
- Preoccupazione della possibilità di destabilizzare emotivamente l'utenza;

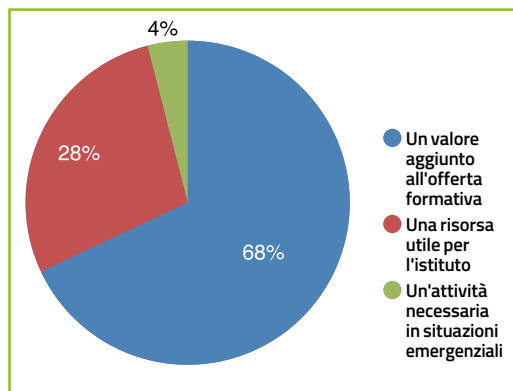


Figura 13 - Valore attribuito dai Dirigenti Scolastici al Servizio di Psicologia

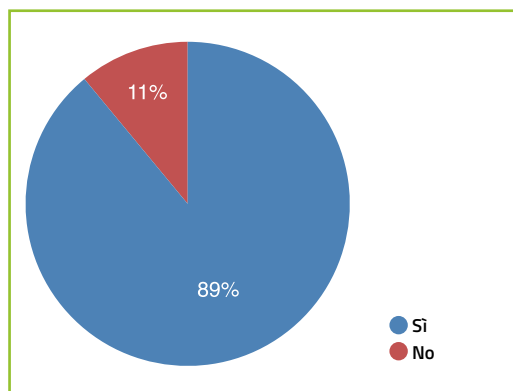


Figura 14 - Considerazione di utilità da parte dei Dirigenti che non hanno attivato il Servizio di Psicologia Scolastica

- Diffidenza da parte dell'utenza;
- Pochi fondi e risorse economiche e materiali disponibili per erogare un Servizio dignitoso;
- Mancanza di continuità del Servizio.

È stato inoltre richiesto ai Dirigenti di immaginare l'organizzazione, in un prossimo futuro, di un Servizio di Psicologia Scolastica nella loro Scuola. In tal senso, nelle risposte, hanno evidenziato particolari aree di interesse:

- Supporto e promozione della salute psicologica rispetto all'emergenza covid-19 per tutti gli attori della Scuola in generale;
- Problemi disciplinari/comportamentali trasgressivi/devianti, situazioni di bullismo e cyberbullismo;
- Attività di screening per DSA e BES e attività di potenziamento;
- Integrazione e inclusione nel contesto scolastico;
- Dinamiche relazionali nei gruppi classe;
- Prevenzione del rischio;
- Orientamento;
- Educazione socioaffettiva, uso delle tecnologie, uso dei social;
- Percorsi di sostegno alla genitorialità;
- Consulenza per invio ai Servizi Territoriali;
- Formazione e supporto docenti (stesura PEI e PDP);
- Gestione e formazione relativa ai casi di alunni iperattivi (ADHD);
- Disagi esistenziali singoli studenti (ansia, panico, fobie, dismorfismo corporeo, autolesionismo...)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati relativi alla presente indagine esplorativa, rivolta ai Dirigenti Scolastici delle Scuole di ogni ordine e grado della Provincia di Foggia, sono stati raccolti nei mesi di febbraio e marzo 2022 attraverso l'applicazione web "Google Moduli", ovvero uno strumento in grado di creare e gestire in tempo reale sondaggi, quiz, test, attestano che la figura dello Psicologo Scolastico sia largamente conosciuta. In particolare, più dell'90% dei Dirigenti, ritiene che l'intervento dello Psicologo Scolastico sia sempre utile nella Scuola, in quanto in grado di garantire il benessere organizzativo che attiene ai diversi atto-

ri coinvolti (alunni, docenti, genitori, personale ATA) e, per questo motivo, sarebbe preferibile avvalersi della presenza di uno Psicologo fidelizzato all'interno della Scuola, in modo che possa pianificare le attività relative al Servizio di Psicologia Scolastica. Solo il 58% dei Dirigenti Scolastici riferisce che all'interno del proprio Istituto Scolastico abbia un servizio di Psicologia. Se si comparano questi risultati con quelli dell'indagine svolta parallelamente sulle Scuole nella Provincia di Padova-Rovigo, la percentuale sale all'89%. Questo dato significativo, porta a riflettere sulla necessità di sensibilizzare maggiormente le Scuole della Provincia di Foggia, in merito alle funzioni dello Psicologo Scolastico e promuovere una cultura che aiuti a riflettere sull'importanza che tale figura riveste nella prevenzione del disagio e nella promozione del benessere a Scuola.

A rafforzare questa carenza, si rilevano i dati che riguardano le forme di finanziamento erogato in seguito al Protocollo di Intesa CNOP-MIUR del 09/10/2020. A tal proposito nella Provincia di Foggia solo il 44% delle Scuole ha utilizzato questi fondi, a differenza del 75% delle Scuole nella Provincia di Padova-Rovigo che hanno ritenuto utile attingere a questa possibilità. Inoltre, nelle modalità di reclutamento dello Psicologo Scolastico, nei risultati, si intravede una necessità di rivedere le modalità di selezione in considerazione del fatto che, negli ultimi tre anni, solo il 40% degli Istituti Scolastici ha confermato lo stesso Psicologo per garantire la continuità lavorativa nella propria Scuola.

In riferimento ai criteri di selezione, i dati più significativi dell'indagine mostrano che il 98% dei Dirigenti Scolastici considerano molto importante per il reclutamento del professionista l'esperienza professionale in ambito scolastico, il 56% la specializzazione in Psicoterapia, mentre il 54% le specializzazioni *post lauream* attinenti all'incarico (Master di I e II livello universitari e corsi di Alta Formazione). Per quanto riguarda le principali attività svolte, l'indagine rileva che la maggior parte delle ore svolte dallo Psicologo Scolastico riguardano per il 98% lo sportello d'ascolto (consulenza studenti, insegnan-

ti, genitori, personale ATA), per il 70% interventi nei gruppi classe e per il 62% l'osservazione in classe.

In conclusione, i risultati mostrano che nelle Scuole della Provincia di Foggia è presente tra i Dirigenti Scolastici una diffusa attenzione alle necessità di offrire interventi di tipo Psicologico. In particolare, tali Servizi sono considerati utili, vantaggiosi e ampiamente diffusi per tutti i soggetti presenti nel contesto scolastico. Alcune riflessioni, rispetto al futuro e alle possibilità di miglioramento ed ampliamento dell'offerta dei Servizi di Psicologia Scolastica, possono essere avanzate in riferimento alla possibilità di mettere a sistema tali attività attraverso l'istituzionalizzazione della figura dello Psicologo Scolastico.

Nella lettura dei dati dell'indagine, resta da considerare anche il problema delle politiche per promuovere la professionalità degli Psicologi che intendono lavorare con una certa continuità nella Scuola. La ricerca ha posto in risalto come sia molto alto il *turnover* degli Psicologi che ogni anno si avvicendano in una stessa Scuola. Molti di loro hanno una permanenza molto breve, pochi altri invece una maggiore stabilità. Fra costoro sono da annoverarsi anche gli Psicologi delle Asl e degli Enti Locali, che entrano nella Scuola con le logiche istituzionali della struttura di appartenenza e con quelle desunte dalle loro esperienze personali precedenti, forse non sempre tenendo in debito conto le necessità e i bisogni che la Scuola esprime. Tutto ciò provoca un'eccessiva frammentazione di modelli teorici e professionali che incidono su una formazione d'immagine condivisa della Psicologia, che non aiuta a far decollare la figura dello Psicologo Scolastico come parte integrante del Sistema Scuola.

In tal senso il lavoro della presente indagine si arricchisce maggiormente con la proposta di un Protocollo d'Intesa, da sottoporre all'attenzione di alcuni Partner individuati come parti interessate a promuovere nel mondo della Scuola, il benessere bio-psico-sociale degli studenti, così come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).



Tra i Partner considerati nel Protocollo d'Intesa, si citano l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, l'Ufficio Scolastico della Regione Puglia (USR), l'Ufficio Scolastico Territoriale della Provincia di Foggia (UST), l'Università degli Studi di Foggia, l'Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA) e la Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP). Scopo fondamentale del Protocollo è quello di aprire un dialogo con i Partner sopra citati e costituire un Gruppo di Lavoro orientato alla ricerca e alla pratica in materia di Psicologia Scolastica, al fine di favorire le buone prassi nell'esercizio della professione e promuovere le politiche e la cultura utili, affinché in ogni Scuola ci sia almeno uno Psicologo specializzato nel settore.

È importante, dunque, che la Scuola in questo periodo storico, caratterizzato da profondi cambiamenti che mettono a repentaglio la salute ed il benessere bio-psico-sociale delle persone, come l'emergenza sanitaria dovuta al virus Sars-Cov2 e la guerra tra Russia e Ucraina, che attualmente destabilizza gli scenari geopolitici mondiali, sia chiamata ad intervenire sul benessere dei suoi alunni *in primis* e di tutti gli attori coinvolti nel sistema (docenti, genitori, personale ATA). Pertanto, appare importante guardare all'istruzione, non solo relativamente agli

apprendimenti delle competenze di base (*hard skills*), ma anche a quelli tesi a far emergere e potenziare le competenze di vita (*soft skills*), che aiutano lo studente in formazione ad avere capacità emotivo-relazionali, empatiche e di *problem solving*, utili non solo a fronteggiare le difficoltà presenti, ma soprattutto a consolidare le sue abilità future.

BIBLIOGRAFIA

- D'Amato, R. C., Zafiris, C., McConnell, E., & Dean, R. S. (2011). *The history of school psychology: Understanding the past to not repeat it*. In M. A. Bray & T. J. Kehle (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of school psychology* (p. 9–46). Oxford University Press.
- Dossena, F. (2016). La Psicologia Scolastica in Italia e in Europa. Atti della Giornata di Studio "Psicologia Scolastica e approccio psicoanalitico", Milano, 46, 72.
- Fagan T.K. e Delugach F.J. (1984) Literary origins of the term "school psychologist. *School Psychology Review*, vol. 13, n. 2, pp.216-220.
- Jimerson S.R., Oakland T. D., & Farrell P. T, "The Handbook of International School Psychology, Sage Publications, London, 2007.
- Longhi C. (2015) Che fine ha fatto la legge sulla Psicologia Scolastica? *Altra Psicologia (altraPsicologia.it)*, 10 settembre 2015.

- Oakland T.D. (2000) International School Psychology. In: Fagan T. e Wise S. (a cura di), School psychology: past, present and future. Silver Spring, MD, National Association of School Psychologists, pp. 355-381.
 - Palma G.L. (2008) Servizi Psicologici per la Scuola. In: La professione di Psicologo, Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, n. 3-4 Dicembre.
 - Pedone M. (a cura di) (2008) Lo Psicologo nella Scuola: una legge attesa da più di 10 anni. In La professione di Psicologo, Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, n. 3-4 Dicembre.
 - Petter G. (2008) Intervista. In: La professione di Psicologo, Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, n. 3-4 Dicembre.
 - Trombetta C. (a cura di) (2011) Lo Psicologo Scolastico, competenze e metodologie professionali. Erikson, Milano.
 - Trombetta C., Alessandri G. e Corona Mendoza M. (2008) Psicologia e Scuola. Un'indagine esplorativa. Rapporto di ricerca, Roma, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Italiani.
 - Trombetta C., Alessandri G. e Coyne J. (2008) Italian school psychology as perceived by Italian school psychologists. The result of a national survey. School Psychology International, vol. 29, n. 3, pp. 267-285.
 - Wall W.D. (a cura di) (1956) Psychological services of schools. New York, University Press for United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute of Education.
 - Unità italiana di Euridice (2007) Funzioni di comunicazione nelle organizzazioni-Scuola dei Paesi europei (euridice.indire.it), gennaio.
 - Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente (2017) Vol. 46, pp. 73-84.
- SITOGRAFIA**
- Amendolia, A. S. (2019). Psicologo Scolastico. Una review sul ruolo professionale, sul confronto con gli altri paesi UE e sulla situazione in Italia, disponibile al link: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.fondazionePsicologi.it%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F01%2FPsicologo-scolastico_.pdf&clen=2493307&chunk=true
 - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Newsletter n. 16 – “La Psicologia nella Scuola: approvato il protocollo CNOP/Ministero Istruzione” disponibile al link: <https://www.psy.it/newsletter-n-16-la-Psicologia-nella-Scuola-approvato-il-protocollo-cnop-ministero-istruzione.html>
 - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, La Psicologia nella Scuola: un passo avanti decisivo - Approvato il Protocollo CNOP/Ministero Istruzione, 28 settembre 2020 <https://www.psy.it/la-Psicologia-nella-Scuola-un-passo-avanti-decisivo-approvato-il-protocollo-cnop-ministero-istruzione.html>
 - Gdl Psicologia Scolastica - ricerca, consulenza, intervento <https://gdlPsicologiascolastica.wordpress.com/>
 - GiuntiPsy “Psicologo Scolastico: caratteristiche del profilo e utilità nel contesto formativo”, 22 Ottobre 2020; disponibile al link: <https://www.giuntipsy.it/informazioni/notizie/Psicologo-scolastico-caratteristiche-del-profilo-e-utilita-nel-contesto-formativo#:~:text=%C3%88%20nel%2019%20che%20si,%2C%20dedicata%20alla%20Psicologia%20scolastica>
 - Maria Grazia Flore, Francesca Rendine, Lo Psicologo a Scuola: come viene percepito dai docenti?, State of Mind, 11 settembre 2018 disponibile al link: <https://www.stateofmind.it/2018/09/Psicologo-scolastico-docenti/>
 - Miami University, “Historical and Current Perspective on School Psychology”; disponibile al link: <http://miamioh.edu/ehs/academics/graduate-studies/masters-and-licenses/school-psych/handbook/historical-current-perspectives-on-school-psychology/index.html>
 - Matteucci, M. C. Psicologi scolastici: quale formazione in Italia? Disponibile al link: <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>
 - Marina Morgese, Firmato il Protocollo per l'assistenza Psicologica nelle Scuole tra Ministero dell'Istruzione e Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 14 ottobre 2020 <https://www.stateofmind.it/2020/10/assistenza-Psicologica-Scuole-cnop/>



AMBIENTI DI APPRENDIMENTO TRANSMEDIALI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE NEURODIVERSITÀ

Federica Doronzo

Università Telematica Pegaso

Docente a contratto di

"Psicologia Generale" e "Tecnologia
dell'istruzione e della formazione"

Direttiva Ministeriale del 27/12/2012

RIASSUNTO

I bambini già nella prima infanzia hanno accesso alle tecnologie, sia a casa che a scuola: sembra che siano nel bel mezzo di un esperimento non pianificato circondati da strumenti digitali che, fino a qualche anno fa, non erano disponibili a tutti. Impellente risulta essere la necessità di rivoluzionare la didattica, contestualizzando la pratica educativa nella "quarta rivoluzione industriale", affinché si riappropri della propria natura situata.

La ricerca esistente è chiara sui rischi dell'uso eccessivo del digitale, che può difatti associarsi a isolamento sociale, deficit di attenzione, dipendenza da internet e slatentizzazione di sintomi ansiosi e depressivi (Dienlin e Johannes, 2020;

Waytz e Grey, 2018). Tuttavia molteplici studi ne dimostrano l'utilità in quanto correla con lo sviluppo di conoscenze e competenze nuove in soggetti neuroconvergenti e neurodivergenti (Dunn e Hazzard, 2019; Moresi et al., 2018). Il termine Neurodiversità si riferisce alle forme di diversità neurologica, considerate preziose e da rispettare, che sono espressione naturale della variazione umana (Walker, 2012).

La presente reflection review intende fornire prove empiriche a sostegno dell'efficacia psico-educativa di tre categorie di ambienti di apprendimento transmediali: serious game, robotica educativa e piattaforme educative. A tal fine si indaga lo stato dell'arte focalizzandosi sui paper che studiano gli effetti osservabili del digitale in



soggetti neurodivergenti. Dalla rassegna emerge che le suddette categorie migliorino le capacità di multitasking, l'intelligenza fluida, le funzioni cognitive e socio-emotive, l'autogestione, il tono dell'umore e i comportamenti-problema. Le tecnologie sono quindi un potente strumento per abbattere i limiti determinati dai disturbi mentali o dalla disabilità.

PAROLE CHIAVE

Neurodiversità, serious game, robotica educativa, piattaforme educative.

INTRODUZIONE: DISABILITÀ O DIVERSABILITÀ?

Con *Bisogni Educativi Speciali* (BES) si intendono difficoltà permanenti o transitorie di varia natura psicologica ed organica, in questa categoria sono comprese le disabilità tutelate dalla Legge 104/1992, i disturbi evolutivi specifici e le situazioni di svantaggio di origine linguistica, econo-

mica e psico-sociale¹. Nei BES rientrano anche i cosiddetti "Disturbi Specifici dell'Apprendimento" (DSA), che comprendono dislessia, disgrafia e discalculia (in riferimento ai criteri diagnostici previsti dal DSM-V). Gli studenti con BES rappresentano il 3,2% della popolazione studentesca italiana non accademica².

Un approccio puramente medico al trattamento dei BES rischia una scarsa valorizzazione dei punti di forza del soggetto evidenziando invece solo le carenze, motivo per cui la diagnosi assume la connotazione di una cattiva notizia e promuove sia lo stigma che la vergogna. L'approccio categoriale dicotomico, tramite cut-off, non si adatta alla realtà, occorre pertanto considerare il concetto di *Neurodiversità* cognitiva in quanto i processi neuropsicologici del bambino sono collocabili in uno spettro di funzionamento avente agli estremi un polo tipico e uno atipico. Quindi

¹ Direttiva Ministeriale del 27/12/2012.

² Rilevamento del Ministero dell'Istruzione a.s. 2017/2018.



l'intervento necessita di essere personalizzato sul singolo individuo, rifiutando l'etichettamento che limita lo sviluppo delle potenzialità. Un presupposto chiave del paradigma della Neurodiversità è che tutte le forme di diversità neurologica sono preziose e devono essere rispettate essendo una naturale variazione umana (Walker, 2012). La Neurodiversità include non solo lo spettro dell'autismo, l'ADHD e i DSA ma tutte le condizioni che neurologicamente e biologicamente differiscono dal "neurotipo" (den Houting, 2019). Non si intende tuttavia sostenere l'assenza di difficoltà e di riduzione dell'autonomia che spesso sono associate alla diversità neurologica: il movimento della Neurodiversità punta ad abbattere lo stigma correlato alla disabilità, a rinnovare il linguaggio usato per descrivere e classificare le persone, e a formare adeguatamente alla diversabilità.

Il contesto formativo è lo sfondo nel quale si spiegano maggiormente le diversità, motivo per cui è fondamentale che tutti gli attori del mondo scuola devono essere educati alla valorizzazione delle innumerevoli individualità. Le difficoltà sono molte affinché questo avvenga: scarse sono le conoscenze psico-pedagogiche dei formatori connesse alla neurodiversità, carente è l'uso di metodologie didattiche innovative, limitati sono gli spazi adeguati per l'acquisizione di competenze pratiche, e problematico è il reperimento di strumenti digitali.

La fase emergenziale da COVID-19 ha fatto riemergere contraddizioni e problemi complessi in relazione all'esigenza di innovare la didattica e di integrare tutti gli alunni in un contesto di classe-comunità (Peconio et al., 2021).

I dati Istat riportano che, nel periodo fra aprile e giugno 2020, circa il 23% degli alunni con disabilità non ha partecipato alle attività didattiche in DaD, l'uso delle tecnologie necessita di essere scoperto, ripensato e adattato a tutti gli studenti per migliorare il loro benessere e la qualità della formazione.

La prassi pedagogica, spesso ancorata alla didattica tradizionale, non si sta evolvendo alla stessa velocità della cornice socioculturale che, già prima della pandemia globale, si era aperta alla rivoluzione tecnologica. La ricerca accademica, tuttavia, da anni sta lavorando alla sperimentazione e allo studio di ambienti di apprendimento digitali innovativi. La transliteracy (scambio di informazioni attraverso le piattaforme), al servizio dell'insegnamento, ha la potenzialità di ridurre i limiti generati da difficoltà d'apprendimento, disturbi e disabilità e di sviluppare competenze cognitive e sociali incrementando la motivazione e l'efficacia degli insegnamenti.

L'istituzione scolastica, con l'emergenza da Covid-19, si è trovata a dover fronteggiare, repentinamente, una nuova modalità con la quale implementare la didattica: gli ambienti d'apprendimento transmediali si sono imposti sebbene le scuole non fossero pronte all'uso del digitale. Fortunatamente, la ricerca in Pedagogia Speciale e Pedagogia Sperimentale da anni studia e sperimenta strumenti e ambienti di apprendimento innovativi. Le indagini educative hanno dimostrato che l'uso appropriato delle tecnologie migliora l'apprendimento attraverso: l'adattamento alle esigenze dell'alunno e l'incremento della sua partecipazione, la condivisione democratica del materiale multimediale, l'automonitoraggio e l'aumento della motivazione e della socializzazione della classe (Toto, 2019; Fabbro et al., 2017).

Affinché la didattica realizzi l'ideale di pari opportunità e lo sviluppo delle potenzialità individuali, è necessario progettare la didattica in base non solo allo sviluppo cerebrale normotipico, ma anche a quello neurodivergente grazie all'ausilio degli strumenti digitali. L'insegnamento dovrebbe anche avvalersi delle scoperte neuroscientifiche per promuovere una didattica nel rispetto del funzionamento cerebrale specifico degli stadi dello sviluppo cognitivo. Questa attitudine permetterebbe la costruzione di apprendimenti efficienti e stabili nel tempo



prevenendo le difficoltà e fronteggiando le disabilità.

A tal fine occorre formare gli insegnanti e tutti gli operatori scolastici all'uso di ambienti di apprendimento ibridi e permettere loro di acquisire conoscenze neuropsicologiche, percorrendo questa strada si potrà assicurare agli studenti modalità innovative di partecipazione attiva alle lezioni (Toto & Limone, 2020a).

La presente reflection review intende quindi fornire prove empiriche a sostegno dell'efficacia psico-educativa di tre categorie di ambienti di apprendimento transmediali: serious game, robotica educativa e piattaforme educative. A tal fine si indaga lo stato dell'arte focalizzandosi sui paper che studiano gli effetti osservabili del digitale in soggetti neurodivergenti.

ROBOTICA EDUCATIVA

La robotica educativa, una pratica innovativa che si sta diffondendo nei servizi per il benessere della persona, offre la possibilità di promuovere le soft skills nel contesto clinico ed educativo, inoltre media l'acquisizione di conoscenze curricolari. L'ambiente di apprendimento transmediale è regolato dalla relazione tra discente e robot, che può essere zoomorfo o umanoide, in qualità di agente meccanico o virtuale capace di muoversi autonomamente e di eseguire azioni complesse. La novità consiste nel conciliare il funzionamento cerebrale dell'utente con la modalità di insegnamento delle soft skills: le difficoltà di interazione sociale si associano spesso ad un'apertura e competenza nelle relazioni con personaggi virtuali o strumenti tecnologici. In ambito sanitario da questa tecnologia prende forma la RAAT (Robot-Assisted Autism Therapy), è indi-



spensabile precisare che i risultati ottenuti con questa terapia sono difficilmente generalizzabili in quanto i robot devono essere sapientemente personalizzati in base alle preferenze sensoriali del paziente e alle sue caratteristiche psicologiche, neurologiche, relazionali e intellettive (Kumazaki et al., 2020). La RAAT si avvantaggia degli studi svolti sulla Neurodiversità dei soggetti con ASD (Autism Spectrum Disorder), per mediare interventi efficaci. Al fine di sviluppare le soft skills è opportuno conoscere come il cervello operi durante le interazioni umane. È emerso che il pattern biologico della compromissione neurologica tipica del ASD genera un'alterazione del funzionamento del *cervello sociale*, questa struttura è coinvolta nell'inferenza dello stato mentale di un partner sociale. Due sono i processi fondamentali per la regolazione delle relazioni umane sono: il processamento del movimento umano e l'elaborazione degli stimoli emotivi.

Un comportamento sociale di successo richiede la rilevazione accurata dei movimenti di altre persone: gli osservatori tipici mostrano una maggiore sensibilità visiva al movimento umano, mentre gli osservatori con ASD presentano una compromissione di questa capacità (Kaiser et al., 2010). Ciò suggerisce che i sistemi visivi degli individui con ASD potrebbero non essere sintonizzati per la rilevazione di informazioni socialmente rilevanti, come la presenza di un'altra persona. I soggetti con ASD presentano un'attivazione cerebrale efficace per l'elaborazione del moto degli oggetti ma non per il *moto biologico*. Questa condizione inficia la precisione e la velocità di codifica dell'azione compiuta da un altro essere umano.

Gli studi, in merito alla dimensione emotiva, riportano che i bambini con ASD fissano meno i volti durante le interazioni con altri esseri umani, rispetto ai controlli normodotati, per cui ricercano informazioni soprattutto attraverso azioni, gesti, movimenti del corpo, dettagli contestuali e oggetti (Avni et al., 2020).

Un'altra prova è che il tempo di fissazione percentuale della regione degli occhi per il gruppo TD (sviluppo tipico) aumenta con l'età, fenomeno che non si verifica per il gruppo con ASD. In quest'ultimo la durata dello sguardo, sulla regione oculare, aumenta fino a circa 10 anni di età e in seguito tende a diminuire. In conclusione è emerso che il gruppo con ASD guarda più brevemente le persone rispetto al gruppo TD (Fujioka et al., 2020).

Han et al. (2015) hanno registrato il *eye-tracker* durante l'esplorazione visiva di stimoli emotivi espressi da un volto umano. È emerso che le persone con ASD elaborano il movimento piuttosto che i segnali emotivi nelle situazioni comunicative associate alle espressioni facciali. La diversità nell'elaborazione del movimento e dei segnali emotivi provenienti da altri esseri umani produce una compromissione delle soft skills. La RAAT fornisce lo strumento per bypassare questo ostacolo e produrre lo sviluppo di abilità sociali e relazionali. Questa terapia combina dialoghi, immagini, parole e animazioni in modi interattivi adattandosi al livello di comprensione degli studenti e ai loro interessi (Brown et al., 2011). I compiti di apprendimento simulano situazioni di vita quotidiana fornendo apprendimenti situati e quindi generalizzabili. Il valore di questo strumento tecnologico consiste nella sua maggiore adattabilità e flessibilità alle esigenze terapeutiche e del bambino, rispetto alle terapie standard, motivo per cui il robot tutor produce esiti straordinari.

I colori, l'abbigliamento e il comportamento del robot sono regolati in base alle preferenze del bambino, si induce un processo di identificazione e si evitano dettagli che sovrastimolino il sistema sensoriale: la voce deve essere morbida e risuonare amichevole per non spaventare, le frasi devono essere brevi per facilitare la comprensione, la velocità di conversazione deve essere bassa, il comportamento deve essere coerente, semplice e non concretizzarsi in movimenti complessi contemporanei all'uso del linguaggio.

Per ogni bambino viene stilato un programma di intervento personalizzando i giochi, le interazioni, gli apprendimenti da raggiungere e i tempi di avanzamento della difficoltà delle attività. Inoltre risulta fondamentale combinare le spinte motivazionali del bambino con le strategie interattive e ludiche adottate dal robot (van den Berk-Smeekens et al., 2020).

Una variabile determinante è il grado di funzionamento del soggetto: un alto funzionamento predice uno sviluppo maggiore delle soft skills, un basso funzionamento invece sembra essere associato ad un ridotto miglioramento. Tuttavia la variabilità delle caratteristiche neuropsicologiche e della RAAT difficilmente permettono di delineare delle linee guida precise e degli esiti quantitativamente prevedibili.

Lo sviluppo della relazione tra bambino e robot, e il risultante incremento della comunicazione verbale, emergono in varie ricerche, ne ripercorriamo alcune.

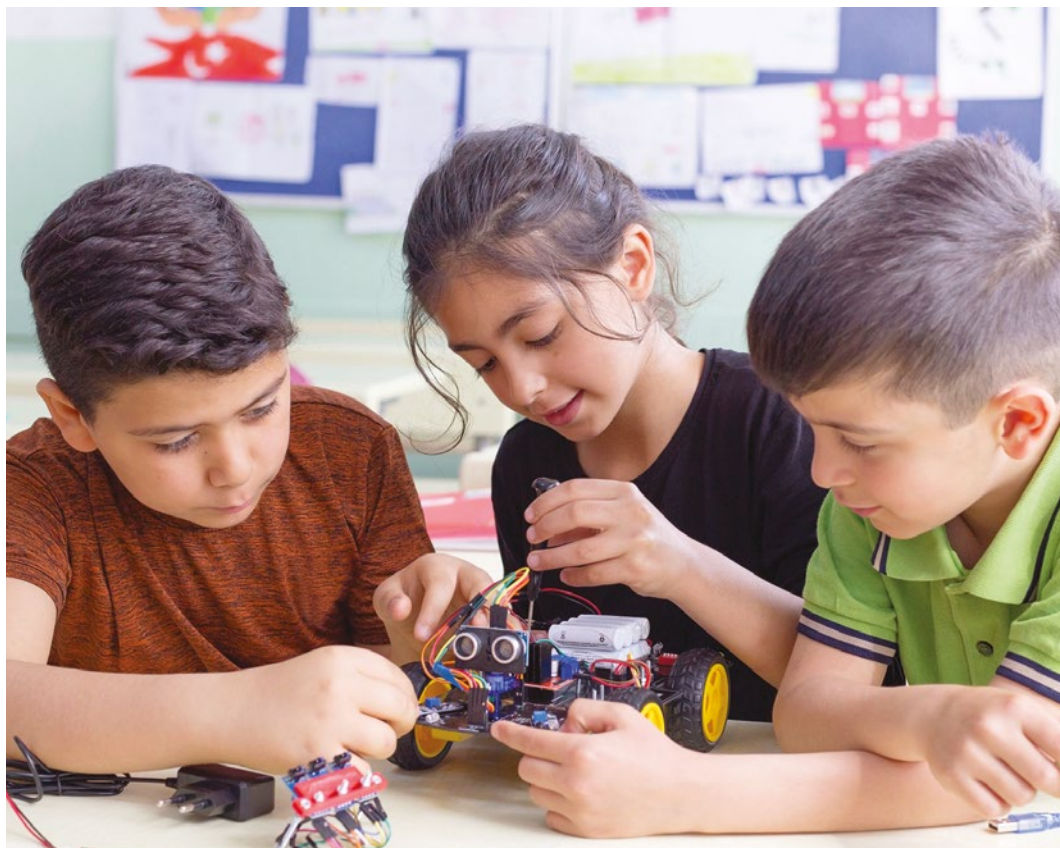
Bharatharaj et al. (2017) hanno sperimentato il robot KiliRo che si ispira esteticamente ai pappagalli, i risultati hanno mostrato che i bambini con ASD sono stati attratti ed erano felici di interagire con il robot KiliRo. Lo stesso effetto è stato confermato con un robot avente sembianze umanoidi nella ricerca di Dipietro et al. (2019). In particolare i ricercatori hanno verificato che l'aspetto fisico umanoide del robot e la sua capacità comunicativa, mediata dall'intonazione, influiscono positivamente sui bambini con ASD inducendo un grado più alto di felicità e una promozione dell'interazione rispetto al contatto con altri esseri umani.

Lo studio di Srinivasan et al. (2016) si è focalizzato sull'allenamento, tramite NAO robot, delle social skills attraverso interventi basati su attività motorie. Gli autori hanno riferito che i giochi di sincronia ritmica e interpersonale di tutto il corpo hanno determinato alti livelli di attenzio-

ne congiunta. Lo stesso effetto è emerso anche nello studio di David et al. del 2018. Questa competenza cognitiva è il primo step di condivisione e comunicazione non verbale che testimonia il desiderio del bambino di relazionarsi con gli altri.

La caratteristica fondamentale dei robot della RAAT è l'autonomia: l'intelligenza artificiale permette ai robot di instaurare delle relazioni con i bambini senza la necessità di essere telecomandato. Il robot autonomo a differenza di quello controllato genera un comportamento e una considerazione diversa da parte del bambino con ASD che gli attribuisce sensibilità, desideri e stati fisici caratteristici. Questa tecnologia quindi media la promozione della presa di coscienza delle emozioni altrui e delle dinamiche sociali (Chernyak & Gary, 2016): l'autonomia del robot si associa ad un maggiore coinvolgimento del bambino che invece non si manifesta durante le interazioni umane a causa della sovrastimolazione sensoriale. Si precisa che l'adozione dei robot rappresenta una fase intermedia che sviluppa nel bambino il desiderio e la capacità di interagire e comprendere emotivamente l'interlocutore. Infatti la relazione tra bambini e robot, se è coinvolgente, promuove anche la motivazione intrinseca ad interagire con gli operatori umani: sono stati osservati bambini con ASD che adottano comportamenti spontanei di condivisione del divertimento e di richiesta rivolti anche allo sperimentatore presente nella stanza (Schadenberg et al., 2020). Inoltre il robot ha la potenzialità di incoraggiare il bambino a collaborare con i pari in attività ludiche (Huskens et al., 2015) e di insegnare la percezione, l'espressione e la comprensione degli stati affettivi propri e altrui.

Lo studio di Saadatzi (2018), citato in precedenza, ha fatto emergere non solo lo sviluppo della comunicazione verbale ma anche di comportamenti di ricerca della vicinanza: uno dei partecipanti salutava costantemente il robot e lo abbracciava al



termine della sessione. Un altro partecipante ha iniziato a imitare i gesti del robot che esprimevano felicità.

Lo studio di Kim et al. (2021) ha implementato un'attività, con il robot NAO, chiamata "camminare con il robot" in un contesto sociale. Le situazioni sociali attese nello scenario erano: (1) il robot cammina e (2) il robot cade; i comportamenti prosociali desiderabili dei bambini erano: (A) aiutare il robot a camminare e (B) aiutare il robot ad alzarsi dopo essere caduto. Sono stati monitorati i comportamenti e i sorrisi dei bambini attraverso videocamere e lo Smile Reader Apparatus. Nel complesso, i bambini con ASD sorridevano di più e mostravano meno comportamenti prosociali rispetto ai bambini con sviluppo tipico (TD). Tut-

tavia la stessa percentuale di bambini con ASD e con TD hanno aiutato il robot a rialzarsi. La differenza emersa era che i bambini con TD prima di agire volgevano lo sguardo al caregiver per trattare informazioni circa la situazione non familiare, invece, i bambini con ASD mettevano in atto direttamente il comportamento di aiuto.

PIATTAFORME EDUCATIVE

Le piattaforme progettate per promuovere l'apprendimento attivo, significativo e socialmente interattivo nel contesto di un obiettivo funzionale sono considerate educative (Kathy Hirsh-Pasek et al., 2015). Questo strumento digitale è una risorsa personalizzabile al singolo individuo, e permette il superamento dei limiti derivanti da menomazioni o disturbi socio-cognitivi, tuttavia

è utile anche per i "neurotipici" in quanto media-no apprendimenti efficaci e stabili co-costruendo le conoscenze.

Un esempio è *Epic!*, un'app gratuita per la lettura, che consente l'accesso a migliaia di e-book e audiolibri per bambini dai 2 ai 12 anni. Il suo scopo è quello di promuovere un amore lifelong per la lettura grazie alla presenza di varie tipologie di libri. Nel proprio profilo ogni lettore tiene traccia dei progressi attraverso un'apposita barra che indica la percentuale di lettura effettuata per ogni libro. I fruitori quindi salgono di livello in base alle letture effettuate, possono guadagnare premi e badge quando raggiungono determinati traguardi, e possono condividere le proprie opinioni sui libri nella community (Bocci et al., 2017).

Molte piattaforme sono state progettate per apprendimenti legati alle discipline STEM in quanto capaci di favorire l'insegnamento attraverso immagini, personaggi virtuali, procedure simulate digitalmente ed esperimenti virtuali. Come precedentemente dimostrato le tecnologie hanno la potenzialità di adattare le attività educative al funzionamento cerebrale e al livello cognitivo dei discenti. Di seguito descriviamo tale possibilità attraverso due piattaforme: *Leggo facile* e *Scrivo bene* (dell'Istituto Santa Chiara di Roma) che rispondono i modo personalizzato alle caratteristiche dei DSA.

Chi è dislessico legge in modo lento e spesso con errori perché utilizza nel processo di lettura la *via fonologica*, cioè scompone la parola da leggere in sillabe e successivamente, attraverso un processo di fusione, legge la parola intera. La procedura è molto lenta ed è tipica di chi sta imparando a leggere. Con il tempo si abbandona la via fonologica per passare alla *via lessicale*, cioè la capacità di vedere e riconoscere la parola nella sua interezza. Alla base della via lessicale c'è il riconoscimento visivo della parola "ad accesso diretto": il soggetto vede rapidamente e riconosce la parola per intero, senza doverla scomporre

nelle unità sillabiche. Chi è dislessico utilizza solo la via fonologica perché non riesce a utilizzare la via lessicale.

Chi è disortografico commette errori eccessivi nella scrittura rispetto a quelli che ci si dovrebbe aspettare per età o cultura, questi errori non sono imputabili a handicap, a condizioni di svantaggio culturale e sociale o a difficoltà emotive. Gli errori possono essere di tipo fonologico, come ad esempio errori di sostituzione, omissione o di aggiunta; oppure di tipo non fonologico, come fusioni e separazioni illegali, mancato rispetto dell'uso dell'*h* e dell'apostrofo, errori nella codifica dei suoni omofoni non omografi, errori nella codifica di parole omofone non omografe.

Questo implica una velocità incostante di scrittura. Alcuni sintomi derivati dalla disortografia possono essere identificabili nella stancabilità e insofferenza, labilità attentiva, ridotta comprensione di ciò che si sta scrivendo, tendenza alla predizione e all'invenzione, fuga dal compito, rabbia, irritabilità, disistima, sensibilità emozionale.

Il modello neuropsicologico della Modularizzazione supporta l'esistenza di un'associazione tra facoltà mentali, suddivise in processi specifici, e architettura cerebrale. In ambito pedagogico queste conoscenze chiariscono la modalità di strutturazione di apprendimenti efficaci: focalizzarsi su informazioni dominio-specifiche (omogenee) consente di consolidarle, automatizzarle e successivamente generalizzarle ad altre dimensioni cognitive. (Semeraro et al, 2019). Gli studi neuropsicologici hanno osservato che un trattamento specifico sul modulo (processo mentale specifico) compromesso risulta più efficace di uno dominio-generale. *Leggo facile* e *Scrivo bene* sono stati progettati a partire dalle necessità dei bambini e della loro specificità neurologica. Le Piattaforme consentono ai bambini di esercitarsi in casa col sostegno dei propri genitori e di poter tracciare i progressi compiuti. Nel percorso di ap-



prendimento il software si auto-calibra in base all'utente: la difficoltà cresce se le esercitazioni proseguono senza errori. Le variabili monitorate sono le seguenti:

- Numero di parole e sillabe lette / Numero di parole scritte correttamente
- Errori di lettura/ Errori di scrittura
- La frequenza di lettura iniziale / Velocità di scrittura sotto dettatura
- La frequenza di lettura finale / Velocità di scrittura spontanea
- La durata dell'esercitazione
- La frequenza di lettura da raggiungere in base alla classe che si frequenta / frequenza di scrittura da raggiungere in base alla classe che si frequenta

A conclusione del primo ciclo di trattamento, di durata semestrale, è emerso un miglioramento di tutte le variabili misurate (2020).

La tecnologia sta fornendo gli strumenti per realizzare obiettivi psico-educativi mantenendo alta la motivazione e la partecipazione dei bambini e progettando interventi specifici sulla difficoltà: permette di costruire le conoscenze partendo da attività manuali e di progettare la ricerca del sapere e non un'acquisizione sterile. Prove emergenti che suggeriscono che le piattaforme interattive possono essere strumenti utili e accessibili per supportare il percorso accademico e scolastico dalla scuola dell'infanzia (Griffith et al., 2020). L'analisi dello stato dell'arte ha mostrato un significativo effetto di miglioramento dell'acquisizione di apprendimenti tramite touchscreen: è stato dimostrato che i bambini effettivamente beneficiano del metodo tattile associato al digitale (Xie et al., 2018) mostrando apprendimenti qualitativamente e quantitativamente superiori a quelli dei pari dei gruppi di controllo.

L'app *FunJava* permette l'acquisizione di abilità di programmazione attraverso un insegnante virtuale. Lo strumento principalmente adottato è il gioco: le conoscenze vengono raggiunte e im-

piegate in attività di gruppo divertendo i partecipanti. L'opinione degli studenti rivela che questi ultimi apprezzano l'insegnamento attraverso il digitale e il loro coinvolgimento durante il corso aumenta rispetto alle lezioni tradizionali (Montes-Leon et al., 2019).

Fage e colleghi (2019) hanno implementato un'app per la regolazione delle emozioni finalizzata all'inclusione scolastica dei bambini con ASD. Il loro studio ha dimostrato che la regolazione delle emozioni degli adolescenti con ASD può essere supportata all'interno delle classi tradizionali attraverso una tecnologia assistiva migliorando sia i comportamenti che i processi sociocognitivi associati all'ASD.

Le piattaforme *Antura and the Letters* e *Feed the Monster* sono progettate per promuovere l'apprendimento della lingua araba nei bambini siriani rifugiati. La prima, sviluppata da educatori e psicologi, permette ai bambini, da cinque a dieci anni, di apprendere le basi della lingua araba attraverso giochi e domande. La seconda consente di imparare a leggere e a scrivere collezionando e accudendo animaletti fantastici. *iWriteWords* e *WriteReader* offrono al bambino l'opportunità di avvicinarsi alla scrittura in modo semplice e divertente mediante attività che mobilitano le intelligenze visuospaziali e cinestesiche a supporto di quella verbale. *iWriteWords* ha trovato consenso in numerose associazioni ed è in grado di migliorare i movimenti finomotori, la comprensione dei nessi causali-temporali e il riconoscimento lessicale. *WriteReader*, invece, è stata sperimentata nell'University College Lillebaelt (Danimarca) ed è rivolta a studenti con difficoltà nella letto-scrittura. Grazie al suo impiego sistematico i soggetti del gruppo sperimentale hanno migliorato significativamente le loro prestazioni acquisendo nuove strategie fonologiche. *iNaturalist* è un'applicazione mobile che permette, nell'ambito dell'educazione ambientale, di connettere le persone alla natura e sperimentare facendo acquisendo conoscenza sulla biodiversità (Altrudi, 2021).

SERIOUS GAME

I serious game sono giochi digitali che motivano e mantengono l'attenzione in contesti seri. Le informazioni non sono accessibili solo attraverso un numero limitato di agenti, le forme di alfabetizzazione sono multiple, i messaggi prodotti possono raggiungere qualsiasi luogo del mondo ed essere fruibili in ogni momento. I serious game hanno la potenzialità di cambiare i comportamenti, gli atteggiamenti e le abitudini degli utenti, e di promuovere apprendimenti utilizzando varie strategie persuasive (Orji et al., 2017): il digitale permette alle pratiche d'insegnamento di potenziarsi rendendo il pubblico (o il giocatore) partecipe e co-costruttore delle attività mediando anche competenze pratiche e teoriche. Il valore aggiunto dei serious game è rappresentato dal potersi adattare alle esigenze e alle problematiche dell'utente e nel personalizzare il percorso formativo al singolo giocatore.

Il movimento *Game for change* supporta l'idea che i serious game possano essere utilizzati per il cambiamento sociale. L'organizzazione, che prende il nome da questa ideologia, Game for Change (G4C), fornisce visibilità e risorse nell'ambito della progettazione dei giochi digitali. *Sweatshop* è un esempio di gioco realizzato da G4C: il giocatore interpreta il ruolo di un direttore di fabbrica responsabile dell'assunzione di lavoratori, del completamento degli ordini del negozio e della soddisfazione delle richieste dei clienti mentre cerca di bilanciare le decisioni etiche con le crescenti richieste (<https://www.gamesforchange.org/game/sweatshop/>).

Degno di nota è anche il progetto *MediaEvo* dell'Università di Foggia che ha permesso di sviluppare una piattaforma multicanale e multisensoriale per l'edutainment nei beni culturali, il gioco didattico digitale è orientato alla conoscenza della storia e delle società medievali (De Paolis et al., 2011).

Recente è la realizzazione del videogame *Gamengo*, presentato e sperimentato in alcune

scuole foggiane, è indirizzato ai bambini dai 5 ai 7 anni di età. Il gioco mira all'esplorazione e alla comunicazione delle emozioni: rabbia, gioia, tristezza, paura e sorpresa. L'obiettivo è mediare un'educazione sentimentale attraverso il divertimento, i temi centrali del progetto sono il bullismo e il cyberbullismo, il rispetto del mondo vegetale e animale, nonché degli spazi condivisi, integrazione e razzismo (De Serio & Toto, 2020).

La gamification della formazione può quindi accompagnare gli utenti attraverso percorsi educativi, fornire feedback immediati, rinforzare le buone prestazioni, semplificare i contenuti e perseguire obiettivi specifici. Inoltre gli elementi di social gamification, inseriti in un contesto di utenti multipli, consentono il confronto sociale e connettono i giocatori per sostenersi a vicenda e lavorare verso un obiettivo comune (Krath et al., 2021).

In ambito scolastico i serious game possono determinare la diffusione di strategie didattiche innovative e sviluppare saperi sia teorici che pratici (Wouters, 2009) motivando gli studenti all'apprendimento. I serious game disponibili sul mercato sono molti e la letteratura sta dimostrando in modo incrementale la loro efficacia. I settori di applicazione sono diversi tra loro: dalla scuola alle organizzazioni pubblico-private e dalle università alle associazioni socio-culturali.

I giochi seri affondano le loro radici teoriche nel movimento socio-culturale del costruzionismo: se si impara facendo, attraverso gli artefatti, bambini e adulti acquisiscono conoscenze in modo più profondo e stabile, quindi se i discenti hanno la possibilità di esplorare, provare e manipolare, il processo di apprendimento migliora. Si passa cioè dall'essere "consumatori" di informazioni a "produttori" di conoscenza.

L'impatto tecnologico dei serious game ha un va-



lore elevato in quanto promuovono anche abilità informatiche e digitali passando attraverso il pensiero computazionale, la risoluzione dei problemi e il lavoro di squadra (Sobrinho et al., 2020) in linea con gli obiettivi dell'*Agenda 2030*. Un'altra possibile strada percorribile è l'applicazione di giochi digitali finalizzati all'acquisizione delle abilità di lettura della lingua inglese, capacità spesso carenti negli studenti (Hanandeh et al., 2022).

New Horizon game invece è stato pensato per risolvere o ridurre le difficoltà relazionali e comunicative dei bambini con ASD. Il gioco infatti favorisce l'empowerment e la riduzione dell'ansia e dello stress nei bambini e nei loro genitori (Calier et al., 2020). La review di Kokol e colleghi (2020) ha dimostrato che i serious game possono supportare i trattamenti standard del disturbo dello sviluppo. Sono mersi benefici per quanto riguarda la riduzione dell'ansia, la regolazione dello stress, il riconoscimento delle emozioni e la riabilitazione motoria.

Nel contesto universitario i giochi seri digitali sono stati di recente introdotti per l'insegnamento in Corsi di Laurea di tipo sanitario come Medica e Infermieristica, *Visualization Studio Sim* ne è un esempio: il gioco tridimensionale media conoscenze circa l'anatomia del cranio, utilizzando ricompense come strumento per motivare efficacemente all'apprendimento (Dall et al., 2020).

Dias e colleghi (2016), invece, hanno realizzato il serious game *Ojogo*, sul tema "alimentazione sana ed esercizio fisico", per la promozione della salute e il contrasto dell'obesità infantile. La valutazione del gioco ha dimostrato la sua efficacia e la possibilità di insegnare divertendo.

La letteratura recente sta puntando ad un nuovo tipo di serious game digitale: i serious virtual reality game. Questa versione si caratterizza per l'immersione dell'utente nella realtà

virtuale: il soggetto sente di essere incarnato e quindi di "esistere" all'interno dell'ambiente virtuale (processi definiti body ownership e self-location). È stato dimostrato che l'interazione tra mente umana e realtà virtuale migliora le funzioni cognitive, riduce i sintomi neuropsicologici (Liao et al., 2020), promuove sensazioni positive in associazione alle terapie mediche favorendo la gestione del dolore e la riduzione dello stress e dell'ansia (Van Ooteghem & Gets, 2019), ed influenzi positivamente lo sviluppo dell'empatia (Schutte & Stilinovic, 2017), e del Sé (Howard, 2019). Kim et al. (2018) hanno studiato gli effetti di un serious game per soggetti con cancro al seno e con depressione, da lieve a moderata, utilizzando il neuroimaging funzionale. Ai partecipanti del gruppo sperimentale "Game" è stato chiesto di giocare a "Hit the Cancer", invece i partecipanti del gruppo di controllo "Nongame" hanno ricevuto le cure consuete. Sono emerse delle variazioni della connettività funzionale (FC): il gruppo "Game" ha mostrato una diminuzione della FC post-intervento tra la corteccia cingolata posteriore destra (PCC) del default mode network (DMN) e l'insula destra. Il correlato comportamentale ed emotivo si è caratterizzato con un miglioramento dei punteggi nella Beck Depression Inventory. *GameChange* veicola una terapia per le persone con psicosi per ridurre i sintomi positivi e negativi (Freeman et al., 2022). *You & I* è un gioco per supportare le capacità di mentalizzazione e regolazione dello stress negli adulti con disabilità intellettiva da lieve a borderline (Derks et al., 2021).

CONCLUSIONI

Della presente reflection review emerge che le tecnologie abbiano la potenzialità di abbattere o ridurre le difficoltà psico-sociali, le barriere ambientali e le compromissioni cognitive e motorie. I serious game, le piattaforme online e la robotica educativa sono solo alcune delle applicazioni della trasmedialità nel contesto educativo e sanitario che permettono di costruire apprendimenti



divertendo. Le applicazioni della tecnologia offrono a medici, educatori, insegnanti, psicologi e sanitari nuovi modi per interagire, lavorare, insegnare e riabilitare risultando utili strumenti per la promozione del benessere della persona e il miglioramento della qualità della vita.

La RAAT, per esempio, sta generando risultati promettenti sia nel settore sanitario che nel contesto scolastico in quanto media non solo l'acquisizione di soft skills ma anche di conoscenze di tipo curricolare. I robot educativi dovrebbero quindi essere integrati negli ambienti di apprendimento per assicurare insegnamenti efficaci e divertenti, e lo sviluppo di una classe-comunità in cui tutti gli studenti vivano in armonia. L'accesso ai mondi virtuali ad alta immersione cambia il modo in cui si percepisce, si

pensa, si risolvono problemi e si svolgono determinate attività o compiti. Con l'introduzione dei serious virtual reality games in ambito psico-educativo è possibile fornire in tempo reale una valutazione funzionale obiettiva e interventi efficaci personalizzati.

Sebbene la ricerca scientifica stia avanzando, la diffusione di strumenti tecnologici, pensati per il contesto scolastico, non segue lo stesso ritmo. Nonostante l'ampia diffusione dei dispositivi tecnologici di nuova generazione e l'impegno delle scuole a dotarsene, l'impianto didattico del "faro lezione" resta sostanzialmente di tipo tradizionale e gli insegnanti continuano ad avere nei confronti delle nuove tecnologie un atteggiamento ambivalente, quando non di vera e propria avversione (Bocci et al., 2017).



Gli insegnanti non hanno un livello adeguato di conoscenze e abilità nell'uso delle tecnologie assistive e richiedono una formazione pre-servizio e in servizio per aumentare la loro conoscenza e pianificare azioni efficaci per gli studenti con disabilità (Toto & Limone, 2020b).

Si auspica che le pratiche educative innovative si diffondano al fine di sviluppare l'empowerment precoce delle persone con disabilità, disturbi o difficoltà. L'obiettivo è permettere che il ritmo dello sviluppo dei discenti neurodivergenti possa affiancarsi a quello normotipico riducendo le limitazioni psicologiche, cognitive e fisiche e sociali, e di potenziare le capacità individuali già possedute.

Quanto affermato non supporta l'idea che la normalità sia un valore ma che lo sviluppo di competenze multiple sia un equipaggiamento utile a condurre una vita adattiva che realizzi il potenziale della persona a prescindere dalle aspettative di normalità.

BIBLIOGRAFIA

- Altrudi, S. (2021). Connecting to nature through tech? The case of the iNaturalist app. *Convergence*, 27(1), 124-141.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bharatharaj, J., Huang, L., Al-Jumaily, A., Elara, M. R., & Krägeloh, C. (2017, September). Investigating the effects of robot-assisted therapy among children with autism spectrum disorder using bio-markers. In *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 234 (1), 012017.
- Bocci, F., Guerini, I., & Marsano, M. (2017). The Apps as tools for learning to read and write. A Review. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 17(2), 225-237.
- Carlier, S., Van der Paelt, S., Ongenae, F., De Backere, F., & De Turck, F. (2020). children with ASD and their parents : design of a serious game for anxiety and stress reduction. *Sensors*, 20 (4), 966.
- Chernyak, N., & Gary, H. E. (2016). Children's cognitive and behavioral reactions to an autonomous versus controlled social robot dog. *Early Education and Development*, 27(8), 1175-1189.
- Dall, R., Abbott, D., Rea, P. M., & Varsou, O. (2020). A Serious Game on Skull Anatomy for Dental Undergraduates. *Advances in experimental medicine and biology*, 1262, 217-237. https://doi.org/10.1007/978-3-030-43961-3_10
- David D.O., Costescu C.A., Matu S., Szentagotai A., Dobrea A. (2018). Developing joint attention for children with autism in robot-enhanced therapy. *Int. J. Soc. Robot*, 10, 595-605.
- De Paolis, L. T., Aloisio, G., Celentano, M. G., Oliva, L., & Vecchio, P. (2011, March). MediaEvo project: a serious game for the edutainment. In *2011 3rd International Conference on Computer Research and Development*, 4, pp. 524-529.
- De Serio, B., & Toto, G. (2020). *Media ed emozioni. Una sfida per l'apprendimento*. FrancoAngeli.
- den Houting J. (2019). Neurodiversity: An insider's perspective. *Autism : the international journal of research and practice*, 23(2), 271-273. <https://doi.org/10.1177/1362361318820762>
- Dias, J. D., Mekaro, M. S., Cheng Lu, J. K., Ot-suka, J. L., Fonseca, L. M., & Zem-Mascanhas, S. H. (2016). Serious game development as a strategy for health promotion and tackling childhood obesity. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2759. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1015.2759>
- DiPietro J, Kelemen A, Liang Y, Sik-Lanyi C. (2019). Computer- and Robot-Assisted Therapies to Aid Social and Intellectual Functioning of Children with Autism Spectrum Disorder. *Medicina (Kaunas)*, 55(8), 440.
- Fabbro, F., Agosti, A., & Correa, E. (2017). Pratiche digitali nella scuola primaria: il bambino è protagonista?. *Form@re*, 17(1).

- Fage, C., Consel, C., Etchegoyhen, K., Ame-stoy, A., Bouvard, M., Mazon, C., & Sauzéon, H. (2019). An emotion regulation piattaforma for school inclusion of children with ASD: Design principles and evaluation. *Computers and Education*, 131, 1–21. doi:10.1016/j.compedu.2018.12.003
- Griffith, S. F., Hagan, M. B., Heymann, P., Heflin, B. H., & Bagner, D. M. (2020). Apps As Learning Tools: A Systematic Review. *Pediatrics*, 145(1), e20191579. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1579>
- Hanandeh, A., Abdullah, Z., & Harun, J. (2022). The effects of serious games and blended learning on students' achievement in reading doi:10.1007/978-3-030-82616-1_24 Retrieved from www.scopus.com
- Hirsh-Pasek, K., Zosh, J. M., Golinkoff, R. M., Gray, J. H., Robb, M. B., & Kaufman, J. (2015). Putting education in "educational" apps: lessons from the science of learning. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, 16(1), 3–34. <https://doi.org/10.1177/1529100615569721>
- Huskens, B., Palmen, A., Van der Werff, M., Lourens, T., & Barakova, E. (2015). Improving collaborative play between children with autism spectrum disorders and their siblings: The effectiveness of a robot-mediated intervention based on Lego® therapy. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3746–3755.
- ISTAT (2020). *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità* – A.S. 2019/2020, 9 Dicembre 2020. <https://www.istat.it/it/files/2020/12/Report-alunni-con-disabilit%C3%A0.pdf>
- Kim, S., Hirokawa, M., Matsuda, S., Funahashi, A., & Suzuki, K. (2021). Smiles as a Signal of Prosocial Behaviors Toward the Robot in the Therapeutic Setting for Children With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in robotics and AI*, 8, 599755.
- Kokol, P., Vošner, H. B., Završnik, J., Vermeulen, J., Shohieb, S., & Peinemann, F. (2020). Serious Game-based Intervention for Children with Developmental Disabilities. *Current pediatric reviews*, 16(1), 26–32. <https://doi.org/10.2174/1573396315666190808115238>
- Krath, J., Schürmann, L., & von Korflesch, H. F. O. (2021). Revealing the theoretical basis of gamification: A systematic review and analysis of theory in research on gamification, serious games and game-based learning. *Computers in Human Behavior*, 125. doi:10.1016/j.chb.2021.106963
- Montes-Leon, H., Hijon-Neira, R., Perez-Marin, D., & Leon, S. R. M. (2019). Improving programming learning on high school students through educative apps. Paper presented at the 2019 *International Symposium on Computers in Education SII*. doi:10.1109/SII48397.2019.8970112 Retrieved from www.scopus.com
- Orji, R., Mandryk, R. L., & Vassileva, J. (2017). Improving the efficacy of games for change using personalization models. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 24(5), 1–22.
- Peconio G., Doronzo F., Guarini P., (2021). Inclusive transmedia learning environments: the effects of Distance Learning on students with Learning Disorders and Special Educational Needs. *IUL research*, 2.
- Saadatzi MN, Pennington RC, Welch KC, Graham JH J, (2018). Small-Group Technology-Assisted Instruction: Virtual Teacher and Robot Peer for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Autism Dev Disord*, 48 (11), 3816–3830.
- Schadenberg, B. R., Reidsma, D., Heylen, D., & Evers, V. (2020). Differences in Spontaneous Interactions of Autistic Children in an Interaction With an Adult and Humanoid Robot. *Frontiers in robotics and AI*, 7, 28.
- Schez-Sobrino, S., Vallejo, D., Glez-Morcillo, C., Redondo, MA, & Castro-Schez, JJ (2020). Robotic: A serious game based on augmented reality for learning programming. *Multimedia Tools and Applications*, 79 (45), 34079–34099.
- Semeraro C, Coppola G, Cassibba R, Lucan-



geli D (2019). Teaching of cursive writing in the first year of primary school: Effect on reading and writing skills. *PLOS ONE* 14(2), e0209978.

- Small, G. W., Lee, J., Kaufman, A., Jalil, J., Sid-darth, P., Gaddipati, H., Moody, T. D., & Bo-okheimer, S. Y. (2020). Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(2), 179–187. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall>
- Srinivasan SM, Eigsti IM, Neelly L, (2016). The effects of embodied rhythm and robotic interventions on the spontaneous and responsive social attention patterns of children with Autism Spectrum Disorder (ASD): A pilot randomized controlled trial. *Bhat AN Res Autism Spectr Disord*, 27, 54–72.
- Toto, G. A. (2019). Effects and consequences of media technology on learning and innovative educational strategies. *Online journal of communication and media technologies*, 9(1), 1–11.
- Toto, G. A., & Limone, P. (2020). Effectiveness and Application of Assisted Technology in Italian Special Psycho-Education: A Pilot Study. *Journal of e-Learning and Higher Education*, 2020. DOI : 10.5171/2020.177729.
- Toto, G. A., & Limone, P. (2020a). Hybrid digital learning environments for college student education. In *Second Symposium on Psychology-Based Technologies Psychology-Based Technologies PSYCHOBIT 2020*, 1–8. Ceur.
- Walker, N (2012) Buttiamo via gli strumenti del maestro: liberarci dal paradigma della patologia . In: Bascom, J (a cura di) *Loud Hands. Autistic People, Speaking*. Washington, DC: The autistic Press, pp. 225 - 237.
- Wouters, P., Van der Spek, E. D., & Van Oostendorp, H. (2009). *Current practices in serious game research: A review from a learning outco-*

mes perspective. *Games-based learning advancements for multi-sensory human computer interfaces: techniques and effective practices*, Igi Global, 232-250.

- Xie, H., Peng, J., Qin, M., Huang, X., Tian, F., & Zhou, Z. (2018). Can Touchscreen Devices be Used to Facilitate Young Children's Learning? A Meta-Analysis of Touchscreen Learning Effect. *Frontiers in psychology*, 9, 2580. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02580>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International journal of cardiology*, 293, 294–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Dienlin, T., & Johannes, N. (2020). The impact of digital technology use on adolescent well-being. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(2), 135–142. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/tdienlin>
- Waytz, A., & Gray, K. (2018). Does Online Technology Make Us More or Less Sociable? A Preliminary Review and Call for Research. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 13(4), 473–491. <https://doi.org/10.1177/1745691617746509>
- Moresi, Eduardo Amadeu Dutra, Amira Maythé Ruiz Y. Guayabeiros VÁSQUEZ, LIMA Daniel da Cunha, Gabriel Nunes REYNOSO, Guilherme Maxwell Pereira da SILVA, Maurício Pereira BORGES JÚNIOR, Jair Alves BARBOSA e Mário de Oliveira BRAGA FILHO. "Tecnologia assistiva e autismo". In *Memorias de la Octava Conferencia Iberoamericana de Complejidad, Informatica e Cibernética (CICIC 2018)*. Disponible in: <http://www.iiis.org/CDs2018/CD2018Spring/papers/CB032HE.pdf>. 2018.
- Giampaolo, M. (2019). Metodologie basate sul gioco. Apprendimento attivo per lo sviluppo professionale. *Pratiche educative riflessive*, 2, 5–18.
- Liao Y.Y., Tseng H.Y., Lin Y.J., Wang C.J., Hsu W.C. (2020). Using virtual reality-based training to improve cognitive function, instrumental activities of daily living and neural efficiency in older adults with mild cognitive impairment. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 56, 47–57. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05899-4.
- Van Ooteghem G., Geets X. (2019). Virtual reality animations, a new strategy to reduce patients' anxiety induced by radiotherapy. *Radiother. Oncol.* 133, S280. doi: 10.1016/S0167-8140(19)30952-1.
- Schutte N.S., Stilić E.J. (2017). Facilitating empathy through virtual reality. *Motiv. Emot.* 41, 708–712. doi: 10.1007/s11031-017-9641-7.
- Howard M.C. (2019). Virtual reality interventions for personal development: A meta-analysis of hardware and software. *Hum. Comput. Interact.* 34, 205–239. doi: 10.1080/07370024.2018.1469408
- Kim, H. H., An, J. I., & Park, Y. R. (2021). A Prediction Model for Detecting Developmental Disabilities in Preschool-Age Children Through Digital Biomarker-Driven Deep Learning in Serious Games: Development Study. *JMIR serious games*, 9(2), e23130. <https://doi.org/10.2196/23130>
- Freeman, D., Lambe, S., Kabir, T., Petit, A., Rosebrock, L., Yu, L. M., ... & West, J. (2022). Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): a multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 375–388.
- Derks, S., Willemen, A. M., Wouda, M., Meekel, M., & Sterkenburg, P. S. (2021). The co-creation design process of 'You & I': A serious game to support mentalizing and stress-regulating abilities in adults with mild to borderline intellectual disabilities. *Behaviour and Information Technology*, doi:10.1080/0144929X.2021.1968034.

SITOGRAFIA

- <https://www.gamesforchange.org/game/sweatshop/>



COME FARE A SAPERE DI ESSERE NEL BENE SE NEL BENE NON SI CREDE

Filiberto Petracca
Psicologo

RIASSUNTO

In questo testo l'autore si interroga sulla posizione etica dello psicologo all'interno della relazione terapeutica. Lo psicologo, da sempre forte nel suo apparato tecnico veritativo e scientifico è invitato a dubitare di se stesso in quelle occasioni in cui orfano di dogma, è inesorabilmente convocato nella relazione a due: paziente/terapeuta. In questa particolare condizione inclinata dell'esserCi per l'altro nell'ambito della professione di psicologo terapeuta, ogni individuo psicologo è destinato inconsciamente ad emergere con la sua storia, la sua persona e se non consapevole corre il rischio di

approdare a scenari educativi, pedagogici, ed emettere giudizi.

L'autore è convinto che il fine ultimo di una terapia, il Bene, come dichiarato dalla deontologia di professione, viene sempre frainteso. In questo testo infatti si pone in questione anche la natura non ontologica del Bene. Si parla infatti di un Bene umano e soggettivo.

Alla luce di questo esercizio di smantellamento, si tenta quindi di identificare una pratica dove, dato l'incontro di due persone e la loro interazione profonda e inconscia, lo psicologo si sforza di

diventare consapevole di essere anch'egli individuo storico inconsapevole di un Bene oggettivo e ideale, al di là delle proprie idee. Lo psicologo ha come unico punto di partenza il considerarsi un "assassino" come l'Abramo del racconto biblico che viene menzionato nel testo a titolo di paradosso etico.

PAROLE CHIAVE

Etica, deontologia, relazione terapeutica, controtransfert, benessere.

Le parole che seguono sono frutto di una riflessione iniziata da tempo e che mi rendo conto, per sua stessa natura, non potrà avere mai fine. Per tanto, questo testo è da considerarsi un punto di partenza, un approccio alla questione, un personale discorso sul metodo.

Presupposto primo è che nella nostra professio-

ne, oggi finalmente riconosciuta come sanitaria, parlare del bene e del benessere è un punto cardine. Il paziente arriva da noi per stare meglio.

L'articolo 3 del nostro codice deontologico italiano riporta testualmente: «Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il **benessere** psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità.», e ancora: «Lo psicologo è **consapevole** della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza», «Lo psicologo è **responsabile** dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze.».





Mi sono preso la libertà di mettere in grassetto le tre parole: “*benessere*”, “*consapevole*” e “*responsabile*” sopra riportate perché sono tre termini che visti più da vicino potrebbero essere carichi di ambiguità. Un’ambiguità che si gioca tutta sul versante del nostro ruolo e dalla nostra posizione terapeutica, potenziale promulgatrice di cambiamento ed eventuale Benessere. Allora la mia domanda è questa: come possiamo essere sicuri di agire nel Bene, per il Benessere, e il benessere del paziente?

Dato il poco spazio a noi a disposizione dovremo saltare moltissimi passaggi e tradurre bruscamente i due termini: **responsabile** come *cosciente del proprio compito*, in parte risolvibile aderendo ai regolamenti legati alla nostra professione, formazione e il codice deontologico; **consapevole**, invece, traducibile come *consapevole di sé* e aggiungerei dei propri limiti, è un chiaro richiamo alla conoscenza di sé, e se vogliamo risolvibile nei limiti con una analisi personale. Già queste due definizioni non convinceranno molti, e ammetto che data la brevità anche per me sono enormemente sbrigative.

Ma una più profonda ambiguità però, dal mio punto di vista, si gioca tutta sul termine **Benes-**

sere e chiaramene il nostro modo di rapportarci ad esso. Che cos’è il Benessere? Cos’è il Bene per noi terapeuti durante il nostro lavoro? Questo è ciò di cui parliamo.

Sono convinto che in un certo modo ognuno di noi detenga dentro di sé l’idea del Benessere, di ciò che è Bene. Non è difficile infatti dedurre, proprio durante un colloquio, una definizione di Benessere in quei casi magari estremi in cui è evidente il suo contrario, il Malessere. Un Malessere che si manifesta, però, non sempre coincide con il Malessere denunciato dal paziente. E già questo ci dovrebbe far pensare. Ma ancora di più, immaginando un contesto più sfumato, e decisamente più umano dei nostri pazienti, è sempre valida l’idea che un certo Benessere/ Malessere non sia sempre così evidente e individuabile, e a volte capita che possa sfuggire agli occhi nostri e/o addirittura agli occhi dei nostri pazienti stessi.

Il Benessere implica un concetto, un’idea, e di conseguenza il suo contrario, come dicevamo, il Malessere. Ora, il Benessere è parente al Bene e il Malessere al Male. Il Bene è giusto, il Male è sbagliato. Deduzioni quasi aritmetiche ci portano alla più semplice conclusione: Be-



nessere è giusto, Malessere è sbagliato. Questo, per dire che, per naturale sintesi umana, siamo portati a crearci un'idea dentro di noi di ciò che è buono, giusto e ciò che chiaramente non lo è. Creiamo una categoria e a quella *decidiamo* di aderire. E questo lo facciamo tutti. Si creano insomma dentro di noi dei valori dai quali è molto difficile sottrarsi. E qui non basta un'attenta analisi su di sé, della nostra funzione terapeutica e la deontologia. Molti nostri parametri sono completamente connaturati alla nostra consapevolezza di noi stessi, in altre parole fanno così intimamente parte di ciò che siamo che non riusciamo a distinguerli, o se vogliamo, possiamo anche dire che sono sotterranei e inconsci.

In fondo, come dicevo prima, tutti sappiamo rispondere alla domanda: "Che cosa è il Bene?". Questo rapporto con il Bene/Male tuttavia, se troppo rigido, se ci crediamo troppo, ci pone nella condizione di giudizio. A volte siamo in grado di accorgercene, ma negli aspetti più profondi di certo no. Non dimentichiamo che l'incontro con l'altro smuove sempre qualcosa dentro di noi. E questo incontro avviene sulle linee di confine dei nostri valori consci e consapevoli, ma soprattutto ad un livello inconscio.

Alcuni di noi possono sentirsi al sicuro, certi di detenere il Bene, proprio perché siamo nella condizione di vantaggio. Noi siamo i Terapeuti, i tecnici detentori del sapere, e i pazienti infondo si aspettano nella maniera più genuina che noi sappiamo cosa sia il Bene/Male, ma troppo spesso questa nostra già difficile posizione terapeutica viene da noi fraintesa come un saper Essere, o peggio ancora essere migliori di e avere le risposte.

Ora, sfioriamo anche i concetti di Morale ed Etica. La morale è un valore personale, di costume, delle volte può essere un'ideale di tipo sociale, religioso e politico, ma anche semplicemente familiare. Questo, in un mondo condiviso, è un

patto fra uomini, un patto di convivenza che ci dice formalmente cosa è bene e cosa no, cosa è giusto e cosa è sbagliato. In una comunità decidiamo insieme cosa è Bene e cosa è Male. Questa è la Morale. Ma quando ci domandiamo il perché di un valore, proprio al di là del bene e del male la nostra domanda diventa Etica. Questa è una sponda da cui affacciarci, il primo passo e domanda da porsi diviene: "perché questa cosa è bene?".

Ripetendomi, nel momento in cui istituimo una cosa si genera automaticamente il suo contrario. Se definiamo il Bene quindi lo facciamo attraverso il Male. Assolutizzando abbiamo una cosa ed esattamente il suo contrario. Evidentemente ai limiti dell'assoluto le cose funzionano bene. Ma niente è assoluto o fuori da un contesto. E questo è un secondo punto da tenere a mente. Nella quotidianità tutto è sfumato.

Torniamo a noi.

Nella nostra posizione di psicologi, di psicoterapeuti e a volte di analisti, chiaramente, i manuali diagnostici ci dicono cosa è il disturbo che genera Malessere e quindi il suo contrario, il Benessere. Il codice deontologico invece ci dice come fare nel dovere del nostro lavoro per non sbagliare formalmente oltrepassando il nostro ruolo. Ma come fare in quelle circostanze in cui il nostro punto di vista differisce da quello del paziente? Come fare quando non siamo concordi con il paziente su ciò che è il Benessere stesso, o su ciò che per lui dovrebbe essere un bene? In questi casi, come si sta nella relazione con il paziente?

Quest'ultima domanda pone il terzo passaggio attraverso il dubbio, come se ponessimo come punto di incontro, non solo l'ipotesi che ciò che per me è Bene, per te non è detto lo sia, ma proprio questa differenza pone le basi della differenziazione fondamentale tra l'Io terapeuta e il Tu paziente. Troppo spesso infatti incontriamo pazienti tutti uguali, clonati dalle proiezioni dei terapeuti.



Non è mai abbastanza ricordarsi costantemente che il Benessere, così come ogni cosa da noi pensata, non è una cosa, una cosa statica, un ente immobile al quale rapportarci, un assoluto. Lo diventa piuttosto nel contesto di condivisione, in un Generale, quando ne parliamo con altri, e lì scegliamo come rapportarci. Ma in questo caso scegliamo i parametri del Bene e del Male, è una posizione presa in più persone. L'assoluto si trasforma quindi nell'esplicitare la nostra posizione.

Ma nel momento in cui siamo soli con il nostro paziente, fuori da un contesto condiviso fra pari, nell'asimmetria del colloquio, possiamo sperare in un'idea di Bene condivisa da noi e il paziente, e a volte, in superficie, sembra bastare. Ma, più in profondità dobbiamo tenere a mente che il Benessere, o qualsiasi altro concetto è solo nostro, attraversato dalla nostra stessa esperienza e vita, siamo individui e individuali. E mi ripeto ancora una volta dicendo che non è sempre detto che ciò che per me è Bene lo sia per l'altro.

Una posizione di assenza di giudizio e di purezza, tiene a bada la nostra neutralità di superficie, ma assodato questo, ripeto, molto o quasi tutto rimane sotterraneo e si muove negli ambienti inconsci del transfert/contro-transfert.

Per spiegarci meglio, ci sono pazienti con cui la nostra purezza formale viene messa alla prova, pazienti il cui stile di vita è molto distante dal nostro, pazienti con diversi principi morali, etnici o religiosi, pazienti insomma che provocano delle volte in noi quegli aspetti collusivi o addirittura pedagogici, pazienti che solo per come sono, sembrano invitarci al giudizio. E il nostro giudizio, pensiero, non è detto che debba essere espresso a parole, a volte straripa in maniera sotterranea negli aspetti sopracitati contro-transferali, e modifica silenziosamente la nostra posizione. Tutto questo, dal mio punto di vista, succede sempre e intacca la nostra purezza, imparzialità, e distorce inconsciamente

il nostro lavoro con il paziente, anche quando il paziente ci piace e detiene un concetto di Bene vicino al nostro.

Posta in questi termini, in queste righe, sembra che ci si ritrovi di fronte ad un bivio, scegliere per lui, scegliere per noi. Per molti, a parole, la risposta è facile. Per moltissimi però la posizione terapeutica da noi assunta assorbe tutto questo in maniera silenziosa modificando e a volte deragliando verso la pedagogia il nostro intervento e ad una presunta migliore conoscenza del Benessere da noi detenuta. E questo portato agli estremi confini ci ricorda addirittura il "*potere psichiatrico*" elaborato da Foucault.

A questo punto, arrivando al dunque, un suggerimento ci arriva dall'episodio al limite di Abramo e Isacco, ma più nello specifico nella rilettura che ne fa Kierkegaard. Il dubbio di Abramo nell'atto di sacrificare suo figlio Isacco è l'esatto punto in cui noi ci troviamo di fronte al nostro paziente, chiaramente più facile ed evidente di fronte alle grandi divergenze Bene/Male. Abramo è fortunato perché crede in Dio, e alcuni di noi nel codice, nella propria dottrina, nel proprio pensiero, ma Abramo pur essendo un credente è comunque paralizzato dal suo dubbio. In questo racconto biblico, Abramo trova conforto e soluzione affidandosi a Dio, sospende il giudizio personale e incorpora in Dio e nel suo detenere le regole del Bene/Male il giudizio di ciò che è giusto fare. Abramo sceglie per Dio, attraverso Dio, e mentre sta per uccidere Isacco, la mano di un angelo inviato da Dio stesso lo ferma un istante prima.

Aderire alle regole della nostra formazione e credere dogmaticamente ci dona la libertà di non commettere errori, di affidare il Bene ad un terzo altro, fuori dalla nostra seduta. Ma non sempre le regole ci bastano. Noi, intimamente, dove siamo?

Chi non prova una fede, chi non si riconosce in maniera totalizzante nella propria corrente dog-



matica, chi criticamente si pone, è costretto, come suggerisce Kierkegaard, a rispecchiarsi in se stesso, è costretto dunque ad emergere, a venir fuori. E salvo rari casi, credo che pochissimi di noi intimamente riescano ad aderire ciecamente ad una corrente specialistica, ad una fede.

Anche i più *religiosi*, in alcune occasioni, sono destinati, chiamati a venire fuori, a fare i conti con se stessi e di conseguenza con lo psicologo che siamo. Possiamo cercare di ignorarlo, ma siamo sempre inesorabilmente convocati nella relazione.

Questo chiaramente non vuol dire fare come ci pare, fare esperimenti sui pazienti, scavalcare una morale di base o semplicemente essere senza regole. L'invito è piuttosto quello di mantenere una costante riflessione su noi stessi e su ciò che accade durante un colloquio, rimanere sempre in bilico in un dubbio funzionale.

Un altro passaggio da ricordare durante i nostri colloqui è che Esserci non significa essere semplicemente presenti e vestiti dal dogma, ma è prima di tutto un appartenere a quella *"totalità strumentale che è il mondo"*, l'essere per l'altro, il co-esserci. Dopo tutto siamo sempre uno *strumento* sempre in funzione di qualcos'altro. Un singolo proiettato nel generale. Il dubbio funzionale al servizio dell'oscillazione singolo/generale, l'io e l'Altro.

Nel venir fuori, specificando ancora, non si parla di una distinzione fra un *Io* in contrapposizione all'*Altro*, che ricordiamo nel nostro caso può essere la morale del paziente, il metodo di lavoro, l'ordinamento. Il singolo di cui parlo nell'emergere è il Noi operatori in una seduta con il nostro paziente, il Noi individuo che diventiamo l'Individuo etico, a patto solo se manteniamo il nostro Telos nel Generale, in un Benessere, cioè, condiviso e sempre rimodulato fra noi, il paziente, e il mondo



fuori dal setting. Il nostro compito si trova quindi a cavallo fra l'individuo singolo proiettato verso il Generale e il Generale che diviene contenitore oscillante di Benessere. Un Generale che non è riducibile al bene comune della morale. Tutto questo non è riducibile ad una media fra me e il paziente, un mettersi d'accordo, perché ricordo sempre che tutto questo avviene normalmente in un modo profondo, inconsapevole e inconscio.

Così, il nostro compito diviene dissolvere la nostra individualità nel Generale, pur mantenendo una costante percezione di noi stessi. Un pendolo che oscilla tra l'Io terapeuta e il Tu paziente, e anche tra il Tu paziente e il Voi mondo in un Generale più esteso. Quando rivendichiamo la nostra individualità, quando sappiamo cos'è il Bene, poniamo in secondo piano il paziente e il suo bene diventa il nostro bene proiettato su di lui. Qui pecchiamo e il paziente diventa un mezzo e non un fine.

Forse ora, il venire fuori di qualche riga più su risulta essere più chiaro, e il soggettivarsi etico diviene quasi uno scomparire dell'Io individuo. Mi trovo d'accordo con Kierkegaard pensando che ogni volta che l'individuo, dopo essere entrato nel Generale, si sente portato a rivendicare la sua individualità, entra in una crisi dalla quale si libera solo col pentimento, abbandonandosi come individuo nel Generale.

«Abramo deve amare Isacco con tutta l'anima, e solo allora può sacrificarlo. Perché è il suo amore per Isacco che nella sua paradossale opposizione all'amore che egli ha verso dio, fa del suo atto un sacrificio. Ma la sofferenza e l'angoscia del paradosso fanno sì che Abramo non può assolutamente farsi comprendere dagli uomini. Egli sacrifica Isacco solo nel momento in cui il suo atto è in contraddizione assoluta con il suo sentimento, tuttavia egli appartiene al generale con la realtà della sua azione e in questa sfera egli è e resta un assassino.» (Kierkegaard, 1999, p. 85)

Dopotutto Abramo è un assassino e vale la pena non dimenticarlo. Solo quando Abramo si macchia del delitto, l'angelo ferma la sua mano. Ma Abramo ha Dio, la Legge, e ad alcuni di noi non basta, o comunque è sempre un bene ricordarsi che la legge, la regola, non è divina e assoluta. La Regola può proteggerci sul piano legale e formale, ma non può proteggerci dall'incontro con l'Altro. E solo se mi considero quell'"assassino" che sceglie e che si espone, un assassino senza Dio, un peccatore, uomo e persona proprio come il paziente, riesco a sfiorare per un brevissimo attimo il Bene e il giusto. Un attimo che in contrapposizione alla purezza rassicurante della regola divina, e alla peccaminosa presenza soggettiva nell'individuale, oscillando, ci può rendere *co-esistente* con la persona che abbiamo di fronte solo a patto di scomparire nel Generale. Questo è l'ultimo punto attraverso cui passare. E se ci stiamo ancora chiedendo cosa si intende per Generale, qui, nel nostro caso è il patto implicito che ci lega, attraverso una prospettiva di Benessere, al nostro lavoro con i nostri pazienti.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Arendt, H. (2015). *Alcune questioni di filosofia morale*. Torino: Giulio Einaudi.
- Boella, L. (2012). *Il coraggio dell'etica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foucault, M. (1998). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: RCS Libri S.p.a..
- Gadamer, H-G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gius, E., & Zamperini, A. (1995). *Etica e psicologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Heidegger, M. (2006). *Essere e tempo*. Milano: Arnoldo Mondadori S.p.a..
- Kierkegaard, S. (1999). *Timore e tremore*. Milano: Se S.r.l..
- Sartre, J-P. (2011). *La trascendenza dell'ego*. Milano: Christian Marinotti Edizioni S.r.l..
- Ventavoli, G. (2013). *Etica ed estetica per la psicoanalisi*. Roma: Armando Editore.
- Zoja, L. (2011). *Al di là delle intenzioni. Etica e analisi*. Torino: Bollati Boringhieri.



I DISTURBI ALIMENTARI NELLA POPOLAZIONE LGBTQIA+

Rosa Claudia Altieri

Dott.ssa in Psicologia Clinica, Master
in Sessuologia Clinica, Consulente in
Sessualità Tipica e Atipica, Tutor DSA

RIASSUNTO

Il contributo indaga la correlazione tra i Disturbi Alimentari e l'orientamento sessuale e/o identità di genere alla luce dell'elevata prevalenza di tali disturbi nella popolazione LGBTQIA+, come evidenziato dalla letteratura esistente.

A partire dalle principali teorie sul graduale processo di scoperta, accettazione ed integrazione di un'identità sessuale non-normata all'interno della più ampia rappresentazione identitaria e del concetto di Sé, verrà sottolineata l'importanza del coming out (Legate et al. 2011; Rivers, 2002) e delle risposte socio-culturali per lo sviluppo di un Sé stabile e coeso, dalla cui compromissione può derivare quella vulnerabilità strutturale di base sulla quale può incistarsi la psicopatologia alimentare (Ragins, 2004).

L'autrice evidenzia come il nucleo di quel Sé emergente venga precocemente influenzato dalla qualità della relazione diadica con le primarie figure di accudimento e come la presenza di un contesto familiare invalidante e non supportivo possa determinare un attaccamento insicuro, ponendo le basi per lo sviluppo di un disturbo alimentare come mezzo disadattivo di regolazione affettiva.

Integrando i presupposti della Teoria dell'Attaccamento e della Psicologia del Sé, l'autrice si propone di delineare come le frequenti esperienze empatiche fallimentari e le più esplicite reazioni negative di fronte a un'identità non etero-cis-normativa, possano essere considerate forme peculiari di invalidazione genitoriale tali da compromettere la costruzione di una "base sicura" (Bowlby, 1989; Ainsworth, 1967, 1989) e



lo sviluppo di una sana autostima, predisponendo il soggetto al rischio di sviluppare un disturbo alimentare al fine di soddisfare i propri bisogni arcaici di riconoscimento, rispecchiamento e validazione.

PAROLE CHIAVE

LGBTQIA+, Disturbi Alimentari, Invalidazione del Sé.

L'INVALIDAZIONE DEL SÉ: I DISTURBI ALIMENTARI COME ASSENZA DI RICONOSCIMENTO

A partire dalle teorizzazioni di Bruch, la letteratura ha frequentemente ricondotto i Disturbi Alimentari (DA) a problemi identitari e, in particolare, ad un fallimento nel processo di sviluppo di un insieme di diversi domini di definizione del Sé, in modo sufficientemente stabile e coeso, all'interno di un'unica identità complessiva integrata (Bruch, 1981, 1982; Stein & Corte, 2007; Verschueren et al., 2016; Wheeler et al., 2003).

Stein e Corte (2007) hanno definito l'identità come «un costrutto globale che si riferisce sia al processo di costruzione della definizione di sé, sia ai prodotti di questo processo, compresa la conoscenza degli attributi personali e dei ruoli sociali correlati al sé» (p.59). A sua volta Troiden (1989) definisce l'identità omosessuale «una delle diverse identità incorporate nel concetto di sé di una persona» (p.46).

Diversi autori hanno descritto il graduale processo di scoperta, accettazione ed integrazione della propria identità sessuale non etero-cis-normativa, all'interno della più ampia rappresentazione identitaria e del concetto di Sé. Di tali modelli teorici, il più frequentemente utilizzato è quello di Cass (1979) che illustra un processo stadiale attraverso il quale l'individuo acquisisce una sempre maggiore consapevolezza del proprio orientamento sessuale quale componente fondamentale e irrinunciabile del Sé. In questo senso, i DA rappresenterebbero un mezzo

attraverso cui compensare una sottesa instabilità identitaria ed evitare dolorosi vissuti correlati alla perturbazione del processo di formazione e integrazione dell'identità (Stein & Corte, 2007; Verschueren et al., 2016; Wheeler et al., 2001).

Inoltre, gli studi mostrano come un contesto infantile invalidante sia correlato ad una maggiore probabilità di sviluppare un DA o comportamenti alimentari disadattivi (Haslam, 2008; Mounthford et al., 2007). Linehan (1993) suggerisce che un ambiente invalidante è quello in cui i vissuti emotivi e gli stati interni del bambino sono ripetutamente etichettati, esplicitamente o implicitamente, come scorretti e inadeguati, così da non poter essere efficacemente identificati, elaborati e regolati (Haslam et al., 2008). La disregolazione emotiva caratteristica di bambini nati in tali contesti, deriva pertanto da risposte ambientali che impediscono al bambino di riconoscere e accettare le proprie esperienze emozionali, le quali verranno invece automaticamente invalidate dal bambino stesso, favorendo così vissuti di affettività negativa in assenza di capacità, adeguatamente acquisite dal caregiver, di tollerare il disagio (Haslam et al., 2008). L'elevata disregolazione emotiva e la difficoltà nel tollerare vissuti emozionali intensi, riscontrate frequentemente nei pazienti con DA (Haynos et al., 2015; Lavender et al., 2014; Wolz et al., 2015), possono condurre all'utilizzo di comportamenti alimentari disordinati come strumento volto a gestire il disagio esperito o a ridurre la consapevolezza delle proprie risposte emozionali (Meyer et al., 1998; van der Kolk & Fisler, 1994).

La letteratura ha inoltre riportato un elevato rischio di sperimentare forme di maltrattamento infantile, quali abusi di tipo emotivo, fisico e sessuale, tra le persone LGBTQIA+ rispetto alle persone cis-eterosessuali (Austin et al., 2008; Balsam et al., 2005, 2010; Schneeberger et al., 2014; Wilson & Widom, 2010), evidenziando in particolare come la vittimizzazione, il rifiuto e l'abuso verbale da parte delle figure genitoriali siano tra



gli abusi emotivi più comunemente sperimentati dai giovani LGBTQIA+ in seguito al coming out (Savin-Williams, 2003), seguiti da attacchi di tipo fisico (D'Augelli et al., 2005).

Il maltrattamento sui minori è stato definito come «qualsiasi atto o serie di atti di commissione o omissione da parte di un genitore o altro caregiver che si traduca in un danno, potenziale danno o minaccia di danno per un bambino» (Leeb et al., 2008, p. 11). Di conseguenza, dal momento che la natura emotivamente abusante o traumatica di un'esperienza infantile dipende fortemente dalla percezione soggettiva della stessa e da come questa impatta sul mondo interno del bambino, Brown (2008) ha sottolineato come anche all'interno di contesti familiari in cui non vi siano abusi manifesti e conclamati, quali

abusi fisici o sessuali, ripetuti commenti negativi di svalutazione e rifiuto dell'orientamento sessuale dei figli possano essere vissuti da questi ultimi come fortemente traumatici, configurandosi come importanti forme di abuso emotivo e psicologico in grado di impattare sulla futura salute psico-fisica. Infatti:

«Il Sé nucleare dell'individuo il Sé modellato dai primi pattern di attaccamento è definito sia dal modo in cui i primi oggetti genitoriali lo percepiscono sia da quello che gli negano di essere. Vale a dire, rapportandosi al bambino come se fosse "questo e quest'altro" e ignorando altri aspetti di lui come se non esistessero, i genitori "disconfermano" l'esistenza relazionale di quegli aspetti del Sé del bambino che dissociano percettivamente. Questo rende gli aspetti disconfermati non ne-



goziabili dal punto di vista relazionale, perché le esperienze soggettive che organizzano questi stati non possono essere condivise e confrontate, in maniera comunicativa, con il modo in cui appaiono nella mente dell'altro. Il punto essenziale è che la "disconferma", in quanto non negoziabile sul piano relazionale, è traumatica per definizione, e ritengo che questo spieghi buona parte di quello che definiamo trauma evolutivo o, come a volte viene chiamato, "trauma relazionale"» (Bromberg, 2012, p. 58).

L'atteggiamento e le credenze preesistenti relative all'omosessualità, che il caregiver può manifestare già precedentemente alla scoperta dell'orientamento sessuale del figlio o che possono emergere in seguito al coming out attraverso esplicite risposte di accettazione o di rifiuto, avranno inevitabili conseguenze sulla qualità della diade relazionale influenzando il livello di sicurezza e di fiducia percepito, nonché di autostima, del giovane omo-bi-sessuale (Katz-Wise et al., 2016; Mills-Koonce et al., 2018). Rispetto ai pari eterosessuali, i giovani LGBTQIA+ riportano minori livelli di vicinanza e di supporto da parte dei genitori (Pearson & Wilkinson, 2013), maggiori tassi di abuso genitoriale (Friedman et al., 2011) e un attaccamento meno sicuro (Rosario et al., 2013).

Uno stile di attaccamento insicuro con le primarie figure di accudimento, derivante dall'esperienza di un contesto familiare invalidante o di cure inadeguate, è un fattore noto in letteratura per essere correlato a diverse forme di psicopatologia, (Bosmans et al., 2010; Catanzaro, 2010; Ein-Dor et al., 2010; Gormley & McNiel, 2010) mostrando, in particolare, come questo sia strettamente correlato alla sintomatologia alimentare (Barone & Guiducci, 2009; Illing et al., 2010; Tasca et al., 2009).

Il sistema di attaccamento permette al bambino di ottenere e mantenere un senso di sicurezza e la prossimità, dapprima fisica e, nel

corso dello sviluppo, perlopiù psicologica, con le primarie figure di accudimento al fine di assicurare il soddisfacimento dei propri bisogni vitali, prima fisiologici e poi sempre più di tipo psico-affettivo.

Quando, tuttavia, le manifestazioni di tali bisogni non trovano una risposta adeguata da parte del caregiver, viene a strutturarsi un attaccamento di tipo insicuro che organizza specifiche rappresentazioni di sé e degli altri significativi, caratterizzate da una serie di aspettative, emozioni e comportamenti che verranno automaticamente attivati anche all'interno delle relazioni future (Bowlby, 1973). Tali rappresentazioni mentali durature relative al Sé, all'altro e al Sé-con-l'altro (Liotti, 2001), che originano dalle precoci esperienze relazionali a seconda della qualità delle cure esperite, sono definite Modelli Operativi Interni (MOI) e sono in grado di strutturare il mondo intrapsichico, emotivo e relazionale del soggetto in maniera piuttosto stabile nell'arco della vita, sebbene suscettibili di modificazioni determinate dalla qualità degli incontri interpersonali successivi (Bowlby, 1960).

In particolare, l'attaccamento insicuro può assumere due diverse forme. La ripetuta esperienza di figure di attaccamento incoerenti ed imprevedibili, porta il bambino a sviluppare un attaccamento insicuro di tipo *ansioso* che lo induce ad "iperattivare" il suo sistema di attaccamento al fine di incrementare le occasioni di soddisfacimento dei propri bisogni e di responsività da parte del caregiver inaffidabile. Un attaccamento insicuro di tipo *evitante*, invece, può essere il risultato di figure primarie di accudimento ripetutamente rifiutanti e percepite come irraggiungibili. Ciò induce il bambino a ritirarsi difensivamente dalla relazione, "disattivando" il proprio sistema di attaccamento al fine di evitare l'esposizione ad esperienze dolorose di rifiuto, indisponibilità ed indifferenza (Mikulincer & Shaver, 2007; Tasca et al., 2009).

I diversi stili di attaccamento sono pertanto strettamente associati a specifiche strategie, più o meno adattive, di regolazione degli affetti che permettono al bambino di far fronte ai peculiari vissuti emozionali elicitati dalle risposte del caregiver, che possono dar vita ad una loro sistematica sotto-regolazione o sovra-regolazione. Se nell'attaccamento ansioso l'iperattivazione del sistema di attaccamento intensifica l'affettività negativa, portando ad un conseguente stato di ipervigilanza alle risposte esterne e di sovra-regolazione delle emozioni esperite, poiché specificamente orientate al ripristino di uno stato di vicinanza e supporto relazionale, nell'attaccamento evitante, al contrario, la disattivazione del sistema di attaccamento conduce ad un distacco dai vissuti emozionali, al fine di ridurre il livello di consapevolezza della sofferenza esperita alienandosi dalle proprie esperienze emotive, le quali vanno incontro ad una sotto-regolazione (Shaver & Mikulincer, 2002). La capacità del caregiver di sintonizzarsi empaticamente con il bambino, di riflettere sui suoi stati interni e di rispondere efficacemente ai suoi bisogni psico-fisici, consente quindi di costruire una solida base a partire dalla quale poter sviluppare adeguate capacità di auto-regolazione affettiva, attraverso l'interiorizzazione delle capacità del caregiver di comprendere e modulare gli stati emotivi del bambino stesso (Stern, 1995).

L'importanza fondamentale dell'attaccamento nel quadro psicopatologico alimentare, è evidenziata dalla maggiore frequenza con cui gli individui con un DA riportano rappresentazioni negative delle loro relazioni di attaccamento rispetto ai soggetti di controllo (Ward et al., 2000), caratterizzate da meno amorevolezza percepita, soprattutto dalla figura materna, e maggiore rifiuto, trascuratezza ed inversione di ruoli da parte di entrambe le figure genitoriali (Barone & Guiducci, 2009). In uno studio è emerso come pazienti con anoressia nervosa condividessero con le loro madri un attacca-

mento insicuro-evitante e uno scarso "funzionamento riflessivo" (Ward et al. 2001), ovvero la capacità di inferire gli stati mentali altrui (Schmidt & Treasure, 2006).

Tuttavia, sebbene siano stati spesso studiati in associazione e talvolta utilizzati come costrutti sovrapposti, il concetto di "invalidazione" fa riferimento ad un fenomeno specifico e differente dal grado di freddezza, rifiuto o controllo delle figure genitoriali. Infatti, Linehan (1993) definisce l'ambiente invalidante «quello in cui la comunicazione delle esperienze private incontra risposte erratiche, inappropriate ed estreme... l'espressione delle esperienze private non è validata; viene invece spesso punita e/o banalizzata» (pag. 49).

Di conseguenza, l'invalidazione genitoriale fa riferimento nello specifico al grado di sintonizzazione, comprensione empatica e riconoscimento del vissuto interno del bambino, piuttosto che al più generico stile genitoriale e alle relative caratteristiche emotive e comportamentali (Huxley & Bizumic, 2016). Il focus è quindi spostato sull'esperienza interna del bambino, che può essere più o meno riconosciuta e validata dal caregiver, piuttosto che sulle modalità tipiche di espressione emotiva e comportamentale del genitore. Tali componenti devono quindi essere considerate singolarmente, poiché gli aspetti emotivi, comportamentali e relazionali dell'interazione diadica con le figure di attaccamento possono combinarsi in modo diverso e peculiare, influenzando differentemente il benessere dei figli. Pertanto, uno stile genitoriale generalmente caldo e coinvolgente potrebbe, tuttavia, dar vita ad un contesto invalidante nel momento in cui il caregiver si confronta con l'espressione di vissuti interni del bambino non previsti o non compresi, tali da elicitare risposte di rifiuto, invalidazione e non accettazione, esponendo quest'ultimo alla necessità di far fronte ad un fallimento di sintonizzazione all'interno della relazione di attaccamento e provocando stati di disregolazione emotiva.



Questo può essere, nello specifico, il caso di figli con un'identità sessuale minoritaria i quali, pur percependo una generale vicinanza e calore genitoriale, precedentemente e/o in seguito alla rivelazione del proprio orientamento o identità di genere, possono sentirsi allo stesso tempo non sufficientemente compresi e supportati in relazione ai loro specifici vissuti, se questi sono percepiti con diffidenza, ostilità o come componenti da lasciare al di fuori della relazione diadica. I giovani LGBTQIA+ possono, infatti, anticipare le reazioni genitoriali negative a causa della consapevolezza delle credenze e dei valori preesistenti posseduti dal caregiver, diminuendo la percezione di sicurezza e di supporto genitoriale, o possono sperimentare attivamente tale mancanza di comprensione empatica a causa delle esplicite risposte ambivalenti, rifiutanti o spaventate-spaventanti che fanno seguito all'effettivo coming out (Pearson & Wilkinson, 2013). Studi indicano come, indipendentemente dalla presenza di un

generico supporto genitoriale, il rifiuto percepito relativo alla propria identità sessuale incida inevitabilmente sui livelli d'autostima e sul benessere individuali (Berenson et al., 2005; Bregman et al., 2013). Pertanto, l'accettazione ed il supporto genitoriali specificamente correlati alla sessualità minoritaria, rappresentano i più importanti fattori familiari in grado di incidere sullo sviluppo identitario dei giovani LGBTQIA+, esercitando una funzione protettiva sulla salute psicologica nel corso delle varie fasi del loro sviluppo (Bregman et al., 2013; Shilo & Mor, 2014).

La letteratura ha ampiamente dimostrato l'importanza fondamentale della famiglia, e della qualità delle relazioni che intercorrono tra i suoi membri, per lo sviluppo psichico, emotivo e sociale dell'individuo, soprattutto in fasi dello sviluppo delicate quale quella adolescenziale (Pearson & Wilkinson, 2012; Teasdale & Bradley-Engen 2010). Le famiglie, tuttavia, possono non



esercitare la loro azione protettiva allo stesso modo con figli attratti dal sesso opposto o dallo stesso sesso (Pearson, 2012). Sebbene questi ultimi possano sentirsi amati e, in generale, supportati dai propri genitori, il contesto familiare è spesso inevitabilmente intriso di aspettative, premesse e commenti eterosessisti in grado di inibire o impedire la possibilità di rivolgersi ai caregivers per ottenere il supporto necessario ad affrontare difficoltà più o meno correlate al proprio orientamento sessuale (Mills-Koonce et al., 2018; Ragins, 2008), quali le prime relazioni sentimentali o esperienze di bullismo e stigma sociale, configurandosi meno efficace come fonte di protezione e di resilienza per i figli LGB+, rispetto a quelli eterosessuali (Pearson & Wilkin-son, 2013).

Coerentemente con la Teoria dell'Attaccamento, infatti, la mancanza di precoci esperienze con caregivers sensibili e responsivi, rappresenta un importante fattore in grado di condurre allo sviluppo di disturbi del Sé, evidenziati dalla peculiare necessità, esperita dal soggetto, di fare affidamento su conferme ed approvazioni esterne al fine di compensare la mancanza di coesione, continuità e coerenza del Sé, e sostenere un'autostima profondamente instabile e vulnerabile (Mikulincer & Shaver, 2012; Park et al., 2004).

La presenza di risposte parentali inadeguate e il loro conseguente impatto sulla coesione identitaria, è infatti centrale nella Psicologia del Sé, in cui la psicopatologia alimentare viene descritta come una forma di auto-cura conseguente al fallimento empatico da parte delle primarie figure di attaccamento. Il nucleo patologico dei DA è pertanto, in quest'ottica, costituito dalla presenza di un Sé negativo e deficitario, caratterizzato da profondi sentimenti di inadeguatezza ed autosvalutazione, e dal tentativo di riparare a tali deficit attraverso la condotta alimentare disturbata (Di Luzio, 2015). La letteratura ha ampiamente evidenziato, tra i fattori in grado di

compromettere lo sviluppo identitario attraverso l'emergere di un senso di Sé fragile e frammentato, la precoce esperienza di un'assenza ripetuta di cure adeguate o di risposte di conferma, rispecchiamento e validazione da parte dei caregiver primari durante il periodo dello sviluppo (Kernberg, 1984; Kohut, 1977, 1979; Linehan, 1993; Liotti & Farina, 2016; Meares, 2005; Winnicott, 1965, 1971).

Occorre sottolineare come il trauma rappresenti il più importante e il più grave di tali fattori di disintegrazione identitaria (Brodsky et al., 1995; Meares, 2005), riscontrato con una frequenza significativa nelle storie di pazienti con DA (Brustenghi et al., 2019; Brewerton, 2007), così come nelle storie di persone LGBTQIA+ (Austin et al., 2008; Schneeberger et al., 2014). Tuttavia, sebbene la letteratura si sia soffermata soprattutto sull'impatto dell'abuso sessuale infantile sullo sviluppo di DA (Thompson & Wonderlich, 2004; Vartanian et al., 2018), recentemente diversi studi hanno ampliato la definizione e comprensione delle esperienze traumatiche infantili, includendo la pluralità di forme che il trauma interpersonale può assumere e che sono in grado di predire la sintomatologia alimentare (Holmes et al., 2019; Smyth et al., 2008; Vartanian et al., 2018). La ricerca ha infatti suggerito che l'esperienza di un ambiente infantile invalidante potrebbe costituire un fattore condiviso che accomuna tutte le varie forme di trauma, compreso il cosiddetto "abuso passivo", come la trascuratezza o l'indifferenza genitoriale (Mountford et al., 2007), poiché il mancato riconoscimento da parte del caregiver degli stati interni del bambino impedisce a quest'ultimo a sua volta di riconoscerli ed elaborarli, ostacolando lo sviluppo della capacità di tollerare il disagio (Linehan, 1993) ed aumentando il rischio di utilizzare strategie disadattive come strumenti di gestione dell'affettività negativa (Mountford et al., 2007). Un recente studio ha mostrato come tra i pazienti con una diagnosi di DA, coloro che si identificavano come LGBTQIA+ riportassero più frequentemente una storia di



abuso sessuale e altre tipologie di traumi di natura sessuale, fisica, emotiva o psicologica (Corliss et al., 2002; Mensinger et al., 2020), mostrando una possibile correlazione tra la maggiore prevalenza di Disturbi Alimentari riscontrata nella popolazione LGBTQIA+ e la frequente esperienza di traumi interpersonali da essa esperita (Feldman & Meyer, 2007).

Lo specifico modello di attaccamento che il bambino sperimenta con i caregiver nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, assume un ruolo significativo anche nel dar forma alla struttura di personalità dell'individuo, determinando lo sviluppo di specifici tratti e caratteristiche che a loro volta influiscono sul decorso dei DA (Lanzi et al., 2019). In particolare, studi riportano un legame significativo tra narcisismo e DA (Boucher et al., 2015; Gordon & Dombeck, 2010; Waller et al., 2007), ricondotto in letteratura alla presenza di un contesto infantile invalidante sperimentato con una certa costanza nel corso dello sviluppo, che rappresenta un fattore comune correlato sia all'esordio di DA (Haslam et al., 2008; Haslam et al., 2012; Mountford et al., 2007), che alla strutturazione di una personalità orientata in senso narcisistico (Huxley & Bizumic, 2017).

Tale vulnerabilità narcisistica, tuttavia, non identifica automaticamente la presenza di un Disturbo Narcisistico di Personalità nosograficamente inteso, ma indica una specifica forma di fragilità del Sé derivante da una precoce ferita narcisistica, inflitta dal caregiver in momenti fondamentali dello sviluppo. Tale vulnerabilità può essere collocata all'interno di uno *spettro narcisistico* che si estende da un estremo rappresentato dalla personalità strutturalmente patologica, all'estremo opposto caratterizzato dall'espressione di un narcisismo sano, indispensabile per una stabile autostima (Krizan & Herlache, 2017; Malkin, 2015). Come spiegato da Kohut (1996), infatti, il narcisismo non è «di per sé né patologico né riprovevole», sebbene «esista una comprensibile tendenza a guardarlo con una valutazione dai

toni negativi non appena si esce dal campo della teoria» (p. 243), nella quale si fa ad esso fa riferimento per indicare una molteplice configurazione di tratti, stili di personalità o meccanismi di difesa correlati ad uno specifico funzionamento intrapsichico ed interpersonale.

Coerentemente con la Psicologia del Sé (Kohut, 1971, 1977, 1984), il narcisismo rappresenta una normale fase dello sviluppo in cui il Sé grandioso-esibizionistico del bambino, che rappresenta il nucleo primario della sua autostima, si rivolge alle figure primarie di attaccamento, definiti *oggetti-Sé*, per soddisfare i propri naturali bisogni di rispecchiamento, di idealizzazione e di gemellarità che persisteranno per tutto il corso della vita, sebbene agli oggetti-Sé arcaici verranno successivamente sostituiti oggetti-Sé più maturi di cui ciascuno di noi ha bisogno per la propria sopravvivenza psico-emotiva e per mantenere una solida autostima. Tuttavia, se il caregiver non fornisce esperienze di rispecchiamento empatico in grado di soddisfare il bisogno di conferma e validazione del bambino o non esplica la sua funzione di oggetto-sé idealizzato in grado di soddisfare il suo bisogno di sicurezza e fusione con l'*imago* genitoriale, viene a strutturarsi una vulnerabilità narcisistica che blocca il soggetto in una fase precoce dello sviluppo, nello specifico quella in cui si è realizzato il fallimento empatico genitoriale. A ciò Kohut (1984) aggiungerà poi il bisogno di un oggetto-sé gemellare in grado di soddisfare il bisogno di trovare conforto e comprensione dall'altro percepito come simile a sé e di sviluppare un più ampio senso di appartenenza ed accettazione (Albisinni, 2020; Gabbard, 2015).

In assenza di risposte speculari di fronte alle naturali manifestazioni del Sé grandioso-esibizionistico nelle diverse fasi dello sviluppo, il bambino cercherà disperatamente di soddisfare il proprio bisogno di conferme e di validazione "performando" la rappresentazione di un Sé-ideale perfetto che ritiene debba essere raggiunto

al fine di meritare l'ammirazione e l'approvazione altrui, *in primis* del caregiver. Il bambino può quindi cercare di ristabilire la precedente perfezione relazionale e sintonizzazione empatica con le primarie figure di attaccamento, o perseguendo un ideale di perfezione che viene identificato nel proprio Sé grandioso, o proiettando tale perfezione sulla figura genitoriale, cioè idealizzandola (Gabbard, 2015).

Al contrario, l'interiorizzazione di tali funzioni, adeguatamente fornite dalle figure di accudimento, consentirà lo sviluppo di una solida struttura psichica e di un Sé sufficientemente stabile e coeso da non dover dipendere costantemente dalle risposte degli oggetti-Sé per poter colmare bisogni arcaici insoddisfatti, sostenere la propria autostima ed evitare il rischio di frammentazione.

In questo orizzonte di pensiero, molte psicopatologie e comportamenti sintomatici, quali l'abuso di sostanze, l'autolesionismo o i disturbi alimentari, possono essere ricondotti a deficit strutturali o a vulnerabilità del Sé derivanti da precoci relazioni disturbate tra il Sé e gli oggetti-Sé nel corso dell'infanzia (Kohut, 1984; Gabbard, 2015) che segnalano «un tentativo in situazioni di emergenza di mantenere e/o ristabilire la coesione interna e l'armonia di un sé vulnerabile e non sano» (Benedetti Michelangeli, 2021).

Ciò suggerisce come la presenza di un contesto infantile invalidante e il conseguente stile di attaccamento insicuro, possano favorire lo sviluppo di una vulnerabilità narcisistica o di tratti di tipo grandioso o vulnerabile, i quali possono a loro volta predisporre alla manifestazione di specifici comportamenti alimentari disordinati (Dakanalis, 2016; Mikulincer & Shaver, 2012; Zerach, 2014).

Alcuni studi hanno infatti rilevato come pazienti DA con livelli elevati di narcisismo grandioso, mostrassero un maggiore controllo e una mag-

giore restrizione nell'assunzione di cibo al fine di raggiungere un ideale di perfezione corporea (Dakanalis, 2014; Dakanalis et al., 2016; Zerach, 2014). Al contrario, il narcisismo vulnerabile risulta maggiormente correlato a comportamenti bulimici, sia in soggetti con una diagnosi di DA che nella popolazione non clinica (Dakanalis, 2014; Gordon & Dombeck, 2010). Mentre nel primo caso, infatti, l'attenzione per il proprio aspetto fisico può essere utilizzata come un mezzo per poter "esporre" il proprio corpo e il proprio Sé ai feedback positivi provenienti dall'esterno, sostenendo ed alimentando in questo modo il proprio nucleo grandioso (Dakanalis, 2014, 2016; Zerach, 2014), nel secondo caso invece i narcisisti vulnerabili possono tendere a "nascondere" il proprio Sé, evitando di esporre allo sguardo altrui un corpo percepito come inadeguato, insufficiente e dunque come fonte di vergogna (Amin et al., 2012), al fine di evitare eventuali risposte di disapprovazione e preservare il proprio Sé narcisisticamente vulnerabile. In questo senso, i sintomi bulimici possono essere adottati da quest'ultimi come un mezzo di regolazione emotiva per gestire i vissuti di vergogna, di inadeguatezza, l'ipersensibilità alle critiche e l'affettività negativa ad essa correlata (Dakanalis, 2016; Fossati et al., 2014), non potendo fornire adeguato supporto al proprio Sé vulnerabile per mezzo di interazioni interpersonali positive e validanti.

Tuttavia, sebbene narcisisti grandiosi e vulnerabili utilizzino strategie differenti per tentare di compensare la propria fragile autostima, entrambi mirano a proteggere un Sé narcisisticamente ferito a causa di precoci esperienze relazionali inadeguate che non hanno consentito al bambino di rispecchiarsi nell'oggetto-sé, cioè di riconoscere sé stesso nello sguardo del caregiver, e di giungere a definire un'identità solida e sufficientemente coesa. Se i primi sono infatti protesi a ricercare attivamente quelle risposte di conferma, rispecchiamento e validazione, dolorosamente assenti nel corso della propria infan-



zia, e a distorcere allo stesso tempo i feedback negativi che a tale infanzia rimandano, al fine di evitare di riaprire una precoce ferita narcisistica e sostenere così l'integrità del proprio Sé grandioso, i secondi invece tendono a chiudersi difensivamente intorno al Sé vulnerabile proteggendolo da qualsiasi potenziale minaccia in grado di confermare quella rappresentazione del Sé come inetto, inferiore ed intollerabilmente imperfetto, riflessa nello sguardo invalidante delle figure genitoriali nel corso dei primi fondamentali scambi relazionali. Ciò indica come anche nell'atteggiamento grandiosamente narcisista di ricerca di perfezione e di ammirazione, in realtà si celi una più profonda esigenza di riconoscimento e di definizione identitaria.

Come suggerito dall'*Identity Disruption Model* dell'insoddisfazione corporea (Vartanian et al., 2018; Vartanian & Hayward, 2019), la presenza di precoci esperienze negative o traumatiche può perturbare il normale processo di sviluppo identitario impedendo al soggetto di giungere ad un Sé sufficientemente stabile e coeso, per la cui chiara definizione necessita di costanti feedback esterni. Tale modello suggerisce che l'assenza di chiarezza e stabilità del concetto di Sé, renda l'individuo particolarmente vulnerabile all'interiorizzazione degli ideali estetici socio-culturalmente veicolati (Humphreys & Paxton, 2004; Vartanian & Dey, 2013; Vartanian, 2009), assunti come riferimenti normativi in grado di definire il proprio valore ed influenzare drasticamente i propri livelli di autostima. La maggiore insoddisfazione corporea e la costante focalizzazione sull'adeguatezza della propria esteriorità rispetto agli standard dominanti, ci dice di un meccanismo difensivo con il quale l'individuo tenta di recuperare quel processo di sviluppo del Sé precocemente interrotto, perseguendo degli obiettivi idealizzati che consentono di massimizzare le proprie possibilità di ricevere conferme e valorizzazioni esterne, e che vengono interiorizzati come bisogni vitali volti a garantire la propria sopravvivenza emotiva e stabilità

identitaria (Stice, 1994). Non solo dunque un'espressione di vanità, esibizionismo e "narcisismo" comunemente inteso, ma l'apparenza corporea come fonte di messaggi di riconoscimento o di convalida del proprio (dis)valore personale e come fonte di definizione identitaria. Una *Chiarezza del Concetto di Sé* deficitaria (Campbell et al., 1996), ovvero la sua fragilità di definizione, stabilità e coerenza, spinge l'individuo a spostare il focus da una intima ed introspettiva ricerca di sé, come una conquista evolutiva relativamente precoce derivante dall'interiorizzazione di relazioni adeguate con i caregiver primari, ad una ricerca costante di fonti esterne di definizione di sé attraverso le quali di volta in volta cercare di compensare, attraverso meccanismi dagli esiti instabili ed imprevedibili, quella primaria lacuna identitaria (Vartanian & Hayward, 2019). I DA rappresenterebbero in questo senso il tentativo di rispecchiarsi nella propria stessa immagine riflessa, attraverso un investimento narcisistico sulla propria apparenza corporea, o in modelli socioculturali di bellezza, attraverso un'idealizzazione di *imago* esterne, come effetto del fallimento empatico genitoriale, ovvero del mancato soddisfacimento dei propri bisogni arcaici di rispecchiamento e di idealizzazione degli oggetti-Sé primari.

Sono diversi gli studi che hanno supportato la correlazione tra l'"interruzione" dei processi di sviluppo dell'identità, la bassa chiarezza di sé e la vulnerabilità a fonti esterne di definizione identitaria. La precoce esperienza di eventi avversi, quali ambienti familiari disfunzionali e conflittuali, è risultata infatti correlata a minori livelli di chiarezza del concetto di Sé (Streamer & Seery, 2015; Vartanian et al., 2016, 2018), a sua volta correlati ad una maggiore interiorizzazione degli ideali socioculturali di bellezza e ad una maggiore tendenza al confronto sociale del proprio aspetto estetico (Cahill & Mussap, 2007; Vartanian et al., 2016, 2018), conducendo ad una maggiore insoddisfazione corporea e a Disturbi Alimentari (Vartanian et al., 2014).

L'INVALIDAZIONE DEL SÉ COME ESPERIENZA SISTEMATICA NELLA POPOLAZIONE LGBTQIA+

Il concetto di "invalidazione" potrebbe essere rilevante nel spiegare la maggiore prevalenza di DA nella popolazione LGBTQIA+, poiché tutte le persone con un'identità sessuale non-normativa nascono in un contesto intrinsecamente e "strutturalmente" invalidante, in cui sono esposte fin dall'infanzia ad una moltitudine di messaggi socio-relazionali che vertono unidirezionalmente verso l'etero-cis-normatività e che condannano, scoraggiano o, nei migliori dei casi, non contemplano affatto la possibilità di altre espressioni identitarie, che vengono pertanto automaticamente e tacitamente invalidate. Tuttavia, se tali messaggi di biasimo e disconferma sono nelle prime fasi dello sviluppo perlopiù impliciti, sebbene inevitabilmente colti ed interiorizzati dal bambino alle prese con la propria

scoperta del mondo e di sé stessi in relazione al mondo, con l'ingresso nella fase adolescenziale questi possono scontrarsi con esplicite forme di rifiuto e condanna. Di fronte al coming out, infatti, vi è un'elevata probabilità, di sperimentare un'aggressione verbale o discriminazione (Huebner et al., 2004), così come rifiuto, bullismo e pregiudizi, anche da parte delle primarie figure di attaccamento (Frost et al. 2013; Guzzo et al. 2014), e vi sono evidenze di come la mancata accettazione familiare del proprio orientamento sessuale rappresenti uno specifico fattore di rischio per lo sviluppo di un DA (Kuna & Sobów, 2017).

Studi mostrano come la rivelazione del proprio orientamento sessuale possa creare una vera e propria crisi familiare (Ryan, 2001; Willoughby et al. 2008) e come il contesto domestico pos-





sa spesso trasformarsi in un teatro di conflitti, tensioni ed incomprensioni tra i suoi membri, conducendo a varie forme di violenza intra-familiare e di malessere psicologico (Mills-Koonce et al., 2018; Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018). In aggiunta agli effetti più diretti delle reazioni genitoriali al coming out sul benessere e sul processo di sviluppo dei figli, la scoperta di un'identità sessuale minoritaria può anche minare l'equilibrio omeostatico generale della famiglia impattando indirettamente sulla salute e sul benessere psicologico dell'adolescente, il quale può identificarsi nella causa dei conflitti familiari sperimentati. Alle reazioni accoglienti e supportive di un genitore, possono associarsi reazioni opposte da parte dell'altro genitore che manifesta invece forme di rifiuto e di ritiro emotivo-relazionale, tali da compromettere la stabilità della diade genitoriale e, per estensione, del sistema familiare nel suo complesso. Le opinioni e gli atteggiamenti discordanti tra le figure ge-

nitoriali in merito all'identità sessuale del figlio, possono infatti creare un clima di conflittualità e discontinuità nella cura di quest'ultimo che può a sua volta alimentare dinamiche di triangolazione, rafforzando l'alleanza diadica con il genitore supportivo ed aumentando la distanza psico-emotivo-relazionale con il genitore rifiutante, così come i conflitti tra la diade genitoriale (Mills-Koonce et al., 2018).

In alcuni casi le famiglie, pur non manifestando un esplicito rifiuto dell'orientamento dei figli, possono tuttavia mostrare ansia e preoccupazione relativamente al rischio di discriminazioni e violenza a cui essi possono andare incontro nel più ampio contesto sociale, incoraggiandoli direttamente o indirettamente a mantenere nascosta la propria identità confinandola nelle mura domestiche (Baiocco et al., 2014; Miskolci, 2013). Tale atteggiamento più sottilmente discriminante trasmette, insieme alla più evidente premura

parentale ed accoglienza intrafamiliare positiva della rivelazione, anche una più velata concezione dell'omosessualità come un aspetto privato e pericoloso che non deve invadere la sfera pubblica poiché in grado di macchiare irrimediabilmente la propria immagine sociale riflettendo, in realtà, non solo il timore per l'incolumità e la serenità del figlio, ma anche una più profonda paura per l'immagine pubblica, e per l'incapacità di affrontare il mondo esterno, della famiglia stessa (Baiocco et al., 2014).

Scoraggiare il processo di disvelamento della propria identità sessuale rischia, inoltre, di trasmettere implicitamente una visione del mondo esterno come di un posto intrinsecamente pericoloso, incapace di comprendere ed accogliere la "diversità" e non in grado di offrire alcuna opportunità o prospettiva futura felice, abbracciando un'ottica a sua volta generalizzante e pregiudizievole sul contesto sociale e sulla comunità eterosessuale. Ciò rischia di trasmettere un tacito messaggio di sfiducia nei confronti del mondo esterno e delle relazioni interpersonali, impedendo all'emergente identità sessuale di beneficiare del supporto e del confronto intersoggettivo, indispensabili per giungere ad una sana integrazione all'interno dell'identità complessiva, attraverso la risoluzione della discrepanza tra il proprio Sé pubblico e il Sé privato, e delle rappresentazioni estreme e polarizzate di Sé e degli altri.

La letteratura indica che una specifica credenza sul mondo, la *Credenza in un Mondo Giusto* (Lerner, 1980; Lerner, et al., 1976), posseduta in misura variabile dalle persone, influenzi la percezione soggettiva di poter subire minacce, vittimizzazioni ed altre esperienze spiacevoli o pericolose. Nelle persone LGBTQIA+, tale visione può tradursi in un maggior timore di subire discriminazioni e trattamenti negativi da un mondo ingiusto e stigmatizzante, ritardando l'espressione del Sé autentico o non arrivando mai a vivere apertamente la propria identità sessuale (Bogaert &

Hafer, 2009). Reazioni genitoriali negative o non supportive al coming out sono pertanto associate a maggiori livelli di stigma sessuale interiorizzato (Baiocco et al., 2014), mostrando una probabile relazione bidirezionale tra la presenza di aspettative negative relative alle risposte socio-relazionali all'omo-bi-trans-sessualità e la decisione di "uscire allo scoperto", in cui le prime scoraggiano il coming out e le reazioni a quest'ultimo influenzano la fiducia nel mondo esterno e nelle relazioni interpersonali.

Inoltre, questa forma di iperprotezione genitoriale limita la possibilità dei figli di sviluppare la propria indipendenza ed autonomia, che sarebbero invece opportunamente raggiunte attraverso una sana assunzione della propria identità omo-bi-trans-sessuale, unitamente ai rischi di discriminazione ed invalidazione esterna che questa può comportare, con la consapevolezza tuttavia di poter affrontare i pericoli esterni grazie all'interiorizzazione di una "base sicura" (Bowlby, 1989; Ainsworth, 1967, 1989) fornita da un'accettazione ed un supporto intrafamiliari incondizionati.

In altri casi, la famiglia può tentare attivamente di "modificare" o "influenzare" l'orientamento sessuale del figlio attraverso comportamenti coercitivi o punitivi di fronte a manifestazioni di omosessualità, o presunte tali, fino a giungere a vere e proprie forme di violenza fisica e psicologica (Nascimento & Scorsolini-Comino, 2018) al fine di "convincerlo" ad abbandonare un'erratica "strada omosessuale" (Mills-Koonce et al., 2018). Possono essere messi in atto tentativi di razionalizzazione volti a scoraggiarlo dal perseguire una (presunta) vita priva di prospettive, facendo leva sul ricatto morale/affettivo rappresentato dalla richiesta, più o meno esplicita, di non deludere le aspettative genitoriali di una vita ricca di "conquiste eteronormative", come la possibilità di sposarsi o di avere figli, "scegliendo" invece una vita scevra da pregiudizi e difficoltà. Il sogno del genitore di veder realizzato



il progetto di vita aprioristicamente pensato e costruito *su e per* il figlio, richiede, infatti, un'improvvisa destrutturazione in seguito al coming out (Willoughby et al., 2006), sebbene spesso fondata più su meri stereotipi e sul timore di deviare dai percorsi socioculturali attesi, piuttosto che su una reale impossibilità di realizzazione delle persone omo-bi-trans-sessuali che, sebbene inserite in un sistema altamente etero-cis-normativo, possono realisticamente costruire una famiglia felice e realizzare i propri obiettivi professionali.

La presenza di caregivers iperprotettivi, invasiati e/o controllanti è una caratteristica comune delle famiglie di pazienti con DA, che impedisce di fornire ai propri figli quella fondamentale fiducia in sé stessi e quel senso di controllo sulle proprie vite, che viene invece delegato alle figure genitoriali di cui si diviene un'appendice o una mera estensione (Minuchin, 1980; Palazzoli, 1974). Il controllo genitoriale è infatti, in generale, negativamente associato all'autostima e alla capacità di auto-regolazione dei figli e positivamente associato alla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante (Lansford et al., 2018; Mills-Koonce et al., 2018), laddove invece l'accettazione genitoriale mostra correlazioni inverse con tali esiti (Barber et al., 2005; Bean & Northrup, 2009), con un impatto ancora più profondo e significativo all'interno della popolazione LGBTQIA+ (Mills-Koonce et al., 2018; Ryan et al., 2009) alla luce della peculiare vulnerabilità esperita e dei significati che le risposte genitoriali rivestono su un piano identitario.

Questo tipo di reazioni di fronte ad un importante momento di condivisione e comunicazione psico-emotiva del giovane omo-bi-trans-sessuale, il quale si rivolge alle primarie figure di attaccamento con la ragionevole aspettativa di ricevere un'incondizionata forma di accettazione e di supporto, viene a configurarsi al contrario come una grave forma di de-sintonizzazione emotiva che sposta il focus dal mondo interno e dai bi-

sogni del figlio, alle paure e alle esigenze delle figure genitoriali. Quest'ultime possono sentirsi ferite o tradite dalla scoperta di un figlio la cui identità non è come la si era inizialmente prefigurata (Santos et al., 2007), mettendo in luce come una società intrisa di una cultura profondamente eterosessista conduca all'automatica creazione di una rappresentazione eteronormativa di sé e dei propri figli che costringe una notevole percentuale di famiglie ad intraprendere un percorso considerevolmente più complesso di destrutturazione e ristrutturazione dei propri progetti di vita personali e genitoriali, ostacolando i naturali processi di comunicazione supportiva ed empatica, rendendoli processi intrapsichicamente conflittuali. In questo caso il bisogno di auto-determinazione e di separazione-individuazione rispetto alle figure genitoriali, tra i principali fattori implicati nelle dinamiche intra-familiari dei pazienti con DA (Minuchin & Lee, 2007), potrebbe esprimersi nella popolazione LGBTQIA+ in un desiderio di differenziazione rispetto ad un'immagine eteronormativa posseduta dai caregivers, trasmessa esplicitamente ed implicitamente per tutto il corso dello sviluppo e improvvisamente distrutta dalla scoperta di un'identità non conforme ai piani socio-culturalmente imposti, con pesanti ripercussioni sulla qualità delle relazioni di attaccamento. Studi, infatti, evidenziano come un coming out positivo con i propri genitori sia correlato alla maggiore percezione di un attaccamento sicuro e ad una maggiore differenziazione dalle figure genitoriali (Schope, 2002).

La mancanza, pertanto, di un'armonia tra i bisogni e gli obiettivi autentici del soggetto, e gli standard e gli obiettivi esterni (etero-cis-normativi) che sono stati interiorizzati, conduce al perseguimento di ideali non propri e di mete altrui, che rappresenta un elemento centrale nell'esordio della psicopatologia alimentare (Wheeler et al., 2003). Quelle dei pazienti con DA sono state spesso descritte come famiglie apparentemente ben funzionanti, sufficientemente adeguate o con

una parvenza di “perfezione”, caratterizzate da genitori generalmente coinvolti e coscienti che hanno fornito al figlio ciò che serve, ma fortemente deficitari nella loro capacità di riconoscere e supportare ciò di cui il figlio ha davvero bisogno, impedendo l'autentica espressione di sé stessi, il perseguimento dei propri desideri, e lo sviluppo di un senso di fiducia nei propri vissuti e di autoefficacia nel contesto sociale. Nella sintomatologia anoressica-bulimica, le elevate aspettative possedute e trasmesse dalle figure genitoriali e la loro tendenza a prendersi cura del bambino in funzione delle proprie esigenze ignorando o invalidando quelle del figlio, induce in quest'ultimo lo sviluppo di un'identità indifferenziata incapace di discernere i propri stati interni, bisogni e desideri da quelli del caregiver, e il successivo utilizzo del digiuno e del controllo del corpo come un mezzo per imporre la propria autonomia ed indipendenza dalla figura genitoriale (Bruch, 1962, 1963, 1982).

È, infatti, solo in presenza di adulti significativi in grado di sintonizzarsi empaticamente con gli stati mentali e i bisogni del bambino e di fornire risposte speculari di conferma, che quest'ultimo potrà sviluppare la percezione di un Sé autentico, riconosciuto e validato dalle risposte adeguate dell'adulto, fondamentale per lo sviluppo di un Sé chiaro e coeso (Harter, 1983, 1997; Kohut, 1977). Studi evidenziano come sia soprattutto la possibilità di sentirsi compresi e supportati dalle figure genitoriali ad essere correlata ad una maggiore Chiarezza del Concetto di Sé, piuttosto che la mera presenza di una comunicazione positiva (Fermani et al., 2008, 2009) la quale può celare, sotto una parvenza di disponibilità genitoriale, la presenza di forti vissuti ambivalenti o conflittuali.

In presenza di un contesto ambientale invalidante o di ripetute pressioni sociali e relazionali, il processo di sviluppo può invece deviare dal normale e graduale consolidamento di quel Sé genuino che costituisce il suo nucleo identitario

emergente, per dar vita ad un *falso Sé* (Harter, 1997). I bambini allora imparano che l'espressione naturale del proprio *vero Sé* elicitare risposte di disconferma, disapprovazione o aperto rifiuto tali per cui apprendono ben presto a nascondere o dissimulare i propri veri pensieri e sentimenti vissuti come sbagliati, imbarazzanti o fonte di sofferenza, per conformarsi a ciò che credono gli altri vogliano ed apprezzino (Winnicott, 1965, 1971). Tuttavia, tale adeguamento alle aspettative altrui conduce ad una perdita del senso di coesione del Sé, scisso in un *falso Sé pubblico* e in un *vero Sé privato*, e ad un senso di disconnessione dai propri stati interni percepiti non più come “autentici” e quindi come “propri”. La possibilità, invece, di rivelare la propria identità sessuale ad un numero sempre maggiore di persone che costituiscono il proprio mondo oggettuale esterno ed interno, consente di riappropriarsi gradualmente dei propri reali bisogni e desideri, ovvero di sintonizzarsi con i propri stati interni e con il proprio vero Sé, e di utilizzare allo stesso tempo i feedback positivi esterni per guarire le “ferite narcisistiche” indotte dalle risposte di rifiuto e discriminazione e dalla conseguente omonegatività interiorizzata (Schope, 2002).

La letteratura mostra come uno dei maggiori benefici derivanti dalla rivelazione della propria identità sessuale sia rappresentato dalla percezione soggettiva di un maggior senso di onestà e autenticità (Lasser & Tharinger 2003; Stevens 2004; Vaughan & Waehler, 2009). Il coming out viene quindi descritto come un importante fattore di crescita personale, seppur derivante da un'esperienza di vita altamente stressante come le ripetute esperienze di minority stress o il processo stesso di formazione dell'identità omo-bi-trans-sessuale (LaSala 2000; Vaughan & Waehler, 2009), in grado di favorire lo sviluppo di un'identità integrata (Hetrick & Martin 1987; Troiden, 1993) e di un rapporto più autentico con se stessi grazie ad un maggior senso di coerenza tra il Sé personale ed il Sé sociale (Vaughan & Waehler, 2009).

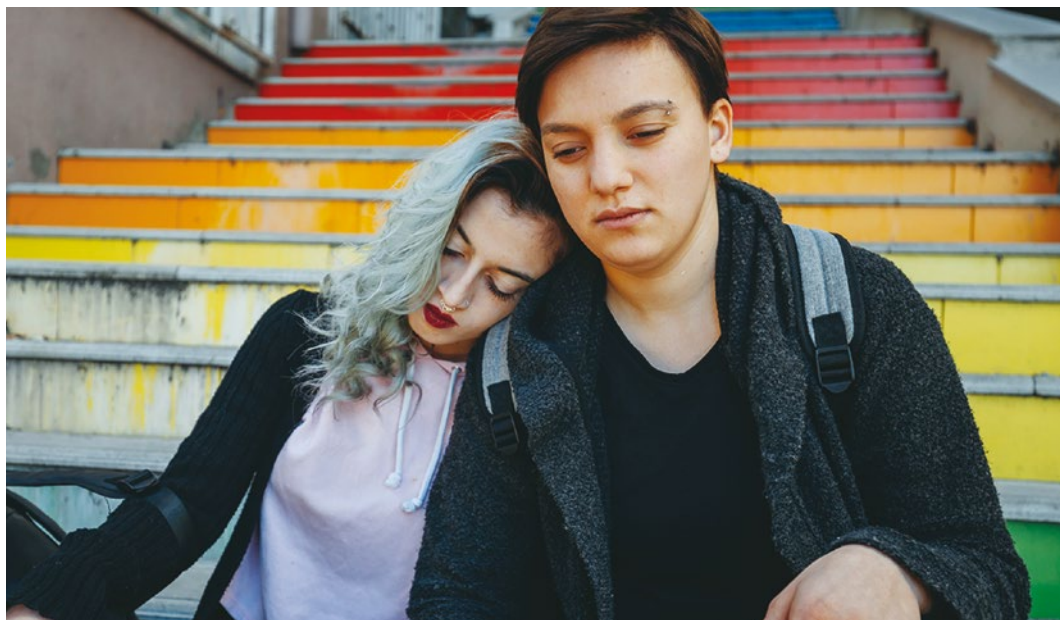


Ciò sottolinea l'importanza che il complesso percorso evolutivo di costruzione e definizione dell'identità personale possa essere adeguatamente sostenuto per tutto il corso dello sviluppo, con un'attenzione specifica alla fase critica adolescenziale, configurandosi come un processo *in fieri* che richiede un autentico riconoscimento delle peculiarità del singolo soggetto, attraverso la valorizzazione della loro legittima espressione, affinché il nucleo primordiale del Sé possa evolvere in un Sé chiaro, stabile e coeso.

Alla luce delle importanti disparità riscontrate nei livelli di salute psico-fisica tra le persone LGBTQIA+ e i pari cis-etero-sessuali, e della natura pervasiva e sistemica dei processi di delegittimazione identitaria di matrice etero-cis-sessista, si evidenzia l'esigenza di interventi volti ad aiutare le famiglie e le altre agenzie di socializzazione a destrutturare la rigida divisione binaria dei generi e della sessualità che condanna la popolazione LGBTQIA+ a crescere in ambienti intrinsecamente invalidanti, aumentando la consapevolezza di come anche i più sottili commenti ed atteggiamenti etero-cis-sessisti possano essere interiorizzati dai bambini, impattando profondamente sul loro concetto di Sé e conducendo a problemi di autostima e a disturbi alimentari (Reilly & Rudd, 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Benedetti Michelangeli, C. (2021). Il concetto del Sé nelle principali teorie psicologiche. http://www.carlobenedettimichelangeli.it/gestaltico/Il_concetto_del_Se_nelle_principali_teorie_psicologiche.html
- Bregman, H. R., Malik, N. M., Page, M. J. L., Makynen, E., & Lindahl, K. M. (2013). Identity Profiles in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: The Role of Family Influences. *J Youth Adolescence*, 42:417–430.
- Bromberg, P. M. (2012). L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale (F. De Bei, Trad.; 7 ed.). Raffaello Cortina.
- Bruch, H. (1963). Disturbed communication in eating disorders. *Am J Orthopsychiatry*, 33:99–104.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139:12.
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, 20:2, 143–167.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect* 26, 1165–1178.
- Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Narcissistic Vulnerability and Grandiosity as Mediators Between Insecure Attachment and Future Eating Disordered Behaviors: A Prospective Analysis of Over 2,000 Freshmen. *Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 72(3), 279–292
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40:3 218–226.
- Gabbard, G. (2015). *Psichiatria psicodinamica*, Quinta edizione basata sul DSM-5, Raffaello Cortina Editore.
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., & Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors* 9, 313–318.
- Huxley, E., & Bizumic, B. (2016): Parental Invalidation and the Development of Narcissism, *The Journal of Psychology*, Vol. 0, NO. 0, 1–18.
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth and Family Acceptance. *Pediatric Clinics of North America* 63, 1011–1025.
- Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14(2):243–272.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bi-



sexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 5, 674–697.

- Miller, J. M., & Luk, J. W. (2018). A Systematic Review of Sexual Orientation Disparities in Disordered Eating and Weight-Related Behaviors Among Adolescents and Young Adults: Toward a Developmental Model. *Adolescent Research Review*.
- Mills-Koonce, W. R., Rehder, P. D., & McCurdy, A. L. (2018). The Significance of Parenting and Parent–Child Relationships for Sexual and Gender Minority Adolescents. *Journal Of Research On Adolescence*, 28(3), 637–649.
- Pearson, J., & Wilkinson, L. (2013). Family Relationships and Adolescent Well-Being: Are Families Equally Protective for Same-Sex Attracted Youth? *J Youth Adolescence*, 42:376–393.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Braun, L. (2006) Sexual Identity Development Among Lesbian, Gay, And Bisexual Youths: Consistency And Change Over Time, *The Journal of Sex Research*, 43:1, 46–58.
- Stein, K. F., & Corte, C. (2007). Identity Impairment and the Eating Disorders: Content and Organization of the Self-Concept in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 15, 58–69.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krynski, V., Balfour, L., & Bissada H. (2009). Adult Attachment, Depression, And Eating Disorder Symptoms: The Mediating Role Of Affect Regulation Strategies. *Personality and Individual Differences* 47, 662–667.
- Vartanian, L. R., Hayward, L. E., Smyth, J. M., Paxton, S. J., & Touyz, S. W. (2018). Risk And Resiliency Factors Related To Body Dissatisfaction And Disordered Eating: The Identity Disruption Model. *Int J Eat Disord.*, 51:322–330.
- Wheeler, H. A., Wintre, M. G., & Polivy, J. (2003). The Association of Low Parent-Adolescent Reciprocity, a Sense of Incompetence, and Identity Confusion with Disordered Eating. *Journal of Adolescent Research*, 18: 405.



PSICO- DIFESA E CAMPO PSICO- TERAPEUTICO

Massimo Frateschi

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

RIASSUNTO

I concetti di psicodifesa e di campo scena setting psicoterapeutico vengono descritti in un solco psicodinamico attraverso molteplici collegamenti teorici e metodologici. Il sistema strategico psicoevolutivo difensivo e le modalità difensive psicoevolutive, la percezione e la rappresentazione, lo sfondo e le figure, le tracce mnestiche e i fenomeni e gli eventi multipli simultanei e in successione, la motivazione intrinseca strutturale e il condizionamento arcaico articolano organicamente il quadro di riferimento clinico, psicodiagnostico e psicoterapeutico psicodinamico psicoevoluzionista. Collegamenti ulteriori riguardano la psicogenesi psicodinamica psicoevoluzionista, l'eziopsicopatogenesi, lo psicomicrotrauma e lo psicotrauma, le protopercezioni e le protorappresentazioni.

PAROLE CHIAVE

Psicodifesa, psicoevoluzione, campo scena setting psicoterapeutico, psicomicrotrauma, psicodiagnosi e psicoterapia psicoevoluzionista.

Il campo scena setting psicoterapeutico include una tale molteplicità di fenomeni ed eventi simultanei e in successione che è necessaria da parte dello psicoterapeuta una concentrazione dinamica elevata costante e pregnante per tutto lo spazio-tempo di ciascuna seduta e per la configurazione-riconfigurazione della progressione psicoterapeutica seduta dopo seduta. Anche l'intervallo spazio-tempo tra una seduta e l'altra è inerente al continuum nella memoria storica dalla prima seduta in poi, che si riflette anche nella percezione e nella rappresentazione dello psicoterapeuta e del paziente, al presente

e nella percorrenza del trattamento psicoterapeutico. I campi di forza soggettivi, dello psicoterapeuta e del paziente, e il campo di forze naturali, scena-setting terzo soggetto-oggetto, si compongono dinamicamente dal primo momento-movimento della seduta, costituendo tracce mnestiche in itinere, e riconfigurandosi attraverso percezione-rappresentazione. «In particolare, per il campo di forze soggettivo si devono considerare forze vettoriali di matrice psichica evolutiva ed involutiva del campo organismo (motivazione intrinseca strutturale e condizionamento arcaico)» (Frateschi M., 2021b). Occorre chiarire che: «la Motivazione Intrinseca Strutturale, probabilmente, attiva ad uno stadio prenucleare inconscio, sia gli istinti, le pulsioni, i bisogni, sia l'intelligenza, la percezione, le emozioni, come figure, che dinamicamente sono agenti nel campo organismo, in sintonia o in conflitto, in quanto forze in movimento, in evoluzione continua, nello sfondo che ho denominato appunto *"matrice primaria dinamica"*. Queste figure, agenti all'interno della matrice primaria dinamica, possono sviluppare scene inconscie multiple, simultanee, successive, ovunque nel campo organismo, che deve, come totalità dinamica organizzata, perciò, autoregolarsi verso l'equilibrio, sia delle tensioni del mondo interno, sia dalle pressioni del mondo esterno.

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

gradi variabili di queste due necessità. La "Necessità di dipendenza" è al massimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, poi, in condizioni normali, dovrebbe diminuire lentamente di grado, negli stadi evolutivi successivi. La "Necessità di indipendenza" è al minimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, quindi, normalmente, dovrebbe aumentare lentamente di grado, con la crescita. Il Condizionamento Arcaico costruisce i primi echi percettivi, sensoriali, fisici, emotivi, ecc., nello stadio di vita fetale; suoni, rumori, pressione, temperatura, e innumerevoli altri stimoli provenienti dal mondo esterno, possono trovare nell'ambiente placenta, una cassa di risonanza, che invia input al campo organismo fetale; questi segnali grezzi, prima caotici, vanno a depositarsi, quindi, sul primo sfondo evocativo di memoria dell'essere, al momento della nascita, determinato da un evento preciso e ineludibile: il trauma causato dal passaggio da una condizione di immersione, in un mondo liquido, protetto sia dalla placenta, sia dal campo organismo madre, all'emersione immediata e definitiva in un mondo d'aria, senza alcuna protezione liquida o solida, a diretto contatto con il mondo esterno» (Frateschi M., 2012).

Riprendiamo dalle tracce mnestiche e dal processo rappresentativo.

Le tracce mnestiche rievocate dal paziente riguardanti le vicende vissute in famiglia implicano dapprima una rappresentazione nel mondo interno della scena familiare relativamente aderente alla realtà degli eventi e dei fenomeni effettivamente vissuti, e successivamente alla rielaborazione intima sentimentale una conseguente comunicazione ed espressività, comprendente la sensibilità anche inconscia, del paziente. Nel processo rappresentativo l'esercizio della sensibilità è come nella condizione di investimento affettivo da percorrere verso l'oggetto amato. Una sensibilità rappresentata può essere la meraviglia dell'accordo tra due strumenti di un movimento affettuoso "andantino", come



nel “Concerto per flauto e arpa”, K299 di Mozart, attraverso scene con apparizioni di sfondi, dove apertura e ampiezza distinguono delicatezza e armonia tra due figure dialoganti. L’oggetto (prima figura) diventa soggetto nella condizione rappresentativa di investimento affettivo e interviene in corrispondenza. L’altro oggetto-soggetto (seconda figura), quindi, determina la dinamica nella direzione della configurazione trasformativa. Il paziente inserisce nella scena interna sfondi con figure che rappresentano anche altri oggetti investiti affettivamente. Ciò interviene anche rispetto al transfert e al controtransfert.

Dunque, quel che viene ricordato dal paziente è sottoposto a processi inconsci e consci, protoperceptivi e perceptivi, protorappresentativi e rappresentativi prima che possa pervenire con espressività soggettiva all’ascolto e alla decifrazione dello psicoterapeuta. Come in una scena

familiare densa sentimentalmente, così in una scena sessuale rievocata può essere rinvenuto un fenomeno particolare, per esempio quello menzionato da Freud (1901) sull’inversione affettiva, nel caso di Dora. Il ripristino della normale situazione mnestica del paziente potrebbe configurarsi in una riorganizzazione di alcuni processi e contenuti mnestici pertinenti specifici eventi e fenomeni. Ciò consentirebbe un’elaborazione del vissuto congruente o incongruente (congruenza intima psicofisiobiologica), alla luce di una nuova interpretazione basata sulla ricostruzione dei significati essenziali del paziente. È presumibile che quanto proveniente nel ricordo sia marcato eventualmente da un affetto spiacevole, relativo ad un fenomeno percettivo-sensoriale-sessuale vissuto dal paziente, rispetto ad un fenomeno che avrebbe dovuto comportare un affetto piacevole. Un esempio, può essere quello di rievocazione di un bacio del paziente portato con slancio emotivo verso l’oggetto amato, ma

con la conseguenza di provare un affetto spiacevole, disgusto o altro. Qualcosa quindi dev'essere avvenuta già nella percezione dell'evento reale riguardo un'inversione affettiva, ma inevitabilmente anche nella rappresentazione, perché sia la percezione sia la rappresentazione possono oscillare tra inconscio e conscio, fino a ricollegare protorappresentazioni e protopercezioni. Il significato essenziale affettivo potrebbe essere stato originato da uno psicomicrotrauma vissuto, dunque al verificarsi dell'evento scatenante non consapevole e non per questo assente alla percezione, che avrebbe marcato la traccia in uno strato della memoria non consapevole, traccia che potrebbe ridestarsi simbolicamente in una rappresentazione, come in un sogno. Lo psicomicrotrauma è un trauma psicologico di entità e di intensità di grado lieve o molto lieve, di durata breve ed estensione minima, con evidenza percettiva bassa, fino ad un livello inconsapevole. Le difese psichiche entrano in scena immediatamente, già nelle fasi preliminari arcaiche protoperceptive e protorappresentative.

Occorre, ora, chiarire il concetto che ho ideato anni fa, in riferimento al sistema strategico psicoevolutivo difensivo, di psicodifesa. «La psicodifesa è una condizione psicologica caratterizzata dalla necessità difensiva di specie di adattarsi alle emergenze del mondo interno e del mondo esterno. La psicodifesa in base alla psicoevoluzione permea l'evoluzione della specie umana, in quanto determina il progresso del mondo interno nel rapporto con il mondo esterno (Frateschi M., 1989)». Il campo organismo embrionale è già predisposto, sui livelli ontogenetico e filogenetico, secondo il sistema strategico psicoevolutivo difensivo (SSPD) con una struttura, un'organizzazione e un funzionamento, come configurazione complessa di sistema in interazione simultanea e successiva, con gli altri sistemi strategici nel campo organismo globale soggettivo. «Lo studio delle cause di una psicopatologia e del loro meccanismo di azione, cioè l'eziopsicopatogenesi, ricostruita con precisione

psicodinamica psicoevolutionista contribuisce alla comprensione della dinamica, dei processi, degli stadi evolutivi, e del tipo, fenomeno e grado eventuale di compromissione nella struttura, organizzazione, funzionamento del sistema strategico psicoevolutivo difensivo e della personalità. Individuare, analizzare e interpretare specifici eventi-fenomeni multipli simultanei e in successione, consci e inconsci, vissuti nella dinamica, processo, stadio dello spazio-tempo-modo-significato dell'essere delinea lo sviluppo dell'identità e della personalità e la configurazione della percezione-rappresentazione delle scene del mondo interno, nel continuum dinamico interiorizzante trasformativo dell'organizzazione globale del campo organismo. Specifici eventi-fenomeni caratterizzano la vita dell'essere nel mondo interno rispetto al mondo esterno, in un simultaneo spazio/grandezza, tempo/direzione, modo/pregnanza, significato/forma, inconsapevolezza/volume» (Frateschi M., 2021a).

Dunque, per la psicogenesi psicodinamica psicoevolutionista gli stadi di evoluzione umana soggettiva: embrionale, fetale, neonatale, infantile, adolescenziale, adulta, anziana si dirigono in una successione tempo-spazio, in virtù di una condizione psicologica difensiva strategica complessa, correlata a: campo di forza soggettivo, campo di forze naturali, nucleo inconscio di forza significativa essenziale, configurazione dinamica di buona forma e materia, configurazione multipla simultanea unica, matrice primaria dinamica, congruenza intima psicofisiobiologica, autoinvestimento libidico multiplo, ed altri aspetti.

La psicodifesa è una condizione psicologica che anticipa spesso la biodifesa nell'essere umano. Ogni condizione protoperceptiva e protorappresentativa, di spinta prenucleare inconscia di tipo evolutivo, motivazione intrinseca strutturale, e di tipo involutivo, condizionamento arcaico, avvia azioni e reazioni psicofisiobiologiche con-



gruenti o incongruenti intime. Questa spinta prenucleare inconscia dirige le necessità di sopravvivenza del campo organismo soggettivo a partire dallo stadio embrionale fino allo stadio finale della vita. L'organizzazione globale del campo organismo soggettivo configura e riconfigura simultaneamente e in successione la totalità dinamica del campo spazio-tempo-modo-significato, determinando l'evoluzione di specie.

«Nel DSM-5 l'attenzione agli aspetti dimensionali delle caratteristiche del paziente, il richiamo alla necessità di un'integrazione di aspetti oggettivi e soggettivi nel processo diagnostico, così come l'enfasi di «monitorare nel tempo i cambiamenti nel quadro clinico di un individuo» [APA 2013, trad. it. 2014, 856] confermano in modo diretto e indiretto l'attenzione al concetto di difesa e che nel corso della psicoterapia la struttura difensiva può subire un cambiamento nella direzione di una maggiore maturità e appropriatezza [Draguns, 2004]» (Amadei, Cavana, Zavattini, 2015).

«Nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista 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).

Bergeret J. (1996) afferma: «Sia al livello della malattia, sia al livello preliminare della semplice struttura non scompensata, non si può passare dal modello di strutturazione nevrotica al modello di strutturazione psicotica, o viceversa, una volta che un Io specifico sia organizzato in un senso o nell'altro. La più "nevrotica" delle psicosi e la più "psicotica" delle nevrosi non arriveranno mai ad incontrarsi su una linea comune di organizzazione dell'Io. Nella prima ipotesi ci sono già diniego netto della realtà molesta, libido narcisistica in primo piano, processo primario che prevale, disinvestimento oggettuale, proiezione ed identificazione proiettiva come difese comuni; nella seconda ipotesi ci sono al contrario un conflitto tra l'Io e le pulsioni, una rimozione delle pulsioni, un'adesione del principio di realtà, una parziale attività della libido oggettuale e un ruolo significativo nei processi secondari».

Durante il trattamento psicoterapeutico, generalmente: «il paziente porta frammenti di materiale onirico, ricordi dell'infanzia, paure e fantasie; occorre procedere, quindi, sul polo più espressivo della chiarificazione per aiutare il paziente ad articolare ciò che è molto difficile esprimere a parole, riguardo le relazioni familiari e, in particolare, le relazioni con la madre e con il padre. Di seguito, il paziente gradualmente si sente disponibile a provare e, quindi, ad articolare elaborazioni dalle rappresentazioni alle percezioni e, anche, viceversa. Può iniziare lentamente ad accogliere il piacere tra rappresentazione e fantasia, gioco e realtà (Winnicott, D.W., 1965, 1971). Per esempio, con una "scena-setting" nella rappresentazione-percezione, dapprima, figura "buona-cattiva madre" (secondo soggetto-oggetto), mentre lo psicoterapeuta, sullo sfondo "buon-cattivo padre", può essere il terzo soggetto-oggetto; poi la "scena-setting" potrebbe essere trasformata in uno sfondo "buon-cattivo padre" (terzo

soggetto-oggetto), mentre lo psicoterapeuta potrebbe diventare il secondo soggetto-oggetto, figura “buona-cattiva madre”. In successione, il paziente può invertire le configurazioni delle forze in campo, figure e sfondi» (Frateschi M., 2021a).

Prendiamo, in sintesi, un aspetto specifico in relazione a: psicodifesa, psicomicrotrauma, psicotrauma, rappresentazione, in una psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista per un tipo di disturbo narcisistico di personalità, nella versione grandiosa e arrogante.

Il paziente con disturbo narcisistico di personalità può essere all’inizio della psicoterapia al culmine dei suoi investimenti nel campo della fama, della ricchezza e del potere, prima ancora che siano stati disattesi, o che siano stati costretti a confrontarsi con i limiti realistici della loro grandiosità. Il destino di essere perfetto può essere contrastato da un’angoscia narcisistica dilaniante. Il fallimento empatico, per esempio, della madre, assente e delegante, o la perdita del padre, nella realtà e nella memoria, comporta nell’infanzia una sequenza di esperienze traumatiche accumulate, psicotraumatiche e psicomicrotraumatiche (Frateschi M., 2012, 2015, 2021a), anche di vergogna e umiliazione. Ciò può determinare la difficoltà nella capacità di mentalizzazione con i problemi riguardanti la sintonia e la comprensione della mentalità e delle esperienze degli altri.

Il trattamento psicoterapeutico potrebbe prendere avvio sulla scia della crisi di un’identità diffusa in cui il paziente considerava Sé e gli altri o buoni o cattivi (nero o bianco), con la parte buona o cattiva, senza integrare i due aspetti. I meccanismi di difesa utilizzati in modo massiccio potrebbero essere: la proiezione, la scissione dell’oggetto, l’identificazione proiettiva, l’idealizzazione e la svalutazione. Sarebbe utile sviluppare la psicodifesa del paziente con una graduale analitica riconfigurazione progressiva del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo.

L’andamento e lo sviluppo dei fenomeni che avvolgono gli eventi viene analizzato, rielaborato e interpretato nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista su un continuum essere-spazio-tempo-modo-significato che progressivamente estende e approfondisce, in retrospettiva, l’eziopsicopatogenesi con le sequenze specifiche di psicomicrotraumi e di psicotraumi accumulati, e in prospettiva, la riconfigurazione della struttura, dell’organizzazione e del funzionamento sia del sistema strategico psicoevolutivo difensivo, in base ai meccanismi di difesa e alle modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche, sia della personalità.

Le modalità difensive psicoevolutive (Frateschi M., 1988-1989) confermate anche a livello clinico, psicodiagnostico e psicoterapeutico sono:

1. Previsione emotiva;
2. Scenario spazio-tempo;
3. Pausa emotiva;
4. Regolazione della distanza emotiva;
5. Valutazione personale della realtà.

Le modalità difensive psicoevolutive (difese strategiche e tattiche) si aggiungono ai meccanismi di difesa (difese tattiche e arcaiche) nel Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo, per auto-protezione. Le cinque modalità difensive psicoevolutive oltre ad essere tattiche, perché possono agire per l’essere umano con efficacia rispetto alle necessità dell’evento specifico presentatosi, sono ancora prima strategiche, poiché possono intervenire ampiamente in altri eventi spazio-tempo simultanei o successivi, con efficacia rielaborativa, interpretativa e risolutiva.

«Riguardo il metodo dell’analisi e della percezione psicoevolutionista della scena, quindi, è importante inquadrare il panorama più ampio spazio-tempo-modo psicodinamico psicoevolutionista, sia per la psicogenesi dell’essere-spazio-tempo-modo-significato interno, sia per la scena sogno-inconscio-fantasia-irrealtà-realtà, con le intersezioni reciproche, per comprendere-



re una dinamica riconfigurazione... Lo sfondo può essere costituito da processi inconsci. La proiezione può essere uno dei processi di costruzione dello sfondo, in quanto schermo di una configurazione del mondo interno» (Frateschi, 2020a, 2020c).

L'analisi, l'elaborazione e l'interpretazione del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD), dei meccanismi di difesa (difese tattiche) e delle modalità difensive psicoevolutive (difese strategiche e tattiche), nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista può essere particolarmente utile ed efficace nella configurazione dinamica della evoluzione delle difese, della strutturazione, organizzazione e funzionamento della personalità.

Il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo comporta una circolarità dei processi tra percezione-rappresentazione-autopercezione: «... presentandosi un'interferenza visiva nel mondo esterno, o presentandosi una perturbazione percettiva nel mondo interno, l'osservazione non potrebbe essere svolta senza un *tempo – durata*, del fenomeno o dei fenomeni; l'osservazione, tra l'altro non riguarderebbe solo l'oggetto, eventualmente presente e visto nel mondo esterno, ma anche le dimensioni interne spazio-tempo, che creano continuamente rappresentazioni mentali di figure e sfondi nel mondo interno, riguardanti parti di una autopercezione, oltre che di una percezione verso il mondo esterno. Il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo elabora sicuramente l'interferenza visiva, anche se presente per una durata di una frazione infinitesimale di tempo, perché non crei squilibri psichici, pur minimi o lievi, dando correzione immediata segnaletica agli altri sistemi complessi del campo organismo, e tendendo all'equilibrio dinamico percettivo ed emotivo» (Frateschi M., 2012).

Dunque, un paziente con disturbo narcisistico di personalità potrebbe avere subito un trauma prima dei tre anni di vita. In questo caso, il paziente avrebbe potuto costruire solo l'ide-

ale dell'Io, erede del narcisismo primario; non avrebbe potuto vivere l'Edipo e non avrebbe potuto costruire il Super-Io. Il conflitto sarebbe stato vissuto tra Es, Ideale dell'Io e realtà. Un risvolto potrebbe essere stato l'oggetto-trauma di Green (1983): «Parlando d'oggetto-trauma, considero soprattutto la minaccia che l'oggetto rappresenta per l'Io, nella misura in cui esso, per il fatto solo di esistere, costringe l'Io a modificare il suo regime». Per il paziente l'oggetto in sé non sarebbe stato né fisso né permanente; sarebbe aleatorio nel tempo e nello spazio; cambierebbe d'umore, di stato, di desiderio e costringerebbe l'Io ad un aggiustamento continuo; l'oggetto verrebbe messo a fuoco tramite il sentimento del troppo e del troppo poco; troppo presente, troppo poco presente; troppo assente o troppo poco assente; desiderabile e indesiderabile. Il paziente non potrebbe correre il rischio di investire pienamente l'oggetto nell'abbandono di sé, ovvero confidare nella situazione in cui ci si abbandona all'amore per l'oggetto. Il ritiro narcisistico potrebbe essere il corollario del disinvestimento oggettuale.

Per il paziente con disturbo narcisistico di personalità, quindi, la reattività può rispondere, di volta in volta, ad un funzionamento di simmetria, e la difesa prende la forma di un'identificazione primaria reattiva. La tendenza a creare una corazzata narcisistica protettiva e preventiva dei traumi attraverso freddezza, distanza, indifferenza, potrebbe costituire un ingannevole scudo, poiché l'oggetto ritornerebbe inevitabilmente attraverso sia l'angoscia di separazione, ovvero la perdita dell'oggetto, sia l'angoscia di intrusione, ovvero l'invasione dell'oggetto. La corazzata narcisistica potrebbe proteggere l'Io, con un'illusoria onnipotenza liberata dall'oggetto, ma dovrebbe fare fronte alla doppia angoscia di separazione e di intrusione. Una modalità di funzionamento "tutto o niente", "nero o bianco".

Durante il trattamento psicoterapeutico, per uscire da questa modalità di funzionamento, se-



duta dopo seduta, nella relazione terapeutica, va sviluppata una molteplicità di rappresentazioni d'oggetto e di affetti costituitisi nell'Inconscio, muniti della funzione segnale d'angoscia, per favorire un'autonomizzazione graduale del mondo della rappresentazione.

In generale, durante le fasi di controllo, fino alla conclusione del trattamento psicoterapeutico l'evoluzione della dinamica psicodifensiva può stabilizzare il sistema strategico psicoevolutivo difensivo del paziente, con un ridimensionamento dell'utilizzo dei meccanismi difensivi arcaici e tattici ed una discreta dinamica delle modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche.

Ogden afferma che: «Il paziente e l'analista si impegnano in un esperimento, nei confini della situazione analitica, che ha lo scopo di creare le condizioni nelle quali l'analizzando (con la parte-

cipazione dell'analista) possa migliorare la sua capacità di sognare i suoi sogni non sognati e interrotti. I sogni sognati dal paziente e dall'analista sono contemporaneamente i loro sogni (e rêverie) e quelli di un terzo soggetto che allo stesso tempo è il paziente e l'analista e nessuno di loro due» (Ogden T.H., 2007). La distinzione, nell'inquadratura psicopatologica, tra un sogno che deve essere sognato e un sogno che non può essere sognato, è che il primo caso rappresenta un fenomeno nevrotico oppure un altro tipo di fenomeno non psicotico, mentre il secondo caso è un fenomeno psicotico o associato a forclusione psichica. Il "terzo analitico" intersoggettivo (Ogden T.H., 1994) è presente sul campo psicoterapeutico psicomotivo insieme ai due soggetti separati, il paziente e l'analista. Il "terzo analitico" intersoggettivo inconscio esiste nel campo di forze generato dall'interazione dell'inconscio del paziente con l'inconscio dell'analista.



Green A. sul racconto del sogno, sulla retrospettiva del sognatore e sulla prospettiva dell'ascoltatore sostiene che: «il racconto del sogno rende percettibili i nostri processi di pensiero in relazione con il ricordo di questa percezione senza luce del sogno... i processi di pensiero sono in rapporto con una realtà che non è direttamente percepita né da colui che sogna né da colui al quale si rivolge il suo racconto; comprendiamo dunque che il racconto del sogno procede a una doppia costruzione, quella retrospettiva del sognatore, e quella prospettiva dell'ascoltatore del racconto che va a rimpiazzare la coscienza del sognatore nel sogno» e, inoltre, circa il lavoro analitico del sogno: «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» (Green A., 2012). Nel trattamento psicoterapeutico si deve distinguere tra ciò che è rappresentabile per il paziente da ciò che è irrappresentabile; si deve rapportare ciò che è nella conoscenza del paziente dall'inconoscibile della psiche della relazione con l'altro. Green definisce il setting come un "campo di forze": «Il setting (...) permette di prendere coscienza della forza che si manifesta in primo luogo sotto forma di transfert».

«Nello svolgimento delle prime sedute psicoterapeutiche con il paziente il simbolo prototipo può essere la percezione-rappresentazione scena-setting, terzo soggetto-oggetto. La regolazione della distanza emotiva dal soggetto-oggetto si sviluppa focalizzando con flessibilità la carica dell'investimento pulsionale, sia allontanandosi gradualmente, per scansionare un controllo sempre più esteso del campo (sfondo) entro cui è posizionato il soggetto-oggetto (forza-tensione-allontanamento), sia riavvicinandosi gradualmente, per scansionare un controllo sempre più mirato del soggetto-oggetto (figura) all'interno del campo (forza-tensione-riavvicinamento).

Oltre al fenomeno allontanamento-riavvicinamento, che richiama la sperimentazione e il riavvicinamento del processo di separazione-individuazione di Mahler, Pine, Bergman (1975), simultaneamente e in successione si verifica il fenomeno di prendere distanza da Sé soggetto-oggetto in quanto attore della scena, rappresentando un altro proprio Sé soggetto-oggetto in quanto regista che è fuori dal campo scena e la percepisce dall'esterno, come se da regista vedesse il campo intorno alla scena e gli attori in campo, cioè egli stesso e l'altro soggetto-oggetto. Perciò, il Sé soggetto-oggetto regista è in grado di prendere e regolare la distanza emotiva, poiché è colui che dirige il campo scena e il Sé soggetto-oggetto attore in relazione con il soggetto-oggetto Altro o terzo soggetto-oggetto. Il coinvolgimento emotivo in un campo scena del Sé soggetto-oggetto attore viene regolato dal Sé soggetto-oggetto regista che percepisce-rappresenta, costruisce e modifica le condizioni di sviluppo del campo della scena, e delle scene successive» (Fratreschi M., 2021a).

Con il metodo psicodinamico psicoevolutionista possono essere approfondite le condizioni sia del trauma precoce, dell'organizzazione limite, dei meccanismi di difesa, sia del sistema strategico psicoevolutivo difensivo, delle modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche, della sequenza dei fenomeni e degli eventi psicotraumatici e psicomicrotraumatici accumulati, della motivazione intrinseca strutturale e del condizionamento arcaico, sia, di seguito, ulteriori condizioni.

Ogni azione-reazione semplice o complessa e le dinamiche e i processi di interazione si delineano da protopercezioni e protorappresentazioni, attraverso configurazioni di fenomeni ed eventi simultanei e successivi del mondo interno, del campo organismo soggettivo (campo di forze soggettivo) in rapporto con il mondo esterno (campo di forze naturali).

L'origine della rappresentazione mentale si situa nella condizione dinamica affettiva, sentimentale, emotiva che ne determina l'ispirazione globale configurativa, impressa attraverso una forma (Gestalt forma buona o forma cattiva) e processi e contenuti intellettivi, cognitivi, comunicativi. Infatti, l'unicità di ogni rappresentazione è nella dinamica, quindi non si presenta solo in uno spazio-tempo statico, malgrado possa configurarsi in avvio un'immagine istantanea, o anche multiple rappresentazioni di immagini istantanee inconse. Il fenomeno nella dinamica e nel processo, composto da uno o più eventi di immagini istantanee, si configura simultaneamente e in successione nell'interazione con una molteplicità di fenomeni ed eventi simultanei e in successione. La rappresentazione porta in avanti lo spazio-tempo in virtù del modo proprio e dei significati essenziali inerenti l'ispirazione. Infatti, una peculiarità nella specie umana è la potenza rappresentativa che ci consente di immaginare il futuro e ne delinea la possibile percorribilità. Una rappresentazione distorta (Gestalt forma cattiva) può configurarsi come paura che ha nello sfondo-inconscio una sequenza di sfondi progressivi fino alla paura della morte.

Nelle fasi preistoriche per l'essere umano se una protorappresentazione era la paura mortale del fuoco, la rappresentazione era il fuoco della scoperta, non solo la scoperta del fuoco. La matrice primaria dinamica è slancio vitale, è il protofuoco che determina protorappresentazioni.

La dinamica percezione-rappresentazione pre-costituisce la narrazione spontanea, le associazioni libere e le impressioni del paziente. Il paziente riporta verbalmente le scene rappresentate di ogni relazione col mondo esterno, con l'Altro e nel contempo vive nel campo setting, anche per quella parte che non gli appartiene. È libero di fluttuare dalla percezione alla rappresentazione in ogni spazio-tempo che ha significato proprio; questa condizione umana

non solo predispone il vissuto del paziente fiduciosamente consentendogli di tessere la propria trama agevolmente, ma incardina anche gli aspetti tecnici transfert-controtransfert, "contenitore-contenuto". La narrazione del paziente delle scene, dei fenomeni e degli eventi immediatamente prima o simultaneamente in sé rappresentati costituiscono il modo soggettivo dell'essere in campo, in presenza del secondo soggetto-oggetto psicoterapeuta e del terzo soggetto-oggetto scena-setting. La rappresentazione tradotta attraverso la tessitura narrativa configura, per esempio, le scene dinamiche delle relazioni con la propria affettività e gli affetti Altri. La relazione con un fratello o con una sorella si rivela nel campo-scena-setting, ma è solo nella realtà interna del paziente; il potere trasformativo nel processo percezione-rappresentazione è dimostrato dalla sorpresa esplorativa che il paziente esprime. Il coinvolgimento emotivo nella narrazione della scena tra il paziente stesso e l'affetto familiare può disvelare il piacevole imprevisto vissuto mentre la rappresentazione si configura e viene tradotta con tonalità intensa comunicativa.

Lo psicoterapeuta può lasciarsi sorprendere dal paziente e può accompagnare la narrazione a due, anche con il silenzio che crea uno sfondo di buon contenimento di quanto emerge. Il paziente conquista la libertà, un po' per volta, di essere nel campo-scena-setting figura centrata, attraverso una rielaborazione progressiva, che gli consente di ascoltare e osservare nel mondo interno fenomeni ed eventi. L'altra figura, secondo soggetto-oggetto, psicoterapeuta, può rimanere nello sfondo al margine, appunto seconda figura rispetto alla prima figura. Quanto più lo psicoterapeuta è al margine dello sfondo tanto più si configura il contenitore, che evoca una disposizione controtransferale regolata nella distanza e, nel contempo, accogliente.

«La teoria psicoevoluzionista dei fenomeni multipli simultanei e in successione, la motivazione in-



trinseca strutturale e il condizionamento arcaico, i cinque principi psicologici categoriali, la congruenza intima psicofisiobiologica vengono esaminati e rielaborati nella psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista attraverso i metodi e le tecniche dell'analisi e dell'interpretazione: della percezione, della rappresentazione, dell'immaginazione, della scena, del campo, del sogno, del setting, della figura-sfondo, della sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici accumulati, ecc. » (Frateschi M., 2021a).

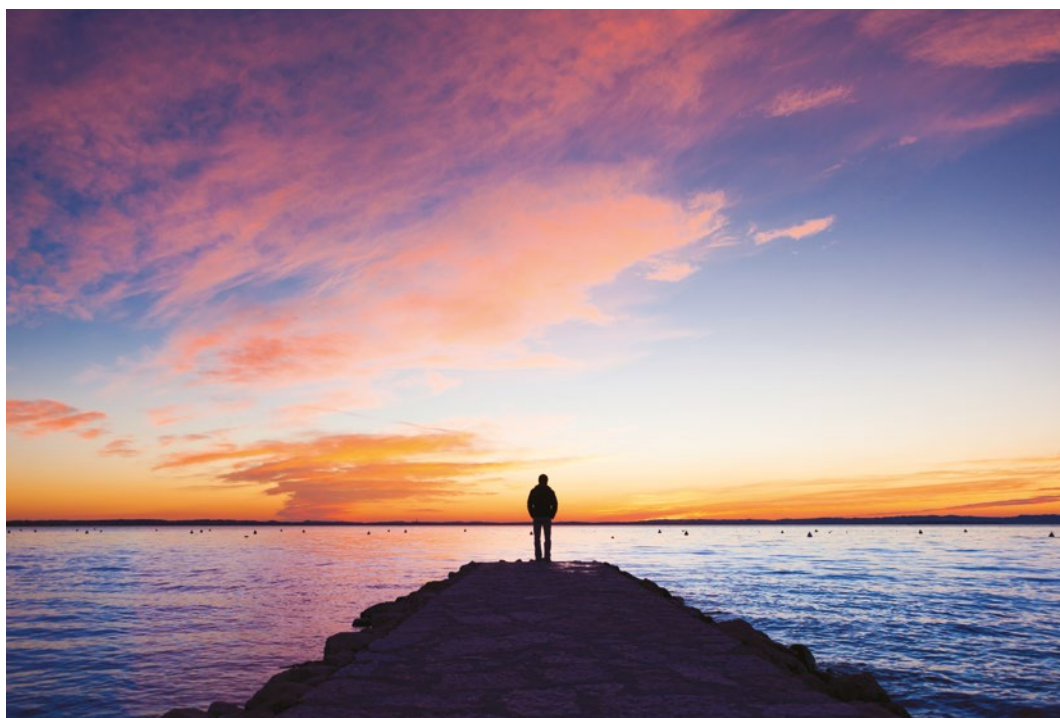
Riprendere la complessa tessitura dei fenomeni e degli eventi del passato e riprendere il filo dal punto interrotto della trama è come nella sequenza passata delle percezioni-rappresentazioni la zona dello sfondo in ombra che va illuminata per consentire chiarezza alla configurazione e scoprire la dinamica di altre figure non rivisitate. L'analisi della scena presente va riconfigurata rispetto alla tessitura per cui la

percezione dello psicoterapeuta riguardante l'espressione del sentimento del paziente va riconfigurata in base alle scene rappresentate al passato e nel presente.

Un paziente durante una seduta riferì una traccia onirica. La rappresentazione di un'unica scena sognata della sua vita, come un'immagine fulminea che la raccoglieva tutta d'un colpo, un insight, e mi disse: «L'ultimo sogno è la vita intera; al risveglio non so dove mi ritroverò, in quale realtà sarò. Non potrà esserci oltre un altro sogno».

BIBLIOGRAFIA

- AMADEI G., CAVANNA D., ZAVATTINI G.C., (2015). Psicologia dinamica, Società editrice il Mulino, Bologna.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5). Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.



- BERGERET J. (1974). La personalità normale e patologica. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1984.
- BERGERET J. (1996). La personnalité normale et pathologique. Dunod, Paris. Tr. It. La personalità normale e patologica. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- DRAGUNS J.G. (2004). Defense mechanism in the clinic, the laboratory, and the social world: toward closing the gaps, in U. Hentschel, G. Smith, J.G. Draguns, e W. Ehlers (a cura di), *Defense Mechanisms. Theoretical, Research and Clinical Perspectives*, Elsevier, Amsterdam.
- 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. (1997). L'evoluzione in Psicologia. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2012). Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista. Armando Editore, Roma.
- FRATESCHI M. (2015). Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 15, 6/2015, pp. 37-44.
- FRATESCHI M. (2019). Psicodinamica, angoscia e psicomicrotrauma. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 23, 6/2019, pp.112-131.
- FRATESCHI M. (2020a). Sogno e percezione psicoevoluzionista della scena. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 25, 6/2020, pp.182-203.
- FRATESCHI M. (2020b). Il metodo psicodinamico psicoevoluzionista. In «Metodi e applicazioni della sperimentazione psicologica. Aspetti storici ed epistemologici e rilevanza sociale». Di Nuovo S., Sinatra M., Traetta L., (a cura di), Pensa MultiMedia Editore, 2020, Lecce.
- FRATESCHI M. (2020c). Psicoevoluzione, salute e formazione. Comunicazione presentata alla Conferenza Internazionale online "Il benessere dentro e fuori. Il corpo, la mente, l'ambiente. Will-being from the inside out to the outside in. Body, mind, and environment", Aula Magna – Università degli Studi di Bari.
- FRATESCHI M. (2021a). Psicomicrotrauma. Psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista. Armando Editore, Roma.
- FRATESCHI M. (2021b). Psicomicrotrauma e alleanza terapeutica. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 28, 12/2021, pp.55-65.
- FREUD S. (1901). Frammento di un'analisi d'isteria. Caso clinico di Dora. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- GREEN A. (1983). 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.
- MAHLER M.S., PINE F., BERGMAN A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation. Basic Books, New York. Tr. it. La nascita psicologica del bambino. Ed. Boringhieri, Torino. 1978.
- 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. (2007). Sul parlare come sognare. Tr. It. in *Riscoprire la psicoanalisi*. Pensare e sognare, imparare e dimenticare. CIS, Milano, 2009, pp. 21-48.
- WINNICOTT D. W. (1965). Sviluppo affettivo e ambiente, Roma, Armando Editore.
- WINNICOTT D. W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London.



MOBBING

ESPRESSIONE DI DINAMICHE DISTORTE NELLE GERARCHIE ORGANIZZATIVE

Marina CaravellaAnalista Transazionale Didatta
e Supervisore, già Dirigente
Psicologo ASL FG

RIASSUNTO

Il mobbing viene letto come una *vittimizzazione* di gruppo caratterizzato dalla messa in atto, sul luogo di lavoro, di comportamenti persecutori, protratti nel tempo, da parte di pari grado o sovraordinati nei confronti di altri colleghi. Nasce e si consuma anche a causa dell'inerzia degli *spettatori*, che aderiscono coralmemente per paura o strumentalmente alle logiche degli *aggressori* che, di solito, hanno uno *status* manifesto o nascosto elevato e sono spinti da una perversa concezione dell'accumulo del potere mista al gusto di sopravvivere agli altri.

L'autrice, oltre a considerare le implicazioni relative ad assetti regressivi nella dinamica delle organizzazioni (gerarchie esecutive), ritiene centrali nel conformarsi ad agire condotte non etiche o dannose: *l'influenza dall'autorità e l'assunzione di un ruolo* riconosciuto da simboli specifici. Come hanno dimostrato gli esperimenti di Psicologia Sociale, l'individuo in un gruppo, attraverso

l'autorizzazione, la routine e la disumanizzazione, si ritiene assolto dalla responsabilità di operare scelte secondo criteri morali, non si cura più delle conseguenze delle sue azioni e precipita in uno stato *eteronomico*, in cui il sentire personale cede il passo agli obblighi di ruolo e all'etica dell'obbedienza.

PAROLE CHIAVE

Mobbing, gruppo, assunzione di un ruolo, status, etica dell'obbedienza, vittima

"La follia è molto rara nei singoli individui. Nei gruppi, nei partiti, nei popoli, nelle epoche essa è la regola."
Friedrich Nietzsche

A distanza di dieci anni, con questo scritto, ho come scopo il ricordare la morte di due colleghi con i quali ho lavorato in un Centro di Salute Mentale per molti anni, prima del 2012. La loro scomparsa non va rimossa poiché, al pari degli omicidi per mano degli utenti di Paola Labriola

e di Gianna Stellabotte, permette di comprendere, all'interno dei gruppi istituiti, i percorsi di violenza che, secondo la mia analisi ed esperienza, vanno ricercati nelle dinamiche disfunzionali delle organizzazioni lavorative quando, la regressione sostituisce la razionalità della leadership, danneggiando individui ed istituzioni in un processo distruttivo dominato dall'indifferenza, dall'interesse e da condotte extrarazionali ed irrazionali. Questa lettura rimanda il fenomeno mobbing ad una dinamica di gruppo, caratterizzata da potenziali assetti regressivi e distruttivi causati da un *"ridotto senso di responsabilità, un grado inferiore di energia intellettuale, una maggiore sensibilità ad influenze extralogiche"* (Le Bon, 2004 p. 7)

Le riflessioni teoriche presentate sono supportate dall'esperienza in un Centro per il Disadattamento Lavorativo (SPESAL) in cui ho svolto la mia attività da settembre 2012 a giugno 2021 e si basano anche sui risultati di una ricerca empirica che aveva coinvolto dieci soggetti (cinque maschi e cinque femmine), di età compresa tra i 35 e i 59 anni, ai quali una psicoterapeuta specializzanda aveva somministrato il Rorschach e il MMPI-2. La lettura dei risultati dei due tests aveva rilevato l'assenza di psicopatologia pregressa nel nostro campione. Pertanto la causalità del fenomeno, alla luce dei dati raccolti, andava ricercata nella dinamica evolutiva o involutiva della fenomenologia persecutoria, evidenziando il coinvolgimento di tutti i protagonisti nel processo scatenante, seppure con diversi gradi di responsabilità come, di fatto, risultava dalle narrazioni delle storie lavorative non solo del gruppo testato ma anche degli altri assistiti.

Nel nostro Paese in assenza di un inquadramento giuridico del fenomeno ci si appoggia alla Psicologia Sociale e alla Psicologia del Lavoro definendolo come una forma di vittimizzazione specifica dell'ambiente professionale in cui le dinamiche aggressive sono finalizzate a danneggiare un soggetto diventato bersaglio, a causa di una

logica divergente o di un pregiudizio, di attacchi ingiustificati e ripetuti che possono dare come esito finale il suicidio della vittima designata. Gli aggressori sono spinti il più delle volte da una perversa concezione dell'accumulo del potere mista al gusto di sopravvivere agli altri.

Molti sono gli autori, tra i quali Ege (1997), Zapf (1999) e Hirigoyen (1998), che si sono occupati di mobbing cercando di far luce sul fenomeno e spiegando i motivi per cui esso si verifica; i diversi modelli da loro esposti affrontano il problema da punti di vista differenti. Si analizzano soprattutto gli aspetti della personalità dei singoli appartenenti al gruppo e dell'ambiente di lavoro che possono favorire lo sviluppo del fenomeno, lasciando sullo sfondo marginalmente l'aspetto legato alle dinamiche di potere nei gruppi istituiti che lo costruiscono e costituiscono.

Sostanzialmente sembrano negati o ridotti, a mio parere, gli elementi costitutivi presenti già nell'interpretazione etologica di Lorenz del fenomeno, trasposta per primo da Leymann (1996) nel contesto lavorativo che ha sottolineato la *"comunicazione ostile e non etica"* e la **natura asimmetrica del conflitto relazionale** nella sua definizione.

Il mobbing è un fenomeno di gruppo caratterizzato dalla messa in atto, sul luogo di lavoro, di comportamenti vessatori e discriminatori, protratti nel tempo, da parte di pari grado o sovraordinati nei confronti di altri colleghi. Nasce e si consuma all'interno di un'organizzazione a causa dell'inerzia degli *spettatori*, che aderiscono corralmente per paura o per vantaggio secondario alle logiche degli aggressori che, frequentemente, hanno uno status manifesto o *sotto traccia* (nascosto) elevato. Più nello specifico, sono i processi paralleli e gerarchici di gruppo ad influenzare, contaminando attraverso la mimesi e l'identificazione, l'intero sistema con condotte persecutorie che di solito assumono la forma di intimidazioni psicologiche, aggressioni verbali o altri agiti ostili tesi ad arrecare timore, disagio,



malessere o sofferenze psicofisiche alla vittima anche in assenza di provocazione da parte della stessa. L'elemento caratterizzante il mobbing è la finalizzazione della condotta all'esclusione sociale e all'espulsione del prestatore di lavoro, un processo caratterizzato da stadi che può concludersi con l'uscita anticipata dal mondo del lavoro o terminare tragicamente.

Senza lavoro l'uomo perde inesorabilmente la sua dignità (identità) e con essa l'eguaglianza e la libertà. Il lavoro, infatti, non solo colloca la persona nella dimensione delle relazioni sociali, in cui il soggetto astratto s'incarna nell'uomo concreto che conquista un ruolo sociale, ma costituisce anche un mezzo per costruirsi persona. Il ruolo lavorativo è quindi funzionale all'identità e ci posiziona socialmente. Ai ruoli è legato lo status che comprende il potere d'influenza e, naturalmente, la gerarchia, dei diversi attori all'interno delle dinamiche, manifeste e nascoste, di un gruppo.

Nelle organizzazioni lavorative quando esistono delle carenze di risorse o dei limiti negli aspetti strutturali, delle confusioni gerarchiche (di ruolo) o delle inadeguatezze gestionali ed amministrative, le funzioni del gruppo di lavoro si perdono e le relazioni interne cominciano a deteriorarsi in un processo regressivo caratterizzato da conflittualità manifesta e nascosta.

In questo processo regressivo e patologico s'inscrive l'aggressività agita verso un membro del gruppo attraverso le condotte violente, le cui radici affondano, a ben vedere, nei miti e i riti della Grecia antica in cui il *capro espiatorio*, aveva la funzione di assorbire il *loimos*, lo sporco della comunità.

Il fenomeno mobbing può essere letto come la trasposizione di un rito culturale arcaico che si ripropone nelle istituzioni lavorative quando nel gruppo o nella organizzazione emergono crisi che minacciano la cultura, l'omeostasi o la sopravvi-

venza. Queste minacce dovute a processi interni o esterni fanno precipitare il gruppo ad un livello in cui al pensiero e alla riflessione vengono sostituiti aspetti emotivi che favoriscono la regressione e si perdono così i confini individuali e quelli di gruppo.

Nell'atto sacrificale il gruppo, giunto al parossismo della disgregazione e della conflittualità, ritrova la sua unità d'un colpo con un meccanismo semplice: un'alleanza contro un *Persecutore* comune, cui attribuire le colpe assolvendosi dalle proprie responsabilità. Il *Persecutore* può essere un diverso, il portatore di una mentalità che si discosta dal pensiero conformistico del gruppo, uno che rompe con le regole non scritte cui il gruppo si è adeguato e che disturba con i suoi codici di pensiero divergenti. Si genera così una violenta tensione, dapprima agita, con occasionali e apparentemente scollegati episodi di aggressione, che in un crescendo si intensificano drammaticamente sul soggetto, spinto nella posizione di *Vittima* e attaccato fino alla sua esclusione dal contesto lavorativo. Nel caso di un aggressore esterno la *Vittima* funge da *Salvatore* del gruppo disfunzionale che può proiettare sull'estraneo la sua disgregazione ritrovando una precaria ed instabile unità.

Ignorare queste dinamiche, i processi interni ed esterni gruppali, significa non riconoscere l'aggressività insita nella relazione individuo-gruppo e tra gruppi diversi, le cui conseguenze ricadono tragicamente su singoli individui e si estendono all'intera organizzazione e alla società. Tali processi si muovono entro la struttura dei legami istituiti nel tempo attraverso la costruzione sociale di "*modi di dominio*" che vengono conservati mediante un lavoro incessante di riproduzione. È quindi nelle dinamiche implicite ed esplicite di potere in un gruppo istituito e le congiunture peculiari della realtà istituzionale che può svilupparsi il mobbing, i cui attori, all'interno dei ruoli costituiti gerarchicamente, utilizzano il conformismo come meccanismo di difesa per annullare la re-



sponsabilità nell'agire atti violenti o nel restare indifferenti, riproponendo quello che la Arendt ha definito, in relazione all'orrore delle deportazioni, la *"banalità del male"* (1963).

La banalità del male è influenzata dall'esercizio distorto dell'autorità e viene confermata in molti esperimenti di Psicologia Sociale. L'influenza dall'autorità e l'assunzione di un ruolo riconosciuto favorirebbero, come risulta dagli esperimenti di Milgram del 1963 e di Zimbardo del 1972, le condotte ostili e non etiche. I comportamenti nei due esperimenti venivano messi in atto da persone prive di tratti caratteriali che predisponessero ai maltrattamenti e alla violenza.

L'esperimento di Milgram dimostrò che gente comune accetta di infliggere ad altri individui quelli che pensa siano shock elettrici, anche di intensi-

tà tali da poter arrecare gravi danni per l'effetto *"dell'obbedienza all'autorità"*.

Nell'esperimento di Zimbardo i volontari (che non presentavano alcun segno di anormalità) erano stati suddivisi a caso in prigionieri e guardie carcerarie. Ad entrambi furono dati dei simboli di riconoscimento della loro posizione e c'era una lunga lista di norme. Coloro che avevano il ruolo di guardia diedero subito dimostrazioni del loro potere con atti di crudeltà.

Zamperini (2001) riprendendo i risultati delle ricerche sperimentali sull'inibizione morale al mettere in atto comportamenti violenti, sottolinea che può essere erosa da tre fattori, che egli denomina *l'autorizzazione, la routine e la disumanizzazione*. L'autorizzazione, il sentirsi cioè autorizzati dall'alto ad attuare azioni distruttive, corrispon-



de all'assunzione dell'obbedienza agli ordini superiori come criterio morale fondamentale.

Inoltre, quando un'azione è organizzata in tutti i suoi dettagli, tende ad assumere l'aspetto di una semplice procedura burocratica che toglie ogni possibilità di manifestarsi alla resistenza morale. Quando la ripetizione di certe azioni le trasforma in routine, si può verificare un processo di desensibilizzazione in cui il ruolo della decisione e della scelta è completamente azzerato, evitando così l'emergere di dissonanze cognitive e dilemmi morali.

Tuttavia è la disumanizzazione lo strumento che si rivela più efficace per inibire l'empatia sia negli aggressori che negli spettatori. La disumanizzazione viene agita con condotte che mirano ad allontanare la vittima dagli altri membri del gruppo.

Tramite questi meccanismi l'individuo si ritiene assolto dalla responsabilità di operare scelte secondo criteri morali, non si cura più delle conseguenze delle sue azioni e precipita in uno stato eteronomico, in cui il sentire personale cede il passo agli obblighi di ruolo.

Questo conformismo riguarda l'uomo delle organizzazioni che, incapace di provare emozioni e stati d'animo, deficitario nello sforzo di costruire relazioni autentiche, assumerà il rigido copione del burocrate sincronizzandosi con l'alessitimia delle organizzazioni, in un passivo adattamento che congelerà il dialogo interpersonale (Zamperini, 2007).

Le conclusioni degli esperimenti di Milgram dimostrano che le condotte non etiche e aggressive sono correlate ai modelli d'interazione sociale più che ai tratti di personalità. Se vi fossero dei dubbi in proposito è probabile che essi svaniscano esaminando i risultati dell'esperimento di Zimbardo in cui viene eliminato anche il potenziale fattore di disturbo costituito dall'autorità istituita, impersonata dallo sperimentatore. Nell'esperimento di Zimbardo non c'era nessuna autorità esterna a cui appoggiarsi per liberarsi dal peso

della responsabilità. Tutta l'autorità emanava dal ruolo distribuito ai soggetti tra diverse posizioni all'interno di un modello codificato d'interazione (Bauman, 1992).

Gli agiti violenti scaturivano quindi dall'identificazione attraverso i simboli di appartenenza al ruolo, dal contesto sociale e non dalla presunta malvagità dei partecipanti. Se i ruoli fossero stati invertiti, il risultato complessivo non sarebbe cambiato. A quanto sembra il nucleo fondamentale sta nella facilità di scivolare nel ruolo purché sia stato debitamente rafforzato e legittimato da un'autorità superiore.

In sintesi, le condotte non etiche all'interno del contesto lavorativo ed in quello più ampio sociale sono una questione riguardante i ruoli e l'etica dell'obbedienza nelle gerarchie di potere dettata dalla cultura del gruppo d'appartenenza. Pertanto, riconosciamo nel *"mobbing"* una forma di terrore psicologico, ripetuto e protratto nel tempo in un'organizzazione (*gerarchia esecutiva*) lavorativa, agito attraverso disconferme e palesi abusi di potere, che arreca danno ad uno o più soggetti, ponendoli nel ruolo di capro espiatorio. La persona mobbizzata subisce un attacco condiviso ed attivato strumentalmente in risposta a meccanismi di conformismo all'autorità in un contesto in cui non esistono più regole e leggi.

Il mobbing è, quindi, un processo di violentizzazione, che va letto sempre alla luce della psicologia sociale e delle dinamiche strumentali (prevalenza del fattore interesse sul sentimento) di gruppo. Esso è basato, come ci insegna Girard (1987), sugli stereotipi della persecuzione che conducono, durante periodi di crisi istituzionali, alla violenza collettiva e alla scelta di un capro espiatorio. Il crollo delle istituzioni, cancellando o comprimendo le differenze gerarchiche e funzionali, moltiplica gli scambi ostili in un contesto in cui prevale la confusione che sommerge e fa dimenticare tutte le leggi dell'amore e della natura.

Il suicidio è messo in atto quando il soggetto ha interiorizzato l'inutilità degli sforzi per la soddisfazione dei propri bisogni vitali (biologici, psicologici e sociali) in un contesto che lo ha ostracizzato, non trova come il Sisifo di Camus l'idea di immaginarsi felice, viene eroso negli affetti e nel pensiero dalle dinamiche di potere dei gruppi d'appartenenza, vede delusa ogni aspettativa a lungo perseguita fino a perdere il senso e la potenza del Sé corporeo.

Il suicidio del mobbizzato rappresenta, come ha ben scritto Emile Durkheim riferendosi al un contesto sociale più ampio di Stato, *"l'autoaffondamento del cittadino cui sono strappati non solo i diritti ma gli obblighi della cittadinanza: la libera sottomissione alle necessità del lavoro, il sentirsi parte di una società, di un ordine professionale, di un sindacato che includa e integri"* (la citazione è di Barbara Spinelli).

In conclusione, un aspetto fondamentale del mobbing è legato alle dinamiche aggressive strumentali che possono generarsi all'interno dei gruppi per la conquista di posizioni più vantaggiose nelle gerarchie di potere ed è finalizzata ad uno scopo, che riguarda il dominio di una persona su un'altra, per l'ascesa nella gerarchia di un gruppo o il predominio di un gruppo su un altro.

Il mobbing è, quindi, un problema che non può essere ricondotto né a semplici *"problemi personali"* del soggetto che lo subisce, né alle dinamiche di semplice conflitto nel contesto lavorativo. Il conflitto fisiologico si struttura, infatti, quando le parti in opposizione hanno uguale potere e forza; se invece le forze sono squilibrate la parte più debole si può trasformare in vittima.

L'auto - soppressione è di solito considerata da psicologi e psichiatri una scelta individuale, l'esito di un processo intrapsichico conflittuale in cui *"un'aggressività innata"* viene orientata verso sé stesso, oppure viene spiegata come un deficit dovuto ad un deragliament biologico, che non riguarda il socia-

le, il tempo di un soggetto confinato in uno spazio, in un ruolo. Un soggetto che ha perso la possibilità di immaginarsi il futuro a causa del rifiuto e dell'ostracismo. Questa nostra negazione diventa un meccanismo difensivo per allontanare l'idea che le passioni tristi possano penetrare e pervadere il Sé, risalendo dal sociale al nucleo dell'individuo. In altre termini, l'esito di un processo costruito socialmente nelle dinamiche di gruppo viene attribuito, nelle nostre visioni terapeutiche ed umane riduttive, a *"dispiaceri intimi"* o *"malattia incurabile"* e diventa oggetto di classificazioni che derivano dalla nostra necessità di allontanarci e proteggerci dal fenomeno con teorie che separano il suicida da noi e dal suo contesto d'appartenenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ARENDT A., (1963) La banalità del male, Feltrinelli, Milano, 1964
- BAUMAN Z., (1992) Modernità e Olocausto, il Mulino, Bologna
- EGE H., (1997) Il mobbing in Italia, Pitagora, Bologna
- GIRARD, R. (1987) Il capro espiatorio, Adelphi Edizioni, Milano
- HIRIGOYEN M. F., (1998) Molestie sessuali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro, Einaudi, Torino, 2000
- LE BON G. (2004) Psicologia delle Folle, TEA S.r.l., Milano
- LEYMAN H., (1996) The Content and Development of Mobbing at Work, in "European Journal of Work and Organizational Psychology" n.5 pp. 165-184
- SPINELLI B., (2012) Quando il cittadino diventa un clandestino, in "La Repubblica", 11 aprile
- ZAMPERINI A., (2001) Psicologia dell'inerzia e della solidarietà, Lo spettatore di fronte alle atrocità collettive. Einaudi
- ZAMPERINI A., (2007) L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale, Einaudi
- ZAPF D., (1999) Organizational group related and personal causes of mobbing/bullying at work, in International Journal of Manpower, 20, 1-2, 70-85



UN LIBRO SOVVERSIVO DI UNO PSICOLOGO POCO NOTO

TEORIA PSICOANALITICA

GEORGE S. KLEIN

"Stabilire la continuità del senso di sé sembra dunque essere un'esigenza e un obiettivo evolutivo."

(G. S. Klein, 1993, p.305)

Maurilio Verdesca
Psicologo clinico, progettista sociale

RIASSUNTO

Il presente articolo è stato suddiviso in due parti, in modo da ricalcare la struttura del libro *Teoria Psicoanalitica: i fondamenti* di G. S. Klein.

L'intento di chi scrive è di mettere in risalto quelle idee, del libro in oggetto, che si sono poste in senso discontinuo ed originale rispetto alla tradizione psicoanalitica dominante negli anni '70; anni, durante i quali, la prima edizione di tale scritto ha visto la luce.

Pertanto, a seguire, oltre ad avanzarne una sintesi critica, si tenteranno di cogliere e contestualizzare alcune intuizioni proficue per la clinica odierna.

PREMESSA

George S. Klein, allievo di Rapaport è uno psicologo, ad oggi, poco noto negli ambienti accademici Italiani. Difatti, è molto probabile ad es. concludere gli studi universitari senza imbattersi in un solo

libro di psicologia che quantomeno lo annoveri al suo interno o ne approfondisca debitamente i contributi. Si tenga a mente ad es. come la sua raccolta di articoli (pubblicata dalla *International Universities Press* nel 1976) giungerà in Italia, sotto il titolo di *"Teoria psicoanalitica – i fondamenti"* quasi un ventennio dopo (ossia, nel 1993).

Intendiamoci, il libro in oggetto non si presta ad esser letto tutto d'un fiato, anzi, spesso la sua lettura pare procedere a fatica; tuttavia, con le dovute riflessioni, una serie di concetti (che nel presente articolo sono stati selezionati e sintetizzati) potrebbero tornare tutt'ora innovativi ed utili, considerando l'affascinante eco contemporaneo che tacitamente continuano a conservare.

INTRODUZIONE

G. S. Klein (che non è parente della più nota collega Melanie) muore nel 1976, a circa 55 anni, nel



culmine della propria carriera, proprio mentre era intento a sistematizzare la sua matassa di articoli.

Questi ultimi, erano stati stilati con l'intento di dare nuova luce alla psicoanalisi, liberandola dalle nevrosi che la affliggevano e appesantivano. Come specifica Nino Dazzi, nell'introduzione all'edizione italiana del libro in questione, l'obiettivo esplicito di Klein, non era affatto quello di revisionare e ristrutturare la metapsicologia freudiana con un impianto teorico più aggiornato (ad es. basato su evidenze empiriche neuropsicologiche o derivanti dalla cibernetica, dalle nuove scienze cognitive, ecc.). L'intento primario che si poneva era, invece, più radicale: l'obiettivo di Klein era, infatti, quello di superare, in toto, la metapsicologia, in quanto - a suo dire - essa era del tutto inutile, irrilevante e svantaggiosa per l'impresa analitica stessa.

Questo obiettivo, però, Klein non lo potrà mai completare in prima persona, se non in modo parziale e frammentario, solo per mezzo degli sforzi postumi di editing da parte di Gill e Goldberg; due suoi colleghi che tenderanno di curare e raccogliere i contributi di Klein, proprio all'interno del volume *Teoria Psicoanalitica* (Klein, 1993; Migone, 2004).

PARTE PRIMA DEL VOLUME: DILEMMI E OBIEZIONI

Scrivendo Klein (1993, p.13): «L'obiettivo che mi propongo in questo libro vuole avere il pregio di reintrodurre la semplicità nella teoria psicoanalitica, tormentata da una superflua complessità¹ (...). La sua eccessiva complessità deriva da due universi esplicativi differenti (...). È necessario liberare i concetti (...) dal pesante e disperante fardello della superflua metapsicologia.»

¹ A parer di chi scrivere, piuttosto che di "complessità", in questo caso, sarebbe più idoneo parlare di "complicazione".



Secondo Klein vi erano, dunque, due universi teorico-esplicativi incompatibilmente co-esistenti: uno di tipo prettamente clinico e l'altro di tipo teorico (e cioè metapsicologico).

Ebbene, di entrambi, gli psicoanalisti dell'epoca, pur assumendo di fatto solo il primo universo teorico (dato il suo alto valore euristico), finivano formalmente per ereditarne compulsivamente anche il secondo, non tanto per ragioni di utilità quanto per ragioni più dogmatiche e fideistiche rispetto alla tradizione vigente.

La rinuncia al concetto di metapsicologia: una teorectomia radicale²

È una questione ancora odierna, quella di mettere in evidenza come quanto della psicoanalisi funzioni sia da attribuire a fattori altri, che soprattutto la teoria metapsicologica non coglieva a pieno - rimanendo incastrata in una sorta di punto cieco.

Secondo G. S. Klein, le scoperte di Freud, troverebbero valore esplicativo altrove, in un contesto teorico altro; L'autore in questione, paradossalmente tenta proprio di salvaguardarle, svincolandole in tal senso da un background anacronistico e sfuocato.

Klein così, lungi dal buttare via l'acqua sporca con tutto il bambino, si poneva di buttare, una volta per tutte, solo la metapsicologia, in qualunque forma venisse essa proposta; compresa quella di stampo eccessivamente neurofisiologico. Infatti « (...) *un neurofisiologo osservando gli eventi che hanno luogo negli occhi e nel cervello di un uomo che vede, sarebbe invariabilmente incapace di vedere ciò che lo stesso vede attraverso essi.* » (ibidem, p.66)

«*Gli obiettivi della psicoanalisi* - prosegue a Klein (ibidem, p.58) - *sono più simili agli obiettivi del drammaturgo e del romanziere che non a quelli del biologo*».

La psicoanalisi, in questi termini, si sarebbe dovuta occupare, in maniera elettiva, dei *significati* che via via andrebbero rivelandosi in una narrazione; e, di fatti, sarà poi Schafer (1979) a spingere in tale direzione di ricerca. Klein, precisa, inoltre come: «*La comprensione fisiologica può perfino migliorare le nostre tecniche volte a ottenere un cambiamento terapeutico efficace. Tuttavia, la capacità di saper leggere l'intenzionalità, il significato e il senso si troverà sempre a un livello di osservazione peculiare e separato. Per lo psicoanalista non esistono stimoli e risposte, ma soltanto incontri dotati di significato. Il suo complesso e affascinante lavoro è proprio quello di decifrare quel significato* (Klein, 1993, p.75)».

A partire da queste premesse, quella che George S. Klein abbozzerà sarà, dunque, una teoria interamente basata sulla clinica, o meglio, *sull'incontro personale*; Quella da lui proposta, potrebbe sembrare una parafrasi o, al massimo, una timida ed inibita rivoluzione del pensiero Freudiano ma, a uno sguardo più attento, sarà possibile coglierne delle novità radicali e (forse eccessivamente) anti-riduzioniste.

In riferimento a ciò, è interessante anche notare come, nel corso delle pagine del volume, verranno introdotti ad es. il concetto di *schema cognitivo-affettivo* mutuato da Bartlett (Klein, 1993), quello di *sillogismo emotivo* mutuato da Alexander (1946) e vari collegamenti con le idee di Piaget (1957), ecc.

Ci si trova, dunque, di fronte ad un autore che

² È proprio il dizionario IPA (pag.36) a definirla come tale. Si consulti in merito: <https://online.flippingbook.com/view/738131/236/>

rompe decisamente con la terminologia classica, all'epoca in auge³.

Due teorie in conflitto: una psicoanalisi nevrotica

Si giunge, così, ad un bivio: da una parte vi è una teoria (pseudo)scientifica e meccanicista, riduzionista, basata su una fisica ottocentesca e, dall'altra, una teoria di stampo ermeneutico, più vicina alle arti e alle scienze umane. G. S. Klein sostiene rigidamente l'ultima; l'ovvia conseguenza di ciò sarà un netto spostamento dalla verità storica a quella narrativa.

A suo dire, la biologia e i processi neuropsicologici non riguarderebbero più gli psicoanalisti.

Un passaggio, questo, che sposta l'attenzione dalle pulsioni cieche alle *relazioni significative*; spostamento che, seppur lecito e plausibile, avrebbe esposto molti psicoanalisti al rischio del vuoto epistemologico dietro l'angolo. In effetti, la metapsicologia, ricevendo buoni consensi ed entrando nella cultura di massa, iniziava a godere di un certo prestigio culturale, conferendo ai suoi professionisti un surrogato di sicurezza scientifica. Il tentativo di disconfermarla, per quanto coraggioso fosse, sarebbe equivalso ad una sorta di atto eretico o, come lo definiva lo stesso autore, ad un *rogo intellettuale* (G. S. Klein, p.77)⁴. Non è questa la sede per esporre un dibattito che meriterebbe molto altro tempo

e spazio, tuttavia, esso - dagli anni '60 ad oggi - risulta tutt'altro che risolto. Questa dicotomia tra concezioni metapsicologiche e psicologiche anticipa un dualismo di grande attualità: quello tra pulsioni e relazioni, che in forma più recente, evidenzia la distanza che talvolta separa la ricerca dalla clinica (Migone, 2001).

L'autore, inoltre, propone di sostituire il termine sessualità (e dunque di *libido*) con quello di *sensualità*; un termine meno adultomorfo e, per questo, consono a descrivere i vissuti umani dei primi anni di vita. Il bambino, seguendo Freud, sarebbe incline all'eccitamento *sensuale*. La bocca ad es. sarebbe da considerarsi anche nella proposta di Klein come zona erogena, in quanto, fonte di sensazioni densamente innervata. Pertanto, essa rappresenterebbe una interfaccia sensoriale in grado di raccogliere e inviare sensazioni: una grande mole di informazioni percettive e cognitivo-affettive con una grande valenza organizzatrice sull'esperienza umana. Il bambino vivrebbe queste attivazioni come esperienze avvolgenti - in tale accezione *sensuali* - che, secondo Klein, sarebbero le basi sulle quali, in seguito, si fonderebbero le esperienze propriamente definibili come *sessuali*.

Il bambino vivrebbe queste attivazioni come esperienze avvolgenti e totalizzanti - in tale accezione *sensuali* - e, secondo Klein, esse diverrebbero le basi sulle quali, in seguito, si fonde-

³ Qui, a detta di chi scrive, giunge un pensiero: se è vero che a Klein spettano dei meriti, è anche vero come il suo tentativo di preservare la psicoanalisi in quanto teoria clinica necessita - giustamente - di aperture verso ambienti cognitivisti che in quegli anni andavano delineandosi; tuttavia, circa questa apertura Klein non sembra essere molto consapevole o, quanto meno, esplicito. Piuttosto essa pare essere inferibile in maniera retrospettiva.

⁴ Per il lettore interessato si rimanda all'articolo "G.S. Klein: dalla pulsione alla relazione. La critica alla metafisica freudiana e al concetto di energia pulsionale" scritto da Mauro Pini Livorno, pubblicato su Immagini inconscie, n.44 della Rivista di Psicologia analitica (1991) edita da Astrolabio e curata da A. Carotenuto. Suddetto articolo è liberamente consultabile al seguente link: http://www.rivistapsicologianalitica.it/v2/pdf2/44-1991-Immagini_inconscie/44-1991_Cap9_G.pdf.



rebbero quelle esperienze definibili propriamente come *sessuali*. Le valutazioni *embodied* – siano esse positive o meno – associate a tali interazioni (ad es. nel momento dell'allattamento diadico) diverrebbero schemi primari e prototipici – quelli che Bruner (1992) definirebbe dei *significati* – che modificherebbero e vincolerebbero le traiettorie costruttive di schemi futuri. Qui parrebbe, inoltre, rinvenibile l'influenza dei concetti Piagetiani di assimilazione e accomodamento (Piaget, 1957; Gold & Tronick, 2020).

La sessualità, allora, adeguatamente ricollocata⁵ e scotomizzata dal suo originario background pulsionale, continuerebbe a mantenere un ruolo centrale anche secondo Klein, in qualità di sistema motivazionale a rapido accesso gratificazionale.

PARTE SECONDA DEL VOLUME: VERSO LA RIAfferMAZIONE DI UNA TEORIA CLINICA DELL'INCONTRO

La seconda parte del volume, a differenza della prima, pare avere più la finalità di costruire che quella di distruggere. Per la precisione, ciò che l'autore andava delineandovi era un insieme di principi in grado di spiegare l'evoluzione e l'instaurarsi della patologia.

Un vocabolario moderno

Un concetto cardine, ad esempio, è rappresentato dal riconoscimento da due differenti forme di trauma: un trauma di tipo conflittuale e uno non-conflittuale⁶; la patologia, in quest'ottica,

non essendo più necessariamente innescata da fantasie, potrebbe anche emergere in risposta a perdite d'integrazione, di sicurezza psico-fisica, in altri termini, in risposta a situazioni e relazioni reali.

Questo punto di vista pare anticipare i risvolti intersoggettivi e interpersonali, sui quali le teorie cognitivo-dinamiche, assieme alla teoria della complessità, andranno (già dagli anni '80) via via convergendo. È così che, termini quali: *"continuità, coerenza, integrità, sintonia, frammentazione, disso-ciazione, ecc"*, sembrano spingersi anche al di là dei temi cari alla psicologia dell'io, sino a sfociare in veri e propri anticipi di quella che, tempo dopo, sarebbe divenuta la *svolta relazionale*, avvenuta poi in psicoanalisi – e non solo (Lingiardi et al, 2011).

Klein scrive che *i significati* (che non esita a definire come *informazioni in entrata*) verrebbero vagliati da un – non meglio specificato – *centro di controllo*, atto a mantenere l'omeostasi psicossomatica, tramite feedback positivi o negativi; col fine, ultimo, di assicurare un senso di continuità, di stabilità e coerenza del sé⁷. Ad ogni modo, quella qui descritta, pare un tentativo di rinuncia nei confronti dei concetti del *principio di piacere* e del *principio realtà*, ricorrendo così ad un linguaggio differente, con contaminazioni di matrice cibernetica e cognitivista.

Si assiste a dei passi radicali che consentirebbero – e forse imporranno – alla psicoanalisi di mettersi in discussione, rinnovando il proprio humus.

5 L'autore, inoltre, si discosta parzialmente dal modello Freudiano dello sviluppo psicosessuale, preferendo quello di Erikson (1953); esso si propone come teoria psico-socio-sessuale, di ampio respiro, se rapportato a quello Freudiano.

6 Il secondo si potrebbe definire secondo il DSM-5 come PTSD.

7 Le difese (e i sintomi) sarebbero, nell'ottica di Klein, comportamenti derivanti da uno schema emotivo-affettivo dissociato, in ultima analisi: sarebbero delle tentate soluzioni atte a preservare l'identità (Watzlawick & Nardone, 1997). Una prospettiva da cui ci si orienterebbe a leggere i sintomi come frutto di tentativi di coping, un tempo adattivi, portati allo stremo.



L'inversione di voce

G. S. Klein definisce *l'inversione di voce*⁸, come un meccanismo (intra ed inter) psichico, tramite cui il sé diverrebbe in grado di padroneggiare una esperienza subita passivamente, più nello specifico: risponendosi e risperimentandola attivamente, nel tentativo di renderla sintonica al sé⁹. Il fine di default, come scrive l'autore, sarebbe quello di essere in grado di «*possedere l'esperienza*» in modo da controllarla (Klein, 1993, p.284). Per fare un esempio, si pensi al copione nel quale talvolta la vittima assume il ruolo di carnefice. L'inversione di voce avrebbe la funzione di mettere in rapporto col sé quegli avvenimenti spe-

rimentati in modo distonico, annullando l'intrusione passiva e la dissonanza cognitiva che ne deriva; due elementi, i precedenti, tipicamente associati alle esperienze percepite come estranee e inevitabili.

Successivamente, Klein, prosegue chiarendo come sia ancora l'inversione di voce a permettere l'avvio al meccanismo dell'identificazione, centrale per lo sviluppo dell'individuo.

«Dal punto di vista evolutivo, l'aspetto forse più interessante del principio dell'inversione di voce è la sua utilità nello spiegare l'interiorizzazione e

⁸ Anche detta trasformazione dal passivo in attivo o identificazione con l'aggressore (Freud, 2014).

⁹ Questa idea, esposta egregiamente anche nel capitolo finale del volume, sarà quella su cui poi si edificherà in maniera più sistematica la CMT (Weiss, 2002) e su cui il filone interpersonale della psicoanalisi ristrutturerà il concetto di identificazione proiettiva. (Ogden, 2016; Migone, 2004)



la strutturazione dei rapporti interpersonali (G. S. Klein, 1993, p.311)».

Un infante, così facendo, può interiorizzare e *in-corporare* copioni di relazioni interpersonali di cui è stato partecipe. Una idea vicina ai MOI di Bowlby (1989): in altre parole, la qualità delle relazioni vissute sarebbe direttamente connessa alla qualità del senso di sé.

Inversione di voce, identificazione ed altre *funzioni* presiedute dall'io, guiderebbero lo sviluppo evolutivo della persona, permettendone la progressiva maturazione e conferendo al sé un senso di continuità dinamica, al servizio degli inevitabili compiti evolutivi cui si è chiamati ad adempiere.

L'incontro interpersonale e la correzione del concetto di sé

La terapia allora sarebbe lo spazio in cui dei significati si incontrano e si riorganizzano, si presume, al fine di aumentare la coesione e l'integrazione del sé. Difatti, un ulteriore concetto interessante - che riecheggia in maniera quasi profetica rispetto alle idee della Bucci (1999) - si ritrova in altri passaggi che G. S. Klein scrive, ad es. come il seguente: «*quando è possibile collegare una parola ad una esperienza, si verifica un aumento di precisione cognitiva e referenziale che, in alcuni casi, può essere equivalente al diventare consapevole di quel che precedentemente era vago e indefinito*».

Diviene chiaro, allora, come qui ci si trovi tra zone altamente sensibili che, ancora oggi, fanno da corpo calloso tra psicoanalisi e cognitivismo e che attualmente corrispondono a termini quali ad es. *memoria implicita ed esplicita, attività referenziale, simbolico e non-simbolico*, ecc.

Per quanto riguarda il concetto di *transfert*: esso viene concettualizzato dall'autore come una se-

rie di schemi cognitivi ed affettivi *inconsciamente attivi*¹⁰ nel rapporto con l'analista.

È all'interno di questo processo *interpersonale* che il paziente può giungere a *una correzione del concetto di sé*.

Al riguardo è scritto quanto segue: «*La presenza identificatoria del terapeuta, la sua influenza come figura che induce valore, è un aspetto potente, forse il più rilevante, del processo terapeutico. Si deve osservare, naturalmente, che l'impatto del terapeuta come quello del padre sul figlio, non ha un carattere didattico: si tratta, piuttosto, di una incorporazione identificatoria che diviene saliente proprio in quei momenti della terapia in cui è necessario confrontarsi con le idee rimosse*. (G. S. Klein, 1993, p.302)»

Queste parole paiono ben accordarsi alle concezioni di Bowlby (1989) sulla psicoterapia o a quelle posizioni sostenute al riguardo da Alexander (1946). Da quest'ultimo, in particolare, G. S. Klein mutua - come già scritto - anche il concetto di *sillogismo emotivo*, un modo più operativo di intendere le *libere associazioni*.

Insight emotivo vs Insight cognitivo

L'ultimo capitolo di quest'opera è, secondo il parere di chi scrive, a dir poco illuminante. Meriterebbe senza dubbio una trattazione a parte. La concezione della terapia che G. S. Klein qui delineava suona per molti versi fortemente contemporanea (sensazione che, permettetemi di osservare, a tratti si prova sfogliando anche alcuni lavori di Peterfreund); è quasi inequivocabile come l'idea che aveva in mente Klein presentasse fortuite sovrapposizioni con validate e recenti costruzioni teoriche, ad es. con la TMI e con i recenti filoni basati sulla regolazione emotiva (DiMaggio, 2019; Liotti e Guidano, 1983; Tronick, 2008; Le-

¹⁰ Klein chiarisce che le sue precisazioni derivino dal più noto costrutto teorico di fantasie inconse.

ahy et al, 2011). Questo emerge chiaramente in alcuni passaggi, ad es.: «La comprensione di un rapporto introiettato non è un problema di articolazione verbale; è una questione *esperienziale*; non basta la concettualizzazione di una relazione; la relazione deve venire *risperimentata* nel suo aspetto di sensazione. (G. S. Klein, 1993, p.334)»

CONCLUSIONI

Obiettivo del presente articolo è stato quello di mettere in evidenza alcuni concetti di Klein del tutto attuali in modo da corroborarne il valore pratico.

Certo, seppur non vi sia una elaborata riflessione teorica che ponga l'accento sulle interazioni reali e sui loro processi (a differenza ad es. di quanto fece Bowlby) sembra evidente, nel corso del saggio, come ci si sposti da una ottica tradizionale per muoversi implicitamente verso una direzione cognitivo-dinamica, ben accordata al linguaggio ad es. di diverse svolte moderne (Lingiardi et al, 2011; Cena & Imbasciati, 2014; Liotti & Migone, 1998).

A più riprese nel corso del volume si palesa un certo disordine concettuale, tuttavia, tenendo presente l'inevitabile incompiutezza cui tali scritti fisiologicamente sono andati incontro, non si può muovere una critica fondata all'autore in merito a tale aspetto, per via, appunto, della morte inaspettata e prematura cui Klein andò incontro.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic theory: Principles and applications*. New York: Ronald.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). The corrective emotional experience. *Psychoanalytic therapy: Principles and application*
- Bowlby, J. (1989). Una base sicura. *Cortina, Milano*.
- Bruner J., (1992), La ricerca del significato, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino
- Bucci, W. (1999). *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. Fioriti.
- Dimaggio, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento: Terapia metacognitiva interpersonale*. R. Cortina.
- Erikson, E. H. (1953). *Childhood and society*.
- Freud, S. (2014). *La psicoanalisi in cinque conferenze* (Vol. 495). Newton Compton Editori.
- Gold, C. M., & Tronick, E. (2020). *The Power of Discord: Why the ups and downs of relationships are the secret to building intimacy, resilience, and trust*. Little, Brown Spark.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. Guilford Press.
- Klein, G. S. (1993). *Teoria psicoanalitica: i fondamenti*. Cortina.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Lingiardi, V., Amadei, G., Caviglia, G., & De Bei, F. (2011). *La svolta relazionale. Itinerari italiani*. Raffaello Cortina Editore.
- Migone, P. (2001). La dicotomia tra clinica e ricerca in psicoterapia: due scienze separate. *Il Ruolo Terapeutico*, 88, 57-64.
- Migone, P. (2004). *Terapia psicoanalitica. Seminari* (Vol. 8). FrancoAngeli.
- Migone, P., & Liotti, G. (1998). Psychoanalysis and cognitive-evolutionary psychology: An attempt at integration. *International journal of psycho-analysis*, 79, 1071-1095.
- Ogden, T. H. (2016). *Vite non vissute: Esperienze in psicoanalisi*. Raffaello Cortina.
- Piaget, J. (1957). *Construction of reality in the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Schafer, R. (1979). *Linguaggio e insight*. Astrolabio.
- Tronick, E., Riva, C., & Rodini, C. (2008). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. Raffaello Cortina.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (Eds.). (1997). *Terapia breve strategica*. Milan: Cortina.
- Weiss, J. (2002). Control mastery theory. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1, 545-549.

OLTRE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTALE

LA SCHEMA THERAPY PER UNA BAMBINA CON DISTURBO DI CONVERSIONE

*"Perché aspettare con la terapia fino a quando
il bambino è già caduto nel precipizio?"*

Christof Loose

Chiara Rampino
Psicologa, Psicoterapeuta
cognitivo-comportamentale

RIASSUNTO

Nel presente articolo verrà discusso il caso di una bambina di nove anni con diagnosi di Disturbo di Conversione per la quale è stato impostato un trattamento combinando la terapia cognitivo comportamentale standard con le tecniche della Schema Therapy per bambini e adolescenti, che riprende il modello di Christof Loose, Peter Graaf e Gerhard Zarbock, attualmente ancora poco applicato all'età evolutiva. La paziente ha la tendenza ad esperire e comunicare il proprio disagio attraverso sintomi fisici, manca di un'adeguata capacità di regolazione emotiva e non è pronta all'utilizzo di tecniche puramente cognitive e comportamentali.

Queste ultime non sono infatti sufficienti ad intervenire sulla componente emotiva: la bambina è cognitivamente e razionalmente consa-

pevole delle sue difficoltà, ma continua ad attivarsi emotivamente. Il lavoro sugli Schemi e sui Mode, invece, offre ai bambini un potenziale di cambiamento maggiore rispetto alla classica terapia cognitivo-comportamentale.

A causa della motivazione altalenante e della ridotta compliance della paziente, che ha poi determinato il successivo drop out e l'interruzione della terapia, non è stato però possibile iniziare l'intervento in Schema Therapy. Pertanto esso è stato solo ipotizzato secondo quanto previsto dal modello di Loose e colleghi per bambini in età scolare e verrà di seguito presentato. Le diverse tecniche saranno combinate tra loro in modo flessibile ed adeguato alle reali capacità della bambina, tenendo conto dei suoi bisogni e dei suoi punti di forza.

PAROLE CHIAVE

Disturbo di conversione, CBT, Schema Therapy, Bisogni emotivi primari, Schemi maladattivi precoci, Mode.

INTRODUZIONE

In questi anni si è assistito ad un grande sviluppo della Schema Therapy. L'assunto centrale di questo modello è che i disturbi psicopatologici derivino da un non adeguato soddisfacimento dei bisogni emotivi primari. Tali bisogni vengono espressi nella relazione con le figure di attaccamento e, se non soddisfatti, danno luogo a *Schemi Maladattivi Precoci* (SMP) che strutturano la visione di sé, degli altri e del mondo. Il compito del terapeuta è arrivare a modificare tali Schemi attraverso tecniche cognitive, comportamentali ed emotive/esperienziali. La relazione terapeutica è orientata al riconoscimento e soddisfacimento dei bisogni frustrati: il terapeuta, come *"Adulto Funzionale"*, si prende cura del paziente, dando valore alle sue emozioni e ai suoi pensieri e costruisce con lui nuovi Schemi attraverso i quali leggere la realtà (*"Limited Reparenting"*). Viene così a crearsi un luogo sicuro, in cui il paziente può sentirsi accolto, non giudicato e protetto e può trovare una risposta adeguata ai bisogni insoddisfatti. Perciò *"cosa c'è di più sensato che tentare di utilizzare già con bambini e adolescenti questo modello, che ha dimostrato un successo anche empirico?"* (Loose C., 2017). Anche per il piccolo paziente il terapeuta può diventare un modello di *"Adulto Sano"*, che fornisce un'aiuto primario per la soddisfazione dei bisogni frustrati, affinché il Mode del *"Bambino Felice/Competente"* possa essere meglio interiorizzato.

IL CASO DELLA PICCOLA F.

F. ha nove anni e giunge in terapia in seguito a ricovero per comparsa di difficoltà nella deambulazione, iporeflessia ed ipoestesia a carico degli arti inferiori, associata ad incontinenza urinaria. Alla dimissione si registra recupero completo delle competenze motorie ed iniziale ripresa dell'autonomia sfinterica. È prescritta psicoterapia indi-

viduale, con l'obiettivo di favorire la regolazione emotiva e la consapevolezza degli stati d'animo.

Questi sembrano infatti influire negativamente sulla sintomatologia, condizionandone l'evoluzione clinica. Durante la degenza sono effettuati esami chimico-fisici e strumentali (RMN encefalo e midollo, puntura lombare con esame chimico fisico del liquor, dosaggi di albumina, IGA, IGG, IGM, IEF con immunoblotting su liquor e su siero) che risultano nella norma. Dai colloqui clinici effettuati durante la degenza emergono problematiche psicopedagogiche in ambito familiare e lieve disregolazione del comportamento alimentare, caratterizzato da condotte iperfagiche. I genitori sono divorziati e viene riferito un rapporto saltuario con il padre, con alternarsi di periodi di vicinanza e lontananza. È perciò consigliato il raggiungimento di un equilibrio nella gestione del tempo condiviso con entrambe le figure genitoriali. Dall'anamnesi emerge che la piccola tende a somatizzare in periodi circostanziati, in relazione ad eventi stressogeni del proprio vissuto.

Viene riferito che diverse volte, dopo le visite del padre, la bambina ha manifestato sintomi fisici, a causa dei quali è stata sottoposta a ricoveri ospedalieri. La sintomatologia regrediva poi spontaneamente dopo il ritorno alle abitudini della vita quotidiana e l'allontanamento dal presunto agente stressogeno. La piccola vive una situazione di malessere, manifesta pianto inconsolabile, ansia, irritabilità, umore deflesso, rifiuto ad esternare pensieri ed emozioni. F. appare precocemente *"adultizzata"*, soprattutto a causa della persistenza di situazioni conflittuali intrafamiliari in cui viene inconsapevolmente triangolata.

La bambina non riesce a comprendere le ragioni del suo malessere e tende a colpevolizzarsi. Si vittimizza e prova un forte senso di frustrazione. Piange spesso ma dice di stare bene, di non aver bisogno del trattamento. F. manifesta una disponibilità variabile al colloquio: alterna momenti di

apertura ad altri in cui appare poco collaborativa. La piccola mostra scarsa preoccupazione circa la natura e le implicazioni della sua sintomatologia. Si rileva immaturità emotivo-comportamentale, caratterizzata da difficoltosa identificazione ed esternalizzazione dei propri vissuti emotivi.

DIAGNOSI

La paziente presenta alterazione della funzione motoria volontaria. I sintomi non sono meglio spiegati da un altro disturbo fisico o mentale, causano disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento in ambito sociale, familiare e scolastico. Gli esami strumentali hanno inoltre escluso disturbi neurologici o clinici. Non si può fare diagnosi di "Disturbo fittizio e simulazione di malattia" in quanto non c'è la certezza che i sintomi siano stati simulati e non vi è una prova definitiva che lo scopo della paziente sia quello di assumere il ruolo di malata e quindi di ottenere un vantaggio secondario. Nella paziente si può riscontrare una deflessione del tono dell'umore (con note di irritabilità e labilità emotiva) e si registra un lieve aumento ponderale (dovuto a condotte iperfagiche).

I sintomi funzionali nei bambini/adolescenti, infatti, sono comunemente complicati da alti tassi di comorbidità tra sintomi neurologici funzionali e ansia, depressione e sintomi somatici (Ani et al., 2013; Kozłowska et al., 2011, 2013). Alla luce dei risultati degli esami chimico-fisici e dei sintomi manifestati dalla piccola si può concludere per "*Disturbo di conversione, con movimento anormale* (debolezza, disturbo della deambulazione, anestesia e perdita di sensibilità), *esordio acuto* (durata inferiore a 6 mesi), *con fattore psicologico stressante* (rapporto altalenante con la figura paterna)". (Codice ICD-10 F44.4).

IL DISTURBO DI CONVERSIONE

Secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) il Disturbo di conversione consiste in sintomi o deficit neurologici che si sviluppano inconsciamente e involontariamente, che inte-

ressano una funzione motoria o sensitiva e le cui manifestazioni sono incompatibili con i meccanismi fisiopatologici o anatomici conosciuti. Tale disturbo è una forma di somatizzazione, espressione di fenomeni mentali mediante sintomi fisici.

L'insorgenza, l'esacerbazione o il mantenimento dei sintomi sono comunemente attribuiti a fattori mentali. La diagnosi viene presa in considerazione solo dopo che un esame medico accurato e le analisi di laboratorio abbiano escluso disturbi neurologici o clinici che possano pienamente giustificare la sintomatologia e i suoi effetti. Il Disturbo di conversione tende ad insorgere tra la tarda infanzia e la prima età adulta. I sintomi spesso si manifestano in modo improvviso e possono essere transitori o persistenti. I pazienti possono presentare un singolo episodio o episodi sporadici ripetuti e la sintomatologia può diventare cronica. Caratteristicamente gli episodi sono brevi. La prognosi può essere migliore nei bambini più piccoli rispetto ad adolescenti o adulti.

Il Disturbo di conversione è un disturbo neurologico funzionale. Recentemente si è registrato un incremento della ricerca sulla sua fisiopatologia (cfr. Carson et al., 2012). L'eziopatogenesi non è ben nota ed è plausibile una correlazione tra fattori genetici, neurobiologici e psicosociali.

Il Disturbo di conversione è considerato:

- un'errata interpretazione di sintomi fisici,
- una manifestazione fisica post-traumatica,
- un disturbo della regolazione delle emozioni.

L'uso della tomografia assiale computerizzata e della risonanza magnetica nucleare ha dimostrato l'esistenza di markers neurofisiologici e correlati neurobiologici sottostanti nella patogenesi e nel mantenimento del disturbo: si possono osservare alterazioni strutturali nelle regioni somatosensoriali, motorie, prefrontali, paralimbiche e limbiche (Pick et al., 2018; Voon et al., 2016).

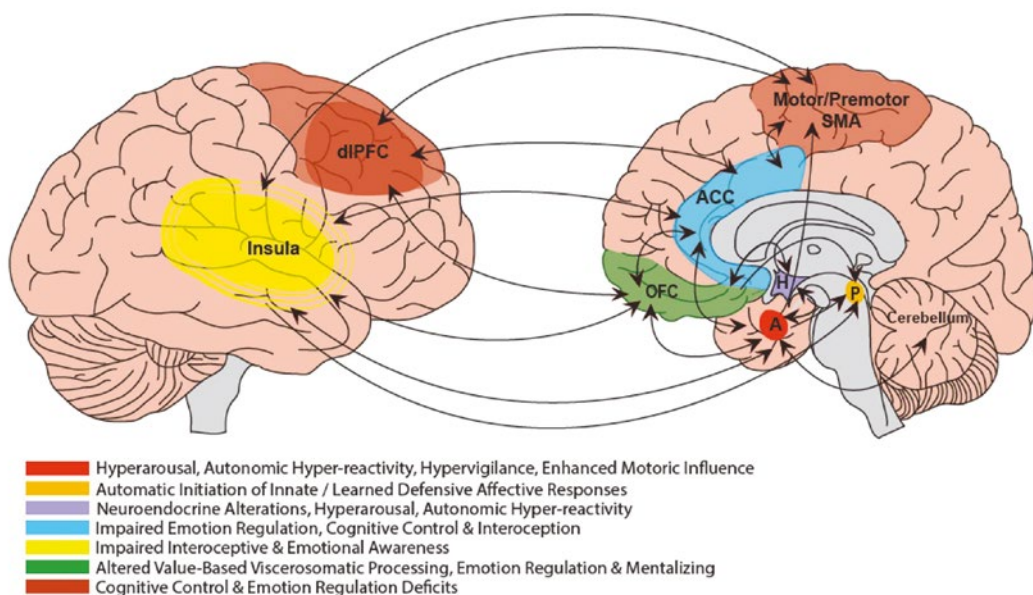


Figura 1 - Correlati neurobiologici nel Disturbo di conversione (Pick et al., 2018)

La figura 1 mostra una eccessiva attivazione delle aree prefrontali (anteriore e dorsolaterale), disfunzionalità nella corteccia somatosensoriale e nella corteccia motoria primaria, alterazioni nelle regioni che mediano l'elaborazione, la regolazione e la consapevolezza emotiva (corteccia cingolata anteriore, corteccia prefrontale dorsomediale, insula, amigdala) e la pianificazione motoria (area motoria supplementare) (Perez et al., 2010). La regolazione delle emozioni è disfunzionale nei pazienti con Disturbo di conversione e questa alterazione potrebbe essere la base patologica e neurocognitiva dei sintomi. La difficoltà nell'interpretare i propri stati emotivi potrebbe essere il meccanismo che porta all'errata interpretazione dei sintomi fisici.

Voon (2010) ha dimostrato che il Disturbo di conversione deriva da anomale interazioni tra l'amigdala e l'area supplementare motoria (SMA), supportando l'ipotesi di un'inibizione dei sistemi motori da parte delle regioni limbiche (Halligan et al., 2000; Marshall et al., 1997; Spence et al., 2000; Ward et al., 2003). Questa prospettiva

integra l'influenza dei processi neurobiologici e psicosociali.

CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO

Sulla base dei colloqui e dell'osservazione clinica è stata elaborata la concettualizzazione del caso della piccola F. mediante l'utilizzo del modello "Schema Therapy" di Jeffrey Young, ripreso da Christof Loose per i bambini e gli adolescenti. L'interazione tra il temperamento innato della bambina (che mostra emotività labile e stimolazione disforica) e l'ambiente in cui è cresciuta ha portato alla frustrazione dei suoi bisogni primari, scatenando emozioni come ansia, tristezza, rabbia, delusione e determinando la comparsa di sintomi psicopatologici. La paziente proviene da una famiglia con un padre poco disponibile, con cui non ha un legame stabile, che non risponde ai suoi bisogni di protezione, affetto, cura e non fornisce adeguato accudimento materiale ed emotivo. La piccola non si sente libera di esprimere i propri desideri ed emozioni, in quanto teme di perdere l'affetto e la vicinanza dell'altro significativo. La bambina soffre di carenza emo-

tiva, non sente di ricevere abbastanza amore da parte della figura paterna e si sente ferita emotivamente. Presta molta attenzione ai desideri, ai sentimenti e alle reazioni degli altri, trascurando i propri bisogni. La piccola a volte si arrende agli Schemi, accetta il dolore che da essi deriva e reagisce con una risposta emotiva sproporzionata.

Talvolta evita la loro attivazione, tenta di ignorarli e fa finta che non esistano. Blocca pensieri ed immagini che potrebbero attivarli, si distrae e li respinge quando si presentano. In altre circostanze F. lotta contro gli Schemi e cerca di difendersi da essi. Fugge dal dolore, dal senso di impotenza e vulnerabilità che essi le provocano. Si mostra forte e cerca di mantenere il controllo, sebbene si senta vulnerabile e bisognosa di aiuto. La paziente ha interiorizzato una voce genitoriale esigente, che la svaluta e la critica. La bambina si protegge dal dolore attraverso la distanza emotiva, le emozioni appaiono bloccate e si manifestano attraverso sintomi psicosomatici. Rifiuta

le proposte di aiuto e di supporto da parte degli altri, nega la sua sofferenza e il suo malessere. Spegne le emozioni su cose che la rilassano oppure la stimolano. Adotta uno stile di coping caratterizzato da distacco emotivo, isolamento e comportamenti evitanti.

TRATTAMENTO

È stato dimostrato che la terapia cognitivo-comportamentale è efficace nel trattamento del Disturbo di conversione, in quanto porta i pazienti a sviluppare nuove risposte comportamentali e li aiuta ad identificare e cambiare i modelli di pensiero disfunzionale che rafforzano i sintomi. Questa terapia rappresenta una delle migliori modalità di trattamento per i pazienti con disturbi somatici (O'Neal M.A., Baslet G., 2018).

Studi condotti da Goldstein (2004, 2010) e da LaFrance (2009) hanno scoperto che i pazienti con sintomi funzionali che hanno effettuato un trattamento con la CBT hanno ottenuto una riduzione dei sintomi e della loro

frequenza, cambiamenti significativi nella qualità della vita, nel funzionamento familiare e psicosociale, miglioramenti nella gestione delle emozioni ed una diminuzione dell'ansia. La sintomatologia della piccola F. perciò può essere efficacemente trattata combinando la terapia cognitivo-comportamentale standard con le tecniche della Schema Therapy. Tale scelta è giustificata dal fatto che la bambina non è pronta all'utilizzo di tecniche puramente cognitive e comportamentali: tende infatti ad evitare le emozioni e le cognizioni legate ai suoi sintomi, nega il problema e le sue implicazioni, percepisce la sintomatologia in modo egosintonico e manifesta scarsa motivazione al trattamento. Grazie al fatto che si

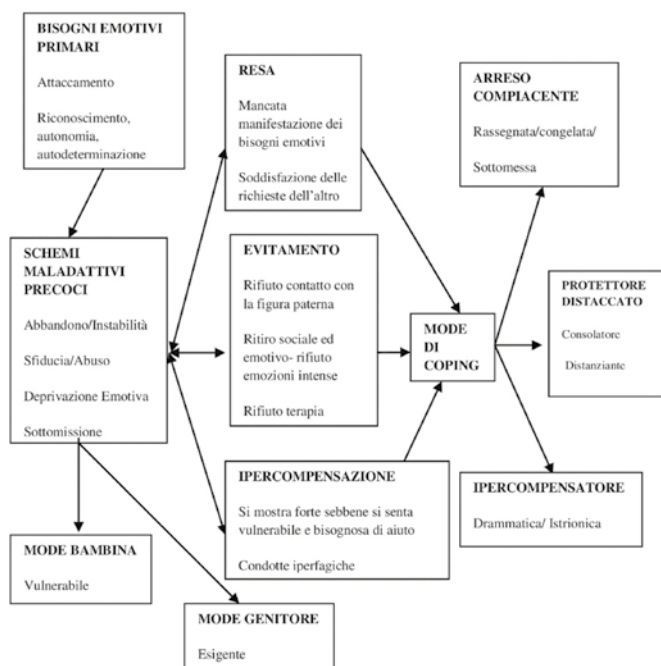


Figura 2 - CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO (secondo Loose C., 2017)

basa sui principi della psicologia dello sviluppo e sul modello dei bisogni fondamentali dell'infanzia, la Schema Therapy si presta bene al caso in questione.

Essa è stata applicata per la prima volta al lavoro con bambini e adolescenti da Christof Loose. Questa terapia si basa sul modello di Jeffrey Young, che viene adattato al linguaggio e al mondo dell'esperienza dei bambini, ritagliato su misura per essere utilizzato in ambito evolutivo. Con i suoi materiali, in combinazione con le tecniche della CBT, la Schema Therapy si dimostra essere a misura di bambino e può facilitare l'inclusione in terapia di tematiche emotive.

Al centro del processo diagnostico e del trattamento ci sono i bisogni del bambino, gli Schemi e le modalità di coping. L'utilizzo degli interventi di terapia cognitivo-comportamentale vengono così accettati e implementati più facilmente (Loose C., Graaf P., Zarbock G., 2017). Nella CBT classica la costruzione della motivazione nei bambini e l'analisi delle cognizioni associate al comportamento o al sintomo presentato è spesso molto faticosa. Per questo è preferibile elaborare il "pacchetto completo" del Mode piuttosto che le sue parti isolate (Loose C., 2017).

Il lavoro sui Mode offre infatti ai bambini in età scolare un potenziale di cambiamento maggiore rispetto alla classica terapia cognitivo-comportamentale, specialmente quando questi nascondono le loro fragilità durante la terapia (come la piccola F.).

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

Come qualsiasi altro tipo di terapia, anche la Schema Therapy presenta la necessità di creare una forte alleanza tra terapeuta e paziente. Anche con il bambino risulta indispensabile una relazione terapeutica intensa e profonda, caratterizzata da "comprensione, empatia e amorevole ascolto" (Loose C., 2017). Il piccolo paziente deve interiorizzare il terapeuta come un "Adulto Funzionale", che contrasta gli Schemi e cerca di aiutarlo a raggiungere una vita affettiva soddisfacente, utilizzando un atteggiamento di *confronto empatico* e attraverso una funzione di parziale *reparenting*. Sin dall'inizio del trattamento con F. è stato difficile stabilire tale relazione, dal momento che i sintomi erano percepiti come parte del sé e considerati egosintonici.

La paziente ha sviluppato una motivazione estrinseca nei confronti della terapia, vista come una forma di punizione per i suoi sintomi. Dopo la raccolta anamnestica e la fase di assessment, necessaria per la concettualizzazione del caso, si è proceduto con la REBT per aiutare la piccola ad acquisire consapevolezza delle proprie emozioni e dei meccanismi mentali sottostanti.

Questo percorso è stato effettuato in tre fasi:

1. La bambina è stata aiutata a riconoscere le proprie emozioni, in particolare a sviluppare consapevolezza dell'insorgere di uno stato d'animo negativo;
2. È stato identificato il rapporto esistente fra modo di sentirsi e modo di pensare, per favorire il riconoscimento dei pensieri che precedono e accompagnano il manifestarsi di uno stato d'animo;

LAVORO SUGLI SCHEMI E SUI MODE CON I BAMBINI				
Psicoeducazione e terapia con i disegni	Lavoro sui Mode con i burattini o pupazzi da dita	Casa Interna	Lavoro con le Sedie	Tecniche Immaginative
COMPITI A CASA+ MEMO CARTE + ESERCIZI COMPORTAMENTALI				

Tabella 1 - Tecniche e Materiali Terapeutici (tratto da "La Schema Therapy per bambini e adolescenti"- tratto da Loose C., Graaf P., Zarbock G., 2017, pag. 294)

3. La paziente è stata aiutata ad identificare i meccanismi mentali che sono alla base delle sue emozioni, ad individuare i pensieri irrazionali e a correggerli, al fine di sperimentare reazioni emotive e comportamentali più funzionali.

È emersa una tendenza all'evitamento nei confronti della terapia: la piccola F. ha manifestato resistenza al cambiamento, non desiderava confrontarsi con tematiche dolorose e tendeva a tenersi lontana dalle emozioni intense. La bambina presentava una ridotta compliance, che ha poi determinato il rifiuto della proposta terapeutica. Nonostante siano stati discussi gli svantaggi della sua sintomatologia, mostrando prove oggettive del suo stato di malessere e le implicazioni che questo aveva sulla sua vita familiare e sociale (*"bilancia decisionale"*), F. ha deciso arbitrariamente di interrompere il trattamento.

OBIETTIVI A MEDIO TERMINE

Se la paziente non avesse interrotto la terapia, in questa fase sarebbero stati introdotti i principi della Schema Therapy attraverso un percorso di psicoeducazione. F. sarebbe stata aiutata ad identificare i suoi Schemi e a ricercarne le origini, a riconoscere gli stili di coping maladattivi di cui si avvale e a capire come questi mantengono gli Schemi, usando un linguaggio adatto alla sua età e ricorrendo a *"metafore visive"* (come gli *"occhiali decoder"*), allo scopo di spiegare come ogni persona costruisce uno Schema alla luce delle esperienze precoci vissute e indossi degli *"occhiali"* invisibili con i quali osserva le persone e il mondo esterno, per cercare i possibili segnali di pericolo e per difendersi dal dolore provocato dallo Schema.

Dal momento che i questionari per l'identificazione degli Schemi nei bambini non sono ancora stati validati (*"The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children"*- DISC di Loose C., Meyer F. e Pietrowsky R., 2018 e *"Schema Inventory for Children"*- SIC di Rijkeboer M. e De Boo



Figura 3 - Materiali (Occhiali decoder e Pupazzi da dita)

G.M., 2009), per individuare gli Schemi attivi, oltre al colloquio e all'osservazione, si poteva ricorrere ai disegni, per chiarire la correlazione esistente tra ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche. Sarebbero poi state illustrate le conseguenze dell'attivazione degli Schemi, ossia le modalità di coping di resa, evitamento ed ipercompensazione che contribuiscono al loro mantenimento. Sarebbero state mostrate alla paziente le strategie specifiche che lei utilizza in risposta ai suoi Schemi, riconoscendone vantaggi e svantaggi. Raggiunto questo obiettivo, sarebbe stato introdotto il concetto di *Mode*: *"il lavoro sui Mode gioca un ruolo fondamentale nella terapia con i bambini in quanto questo concetto è più vicino alle loro esperienze e ai loro vissuti"* (Loose C., 2017).

L'idea è quella di ri-orientare i Mode disfunzionali per creare la base di un cambiamento del comportamento ed ottenere un miglioramento della sintomatologia. La paziente sarebbe stata aiutata ad individuare, descrivere e dare un nome specifico ai Mode principali, identificandoli con una figura. Per raggiungere questo obiettivo si potevano utilizzare pupazzi da dita o marionette, così che i diversi bisogni, pensieri, stati emotivi, sensazioni corporee e credenze potessero acquisire una voce e manifestarsi. Il lavoro con i pupazzi offre infatti un accesso giocoso alle "parti interne". La manipolazione di queste figure induce spontaneamente dei processi di identificazione e facilita la partecipazione emotiva.

Questo aiuta ad exteriorizzare il Mode e a renderlo egodistonico. La paziente sarebbe stata aiutata a visualizzare la sua "squadra interna" anche attraverso il disegno. La bambina avrebbe potuto disegnare tutte le parti del sé come figure all'interno della sua pancia e gli Schemi e i Mode come "ferite" sul corpo, le quali diventano delle cicatrici che possono riaprirsi e fare male quando si sperimenta nuovamente un'esperienza dolorosa. In questo modo la bambina, restia a parlare dei suoi stati interni, avrebbe potuto osservarsi da una prospettiva più consapevole.

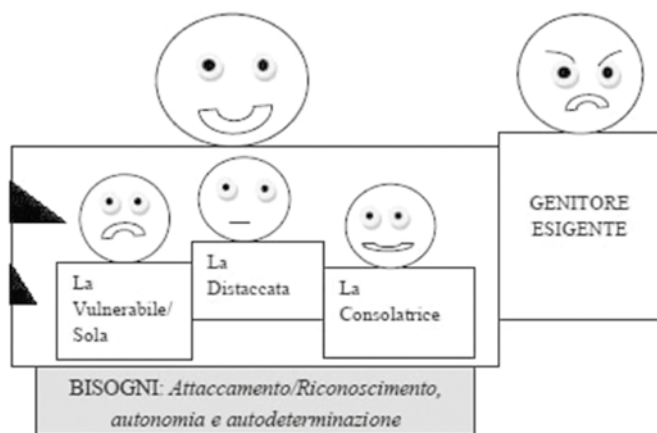


Figura 4 - Disegno dei Mode di E. (adattato da Loose C., 2017)

Si sarebbe poi instaurato un dialogo con le parti: il Mode "Bambina Vulnerabile" avrebbe ricevuto uno speciale supporto e conforto, validando le sue emozioni e riconoscendo i suoi bisogni. A questo scopo si poteva ricorrere anche al "Chair Work": F. sarebbe stata stimolata ad identificarsi con i singoli Mode, posizionandosi a turno sulle sedie, provando le diverse parti ed inscenando anche un dialogo tra di loro. La bambina in questo modo avrebbe riconosciuto tutti i bisogni fondamentali che sono stati soddisfatti in maniera inadeguata. La piccola sarebbe così stata aiutata a modificare l'atteggiamento verso le persone che non hanno saputo favorire la soddisfazione di tali bisogni. F. avrebbe potuto effettuare anche la tecnica della "sedia vuota" per imparare ad instaurare un dialogo tra la parte vulnerabile e la sua "parte sana".

In questa fase del trattamento si potevano introdurre le "Tecniche Esperenziali" per favorire la comprensione dei Mode, non solo a livello razionale, ma anche emotivo. Attraverso l'*Imagery Rescripting* è possibile infatti provvedere alla soddisfazione dei bisogni frustrati per arrivare ad una specie di "riparazione" emotiva del "Bambino vulnerabile": una situazione che in passato ha causato sentimenti negativi viene collegata con sentimenti positivi ("ponte emotivo"). Anche se il passato non può essere cambiato, il paziente può sperimentare una notevole riparazione, chiamando in scena la sua parte "accudente, competente, intelligente" che soccorre il bambino bisognoso e provvede alla soddisfazione dei suoi bisogni primari frustrati. Con i bambini il lavoro con le immagini assume un grande significato, tuttavia non sono state raccolte molte esperienze con le tecniche immaginative per il trattamento dei bambini in Schema Therapy e non si sa ancora con precisione quali esercizi si adattino meglio

all'età e allo sviluppo cognitivo dei più piccoli (Loose C., 2017).

Nel passaggio successivo la "Bambina Vulnerabile" sarebbe stata aiutata ad esprimere i propri sentimenti e bisogni in modo appropriato, costruttivo e funzionale. Attraverso il Dialogo tra le parti, il Chair Work e i Role-Play sarebbero stati individuati, elaborati e sperimentati Mode alternativi. Sarebbe poi stato ridotto il potere della parte interiorizzata critica e punitiva (con i bambini non si parla di genitore esigente o critico, in quanto possono avere difficoltà a comprendere che l'attacco non è rivolto ai genitori "reali" ma alla loro "parte critica ed esigente" che hanno interiorizzato).

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE

La piccola paziente sarebbe stata poi aiutata a pianificare ed implementare misure concrete relative alla vita di tutti i giorni. A tale scopo potevano essere utilizzate delle autoistruzioni o linee guida, a cui la piccola poteva ricorrere quando si attivava un Mode specifico, con concrete indicazioni per la sua gestione. Sarebbero stati assegnati degli homework per attuare cambiamenti consapevoli dei Mode. Attraverso i role play la paziente si sarebbe esercitata a manifestare i propri bisogni in maniera adeguata ed autentica. Sarebbe stata anche rinforzata un'adeguata modalità di comunicazione dei propri sentimenti e bisogni ai genitori (*"Lettera al genitore"*).

In questa fase del trattamento si poteva ricorrere a dei promemoria, come flashcard o figure tascabili, per favorire l'attivazione del *"Mode Bambina Competente"*. Attraverso un processo di generalizzazione, la paziente sarebbe stata aiutata ad applicare le procedure terapeutiche sperimentate durante le sedute alle situazioni in cui i Mode disfunzionali si attivano nella quotidianità. Si sarebbe infine lavorato sulla prevenzione delle ricadute, riprendendo i temi affrontati, individuando possibili rischi e strategie da mettere in atto.

LIMITI E CRITICITÀ

Il trattamento è stato ostacolato da uno stile di coping di evitamento della bambina nei confronti della terapia. A causa della motivazione altalenante e della ridotta compliance della paziente, che ha poi determinato il successivo drop out e l'interruzione della terapia, non è stato possibile iniziare l'intervento in Schema Therapy, che è stato solo ipotizzato secondo quanto previsto dal modello di Loose e colleghi. Tale modello inoltre considera come parte integrante dell'intervento anche il lavoro con i genitori. Tuttavia nel caso in questione non è stato possibile progettare a causa della loro scarsa collaborazione.

Un limite importante nella fase di definizione degli obiettivi del trattamento è stato determinato dal fatto che non è ancora stato validato e tradotto un questionario per la valutazione e l'individuazione degli Schemi per i bambini, perciò la concettualizzazione del caso è stata effettuata solo sulla base delle informazioni ricavate dai colloqui, dalle osservazioni effettuate e dalla ricostruzione della storia di vita.

CONCLUSIONI

Mentre in ambito adulto la Schema Therapy sta vivendo uno sviluppo molto dinamico, quella per bambini e adolescenti si trova ancora all'inizio di questo sviluppo. Attualmente è applicata soprattutto in Germania (il gruppo tedesco è il più grande all'interno dell'Associazione Internazionale di Schema Therapy -ISST), ma nel resto del mondo non si trovano gruppi di lavoro che stanno sviluppando concetti e manuali terapeutici con pazienti al di sotto dei 14 anni o che stanno pubblicando delle ricerche. Uno degli aspetti che potrebbe aver determinato un arresto nello sviluppo della ricerca sembra essere la convinzione che questa sia una forma di terapia che può giovare solamente a quei pazienti che non sono più dipendenti dai genitori. I bambini, invece, lo sono ancora: parlare con loro degli errori commessi dai genitori o delle loro modalità educative pro-



blematiche potrebbe condurre i bambini verso un conflitto di lealtà. Tale conflitto è di difficile risoluzione a causa della loro immaturità cognitiva ed emotiva.

La riluttanza ad applicare questo modello, inoltre, deriva principalmente dalla mancanza di concetti e tecniche definite. La Schema Therapy è oramai di interesse internazionale ma ad oggi non esiste una definizione unitaria, specialmente per l'ambito infantile. Il suo utilizzo con bambini, adolescenti e genitori è ancora agli inizi. Per favorire il suo consolidamento è pertanto necessaria una formazione specifica per i terapeuti che lavorano in ambito infantile, analoga a quella dei terapeuti che lavorano con gli adulti.

È perciò auspicabile l'integrazione dei concetti di Schema e Mode nei percorsi di formazione e supervisione dei terapeuti che lavorano con bambini e adolescenti, sebbene tali concetti necessitino di essere prima ulteriormente elaborati e testati empiricamente.

"È più facile costruire bambini forti che riparare uomini rotti" Frederick Douglass

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Quinta Edizione (DSM-5)*. Edizione italiana a cura di Massimo Biondi, Raffaello Cortina Editore.

- Begue, I., Adams, C., Stonef, J., & Perez, D.L. (2019). *Structural alterations in functional neurological disorder and related conditions: a software and hardware problem?*. *NeuroImage: Clinical* 22 101798. DOI: 10.1016/j.nicl.2019.101798.
- Boeckle, M., Liegl, G., Jank, R. & Pieh, C. (2016). *Neural correlates of conversion disorder: overview and meta-analysis of neuroimaging studies on motor conversion disorder*. *BMC Psychiatry*, 16:195. DOI 10.1186/s12888-016-0890.
- Del Rio-Casanova, L., Gonzalez-Vazquez, A.I., Justo, A., Andrade, V., Paramo, M., Brenlla, J. & Blanco-Hortas, A. (2018). *The role of emotion dysregulation in Conversion Disorder*. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(3):92-103.
- Di Pietro, M. & Bassi, E., (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva*. Italia: Erickson.
- Di Pietro, M., (2014). *L'ABC delle mie emozioni - 8-13 anni*. Italia: Erickson.
- Hassa, T., Sebastianc, A., Liepertb, J., Weilerd, C., Schmidte, R. & Tüscher, O. (2017). *Symptom-specific amygdala hyperactivity modulates motor control network in conversion disorder*. *NeuroImage: Clinical* 15, 143–150. DOI:10.1016/j.nicl.2017.04.004.
- Hassa, T., Spiteri, S., Schmidt, R., Merkel, C. & Schoenfeld, M.A. (2021). *Increased Amygdala Activity Associated With Cognitive Reappraisal Strategy in Functional Neurologic Disorder*. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 12 | Article 613156. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.613156.
- Kozłowska, K., Griffiths, K.R, Foster, S.L., Linton, J., Williams L. M. & Korgaonkar M. S. (2017). *Grey matter abnormalities in children and adolescents with functional neurological symptom disorder*. *NeuroImage: Clinical* 15, 306–314. DOI: 10.1016/j.nicl.2017.04.028.
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2017). *La Schema Therapy con i bambini e gli adolescenti*. Italia: Istituto Scienze Cognitive.
- Loose, C., Meyer, F. & Pietrowsky, R. (2018). *The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC)*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31:7. DOI: 10.1186/s41155-018-0087-y.
- O'Neal, M.A. & Baslet, G. (2018). *Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach*. *Am J Psychiatry* 175:4.
- Pick, S., Goldstein, L.H., Perez, D.L. & Nicholson, T.R. (2019). *Emotional processing in functional neurological disorder: a review, biopsychosocial model and research agenda*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 90:704–711. DOI:10.1136/jnnp-2018-319201.
- Rijkeboer, M.M. & De Boo, G.M. (2010). *Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children*. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 41, 102–109 DOI:10.1016/j.jbtep.2009.11.001.
- Rowe, J.B. (2010). *Conversion disorder: understanding the pathogenic links between emotion and motor systems in the brain*. *Brain A JOURNAL OF NEUROLOGY* 133; 1295–1299. DOI: 10.1093/brain/awq096.
- Sojka, P., Bareš, M., Kašpárek, T. & Svétlák, M. (2018). *Processing of Emotion in Functional Neurological Disorder*. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 9, Article 479. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00479.
- Tsui, P., Deptula, A. & Yuan, D.Y. (2017). *Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment*. *Curr Pain Headache Rep*, 21: 29. DOI 10.1007/s11916-017-0627-7.
- Voon, V., Cavanna, A.E., Coburn, K., Sampson, S., Reeve, A. & LaFrance, W.C Jr. (2016). *Functional Neuroanatomy and Neurophysiology of Functional Neurological Disorders (Conversion Disorder)*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 28:168–19. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.14090217.
- Young, J., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E., (2018). *Schema therapy. La terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Italia: Erickson.

NEUROFIBROMATOSI DI TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA

STATO DELL'ARTE E PROPOSTA DI UNA BATTERIA DI APPROFONDIMENTO PSICODIAGNOSTICO

Aldo Scirano
Psicologo dell'età evolutiva

RIASSUNTO

La neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) è una malattia rara, causata dalla mutazione del gene che codifica la neurofibrina. L'incidenza alla nascita è pari a 1 su 2500-3000. Le mutazioni possono essere ereditate da un genitore affetto oppure essere una mutazione de novo, non ereditata. Un genitore affetto può trasmettere alla progenie la malattia con un rischio del 50%.

Le manifestazioni cliniche della NF1 sono molto variabili e possono riguardare, oltre a deficit nel funzionamento cognitivo generale, deficit in domini cognitivi specifici come le funzioni esecutive, rischi di disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi dell'attenzione e deficit nelle abilità sociali, rischio di sviluppare condizioni psichiatriche, tra cui ansia e depressione. Il presente contributo ha il fine di favorire l'interesse nello studio delle Neurofibromatosi di tipo I in età evolutiva, in particolare con la proposta di una batteria psicodiagnostica di approfondimento, attraverso una

visione d'insieme sugli strumenti disponibili ai fini diagnostici e riabilitativi.

PAROLE CHIAVE

Neurofibromatosi di tipo 1 (NF1), neurosviluppo, valutazione, psicodiagnostica, età evolutiva.

INTRODUZIONE

Con il termine neurofibromatosi si è soliti indicare un insieme di diverse malattie genetiche caratterizzate da comuni segni clinici (Ferner, Huson, Thomas, Moss, Willshaw, Evans et al. 2007). La Neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) è una malattia genetica, autosomica dominante, con sintomatologia variabile da individuo a individuo. Gli studi degli ultimi anni hanno mostrato che la causa della sua insorgenza è dovuta ad un'alterazione della differenziazione delle cellule della cresta neurale durante gli stadi precoci dell'embriogenesi. È una malattia rara che colpisce circa una persona ogni 2.500-3.000 nati (Rasmussen et al., 2000).

Nello specifico, la patogenesi della NF1 riguarda:

- Mutazione del gene NF1 localizzato sul cromosoma 17q11.2. Le mutazioni del gene portano ad una perdita di formazione della neurofibrina che porta ad un aumento del rischio di sviluppo di alcuni tumori, sia benigni che maligni;
- Alterazione della neurofibromina nei microtubuli citoplasmatici;
- Disregolazione della crescita cellulare;

La diagnosi è essenzialmente clinica e viene effettuata in presenza di almeno due dei seguenti segni clinici (Williams et al., 2009):

- **Più di 5 macchie caffè-latte** con diametro >5 mm nei bambini prima della pubertà o più di 5 macchie caffè-latte con diametro >15 mm dopo la pubertà e lentiginosi. Queste macchie cutanee sono in genere il primo segno della malattia e raggiungono il numero massimo entro i 6 anni;
- **Efelidi ascellari, inguinali o al collo** che compaiono in genere intorno ai primi anni vita;
- **Due o più noduli di Lisch dell'iride** (piccole macchie iridee senza significato clinico visibili solo con una visita specialistica oculistica) che compaiono in genere dopo i 5 anni di età e presenti nel 90% dei soggetti affetti;
- **UBOs** (Unidentified bright objects) sono lesioni iperintense evidenziate da RMN con mezzo di contrasto, solitamente localizzate nel cervelletto, nel talamo e nel tronco. Compaiono circa dopo i 3 anni di età e regrediscono in età adulta. Si stima che siano presenti in circa il 60% dei soggetti affetti dal NF1;
- **Neurofibromi**: cutanei (noduli rilevati di consistenza molle e di piccole dimensioni); sottocutanei (spesso dolorosi perché presenti lungo i principali nervi periferici, di consistenza duro-elastica, anche di grosse dimensioni; si manifestano nel 5-10% circa dei soggetti affetti); plessiformi (masse di consistenza molle che possono raggiungere dimensioni notevoli; si sviluppano lungo i nervi principali e possono estendersi in superficie causando l'accresci-

mento sproporzionato della parte coinvolta); coroidi (recentemente descritti e presenti nel 100% dei soggetti affetti);

- **Bassa statura**;
- **Malformazioni toraciche**: pectus excavatum o carenatum presenti in circa nel 20% dei soggetti affetti);
- **Macrocefalia**;
- **Glioma**, tumore cerebrale localizzato nella maggior parte dei casi nei nervi ottici. In genere si manifesta durante la prima infanzia e ne sono affetti il 15-20% circa dei pazienti con NF1. Solo l'1-5% dei casi richiede un trattamento chemioterapico;
- **Lesioni ossee specifiche**: displasia dello sfenoide (un osso della base cranica), displasia congenita della tibia;

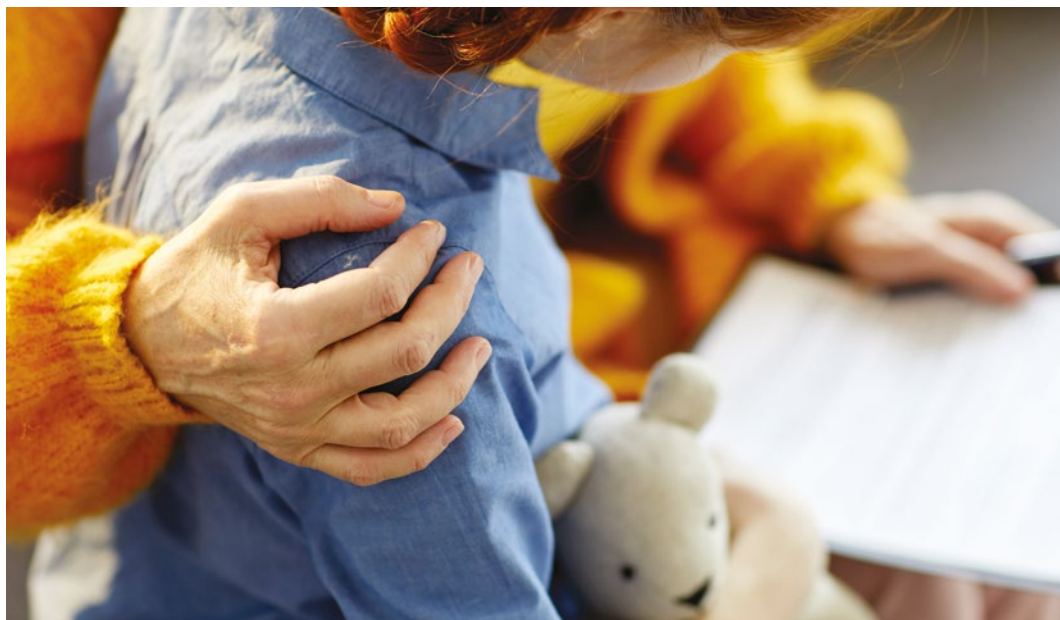
In aggiunta alle manifestazioni sopra citate, recenti studi hanno ormai accertato un evidente rischio di deficit cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive, abilità visuospaziali e apprendimenti scolastici) e problemi comportamentali in individui affetti da NF1 (Lehtonen et al., 2013).

Analizziamo nello specifico questi dati:

NF1: DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E COMORBIDITÀ

La disabilità intellettiva (DI) è definita nel DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione - APA, 2013), come deficit del funzionamento intellettivo, come un punteggio di QI di 70 o inferiore con associati deficit del funzionamento adattivo, ed è stato il primo disturbo riportato nelle NF1 (Moore et al., 1994).

Inizialmente, le percentuali della disabilità intellettiva, nei primi rapporti sul funzionamento cognitivo nei pazienti con NF1, sono state ampiamente sovrastimate a causa dell'inclusione anche dei fenotipi più gravi; tuttavia, i dati sul rendimento scolastico e sul funzionamento intellettivo suggeriscono la presenza di un ampio



sottogruppo di bambini affetti da NF1 che non soddisfano i criteri per la disabilità intellettiva (North et al., 2002).

In studi più recenti che hanno utilizzato i criteri diagnostici del *National Institutes of Health* degli Stati Uniti per la diagnosi di NF1, le stime della disabilità intellettiva sono variate (dal 4% all'8%), risultando al di sopra di quelle della popolazione generale (3%).

Gli individui con NF1 dimostrano una riduzione del QI di circa 1 ds, sia rispetto alla popolazione generale che ai fratelli non affetti (Hyman, 2005). Questi dati suggeriscono che la riduzione delle capacità intellettive in presenza di mutazioni del gene NF1, avvenga nonostante un background genetico e ambientale condiviso.

Un'eccezione a questo scostamento di 1ds nella capacità cognitiva si osserva negli individui con la *sindrome da microdelezione 17q11.2 1.4*. Oltre la metà di questi individui affetti hanno un QI inferiore a 70, che costituisce una diagnosi di disabi-

lità intellettiva, e quasi tutti mostrano caratteristici dismorfismi facciali.

Una grave disabilità intellettiva (QI <70) è comunque insolita e si verifica solo nel 5% circa dei pazienti (Ferner, 2006). I deficit cognitivi manifestati dai soggetti affetti da NF1 non sono però equivalenti a quelli presenti nella disabilità intellettiva e non impediscono una vita normale.

La compromissione generale del funzionamento cognitivo osservata nei bambini con NF1 potrebbe far presagire la presenza di significative difficoltà accademiche che potrebbero portare ad insuccessi scolastici (Coudè et al., 2006) richiedendo, pertanto, un rapido riconoscimento attraverso valutazioni neuropsicologiche accurate e il precoce avvio di interventi di riabilitazione neuropsicologica.

Quasi il 20% dei bambini con NF1 soddisfa, inoltre, i criteri per un disturbo specifico dell'apprendimento. Questi dati indicano che la prevalenza di un DSA in bambini con NF1 è più del doppio di

quello osservato nella popolazione pediatrica con sviluppo tipico.

Come indicato dal DSM-5, le difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, sono indicate dalla presenza di almeno uno dei seguenti sintomi, che persiste per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà: la lettura delle parole lenta e difficoltosa, la difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto, difficoltà nello spelling, difficoltà con l'espressione scritta, difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo, difficoltà nel ragionamento matematico. Tali difficoltà non sono attribuibili a disabilità intellettiva o altre condizioni mediche e continuano nonostante l'intervento mirato.

Oltre ai disturbi specifici dell'apprendimento, i bambini con NF1 presentano spesso deficit in altri domini cognitivi specifici, comprese le funzioni esecutive e l'elaborazione visuo-spaziale (Gilboa et al., 2011).

Le funzioni esecutive fanno riferimento alle capacità cognitive che sono coinvolte nell'iniziazione, nella pianificazione, nell'organizzazione e nella regolamentazione dei comportamenti (Stuss & Benson, 1986).

In età evolutiva, i deficit associati alle funzioni esecutive potrebbero spiegare lo scarso controllo degli impulsi, le difficoltà nel monitoraggio dei comportamenti, la ridotta capacità di servirsi di feedback dell'adulto per pianificare le azioni, le scarse abilità di ragionamento astratto, difficoltà nel generare strategie e scarsa flessibilità mentale.

Quando esaminati direttamente, i bambini con NF1 tendono a mostrare deficit nelle misure più globali delle funzioni esecutive, come la risoluzione dei problemi e la pianificazione. Anche se è stato dimostrato che le funzioni esecutive sono

strettamente correlate alle capacità intellettuali generali, i deficit osservati possono rappresentare una caratteristica fondamentale delle NF1, piuttosto che un effetto risultante di un QI inferiore. Allo stesso modo, c'è una solida evidenza che suggerisce che l'elaborazione visuospatiale è specificamente compromessa nei bambini con NF1 (Hyman et al. 2005).

Gli studi degli ultimi anni hanno rilevato significativi problemi di attenzione nei bambini con NF1, in particolare nell'attenzione sostenuta. Fino al 60% dei bambini con NF1 soddisfano i criteri diagnostici per l'ADHD. A differenza dell'ADHD osservata nella popolazione generale, i bambini con NF1 raramente soddisfano i criteri per l'ADHD di tipo iperattivo/impulsivo e hanno maggiori probabilità di essere diagnosticati con ADHD di tipo disattento o combinato. La relativa assenza dell'iperattività spesso ritarda la diagnosi il riconoscimento clinico di una compromissione delle funzioni del sistema attentivo nei bambini con NF1 (Lidzba et al. 2012).

Nonostante l'ADHD sia una condizione altamente ereditabile, la base genetica non è del tutto stata compresa. La ricerca sull'eziologia sottostante l'ADHD si è in gran parte concentrata sui sistemi dopaminergici e noradrenergici, in particolare sullo striato, data l'efficacia dei farmaci stimolanti nel trattamento dell'ADHD. Nei bambini con NF1 la neurobiologia dei deficit attentivi è ancora poco compresa, così come la relazione tra dopamina e il fenotipo ADHD nella NF1 rimane poco chiara.

Indipendentemente dai limiti riguardanti l'eziologia dell'ADHD nella NF1 rimane di fondamentale importanza riconoscere e trattare questi sintomi, in quanto molti studi hanno dimostrato i benefici di un intervento riabilitativo di tipo cognitivo-comportamentale abbinato a trattamenti di tipo farmacologico.

Gli studi sulle difficoltà nelle interazioni sociali presenti nei bambini con NF1 non hanno mai

esplorato l'esatta natura di tali deficit. In precedenza, era stato ipotizzato che tali difficoltà fossero legate, in alcuni individui, alla presenza di neurofibromi cutanei che attivavano vissuti di inadeguatezza ed emozioni di ansia-vergogna in ambito relazionale.

Quando sono emersi maggiori dati dagli studi sulle comorbidità con l'ADHD, è stato ipotizzato che i problemi di attenzione contribuissero ai problemi nelle interazioni sociali, come osservato in individui con ADHD.

Secondo Walsh et al. (2013), c'è una prova sempre più forte che i bambini con NF1 presentano un deficit di coerenza centrale.

Altri studi recenti hanno dimostrato un declino generale nel funzionamento sociale, valutato attraverso domini multipli, così come un sostanziale aumento dell'incidenza di disturbi dello spettro autistico, basato su valutazioni diagnostiche standard: dal 25% al 40% degli individui con NF1 rispetto alla prevalenza nella popolazione generale che va dall'1% al 2%.

L'efficacia degli interventi di tipo cognitivo-comportamentale nei bambini con NF1 e disturbi dello spettro autistico sono attualmente in via di definizione e richiedono ulteriori indagini.

Secondo Lehtonen et. al (2009), i disturbi del comportamento sono un problema che molti genitori di bambini con NF1 riferiscono. La ricerca che indaga il tipo e la prevalenza dei problemi comportamentali nei bambini con NF1 ha utilizzato principalmente diversi questionari. Lo studio suggerisce che, se valutati direttamente genitori (attraverso il questionario CBCL), i bambini con NF1 hanno un punteggio significativamente più alto sulla scala dei problemi rispetto al campione di confronto o alle norme CBCL. Sebbene i punteggi medi per il gruppo di bambini con NF1 nello studio rientrassero complessivamente nell'intervallo normale, il 35% dei bambini è stato

valutato dai genitori nell'intervallo "borderline" o "clinico", in confronto al 2% dei bambini a sviluppo tipico i bambini. Gli studi hanno anche mostrato che i bambini con NF1 hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto alle norme sui problemi di interiorizzazione, esternalizzazione e pensiero. Le valutazioni degli insegnanti con le CBCL differiscono dalle valutazioni dei genitori in quanto gli insegnanti sembrerebbero valutare i bambini con NF1 con punteggi maggiormente significativi nell'ambito dei "Problemi totali" e sui "Problemi internalizzanti";

La depressione e l'ansia sono state a lungo considerate come condizioni di comorbidità negli adulti con NF1; l'impatto di tali disturbi psichiatrici nell'infanzia è stato da sempre sottovalutato. Gli studi che esplorano la qualità della vita di persone con NF1 hanno dimostrato che è presente una peggiore qualità della vita negli adulti e nei bambini con NF1.

Alcuni studi suggeriscono che le manifestazioni psichiatriche nella NF1 potrebbero essere legate a cambiamenti neuropatologici sottostanti, piuttosto che essere una conseguenza del disagio sociale legato alla gravità della malattia NF1.

PROPOSTA DI UNA BATTERIA DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

I bambini con neurofibromatosi di tipo 1 possono presentare, dunque, varie difficoltà cognitive e sono a rischio di problematiche sociali, emotive e comportamentali. La valutazione neuropsicologica dell'organizzazione cognitiva, delle funzioni esecutive e dell'attenzione andrebbe accompagnata sempre ad alla valutazione del funzionamento socio-emotivo e comportamentale dei pazienti con NF1. Questo è il primo passo per impostare un intervento psicologico efficace.

Alcuni dei principali strumenti, disponibili in lingua italiana, per la valutazione neuropsicologica in età evolutiva sono riportati rispettivamente in Tabella I, Tabella II, Tabella III, Tabella IV.

Organizzazione cognitiva generale	Sviluppo cognitivo; Quoziente intellettivo (QIT; ICV; IML; IRP; IVE);	Scale Wechsler
	Intelligenza non-verbale	Leiter
Funzionamento adattivo	Funzionamento adattivo	Vineland
Profilo degli apprendimenti di base	Lettura	Prove MT 3 Clinica e Avanzate
	Scrittura e competenze ortografiche	Prove MT-3 Clinica e Avanzate BVSCO-3 DDE BHK
	Calcolo	AC-MT Cornoldi Prove MT-3 Clinica e Avanzate BVN
Competenze Linguistiche		BVN

Tabella 1 - Per la valutazione dell'organizzazione cognitiva, profilo degli apprendimenti e competenze linguistiche

Flessibilità	Sviluppo cognitivo; Quoziente intellettivo (QIT; ICV; IML; IRP; IVE);
Inibizione Cognitiva	Test MF-20 della batteria BIA Test di Stroop numerico della batteria BIA
Inibizione Motoria	Test delle Ranette della batteria BIA
Memoria di lavoro	
Loop Fonologico	Sub-test memoria di cifre della WISC-IV (digit-span)
Taccuino Visuo-Spaziale	BVS-Corsi
Esecutivo Centrale	Sub-test memoria di cifre della WISC-IV (backward digit-span) Sub-test Riordinamento di lettere e numeri della WISC-IV
Pianificazione	Torre di Londra

Tabella 2 - Di sintesi per la valutazione delle *funzioni esecutive*

Selettiva	Test di Attenzione Uditiva Selettiva della BVN 5-11 e BVN 12-18
	Test delle campane
	Test di cancellazione della scala Leiter-R
	Sub-tests Ricerca di simboli e Cancellazione della Scala WISC-IV
Sostenuta	TAU della batteria BIA
	CPT della batteria BIA
Shifting	Prove SH1 e SH2 della Batteria VAU-MELF
	Trail making test

Tabella 3 - Di sintesi per la valutazione dell'attenzione

Test proiettivi e di personalità	Test carta e matita
	MMPI-A
	CBCL 6/18; YSR 11-18
Valutazione funzionale con scala psicocomportamentale	Scale psichiatriche di auto-somministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA)

Tabella 4 - Per la valutazione funzionale e della personalità

Per ogni dominio cognitivo sono elencati gli strumenti disponibili e la fonte bibliografica. Per quanto riguarda l'organizzazione cognitiva, sono stati individuati strumenti per la valutazione dell'intelligenza (nelle sue varie forme) e del funzionamento adattivo. Per la valutazione delle funzioni esecutive sono stati individuati strumenti per la valutazione della flessibilità, inibizione, memoria di lavoro, secondo il modello Baddeley (2000) e la pianificazione. Per la valutazione dell'attenzione sono stati individuati strumenti utili all'esplorazione della componente selettiva, sostenuta e divisa che coinvolgono sia il canale uditivo che visivo.

Nella proposta di utilizzo di una batteria per la valutazione cognitiva in età evolutiva di bambini

con NF1, sono stati inseriti anche sub-scale specifiche presenti nelle scale Wechsler e nella Scala di Intelligenza non verbale Leiter-r.

Si propone, dunque, una batteria per la valutazione del funzionamento del bambino-adolescente con NF1; la scelta dei test è da intendersi caso-specifica.

Inoltre, per la valutazione dell'eventuale presenza di sintomi di un disturbo dello spettro autistico può richiedere ulteriori approfondimenti con il test ADOS-2 e l'intervista ADI-R.

Tale proposta presenta dei limiti da considerare nella scelta degli strumenti, nel loro utilizzo e nell'interpretazione dei risultati. Alcuni strumen-

ti valutano aree difficilmente considerabili "pure". Occorre considerare che tali strumenti presentano scarsa validità ecologica, poiché il loro uso è stato sperimentato in contesti differenti da quelli della vita quotidiana. Spesso, tali strumenti sono stati adattati dall'ambito della neuropsicologia dell'adulto a quello dell'età evolutiva.

Per approfondire le nostre conoscenze sul comportamento nei bambini con NF1, dunque, l'indagine sui costrutti comportamentali, così complessi e sfaccettati, dovrebbe essere più sistematica. Ad esempio, nell'utilizzo di numerosi strumenti, che spesso misurano aspetti leggermente diversi delle funzioni esecutive, occorrerebbe considerare attentamente i costrutti teorici coinvolti. In tale proposta, una disamina sui costrutti teorici alla base degli strumenti presentati non è stata possibile poiché avrebbe richiesto una trattazione molto più approfondita.

Seppur considerando tali limiti, il loro utilizzo è auspicabile per la valutazione e l'approfondimento psicodiagnostico dei bambini e degli adolescenti con NF1, poiché una valutazione accurata ha importanza sia a scopo diagnostico sia a scopo riabilitativo, per l'impostazione di un programma di trattamento rispondente ai bisogni del singolo individuo.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach TM. (1991), «Integrative guide for the 1991 CBCL/ 4-18, YSR, and TRF profiles». University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach TM. (1992), «Manual for the CBCL/2-3 and 1992 profiles». University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach TM., Rescorla L. (2000), «Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profile», University of Vermont, Burlington.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? Trends in Cognitive Science 4, 417-423.
- Bilancia G, Bertelli B. VAU-MeLF. Batteria per la valutazione dell'attenzione uditiva e della memoria di lavoro fonologica nell'età evolutiva. Firenze: Giunti, OS 2006.
- Biancardi A, Stoppa E. Il test delle campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione per l'età evolutiva. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 1997;64:73-84.
- Bisiacchi PS, Cendron M, Gugliotta M, et al. BVN 5-11. Batteria di valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva. Trento: Edizioni Erickson 2005.
- Bowie C. R. , Harvey P. (2006). Administration and interpretation of the Trail Making Test, Nature Protocols, 1 (5), 2277-2281
- Butcher J.N., Carolyn L. Williams, John R. Graham, Robert P. Archer, Auke Tellegen, Yosef S. Ben-Porath e Beverly Kaemmer, Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent (MMPI-A), Firenze, Giunti OS, 2001.
- Cianchetti C., Scale Psichiatriche di Auto-somministrazione per Fanciulli e Adolescenti SAFA, Firenze, Giunti OS, 2001.
- Cornoldi C., Cerretti B., Baldi A. e Giofrè D. Prove MT -3 Clinica & Prove MT-3 Clinica Avanzate. Firenze, Giunti OS.
- Cornoldi C., Ferrara R., Re A., BVSCO-3 Batteria per la Valutazione clinica della Scrittura e della Competenza Ortografica, Firenze, Giunti OS.
- Cornoldi C., Mammarella I. C., Caviola S., AC-MT-3 6-14 anni Prove per la clinica. Erickson, 2020.
- Coudé FX, Mignot C, Lyonnet S, Munnich A. Academic impairment is the most frequent complication of neurofibromatosis type-1 (NF1) in children. Behav Genet 2006; 36:660-664.
- Di Brina C., Rossini G., BHK Scala sintetica della valutazione della scrittura in età evolutiva, Trento, Erickson 2021.
- Ferner RE, Hughes RA, Weinman J. Intellectual impairment in neurofibromatosis 1. J Neu-

- rol Sci. (1996) 138:125–33. 10.1016/0022-510X(96)00022-6
- Ferner RE, Huson SM, Thomas N, Moss C, Willshaw H, Evans GD, et al. Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1. *J Med Genet.* (2007) 44:81–8. 10.1136/jmg.2006.045906
 - Gilboa Y, Rosenblum S, Fattal-Albert A, Toldano-Alhadeff H, Rizzo A, Josman N. Using a virtual classroom environment to describe the attention deficits profile of children with Neurofibromatosis type 1. *Res Dev Disabil.* (2011) 32:2608–613. 10.1016/j.ridd.2011.06.014
 - Gugliotta M, Bisiacchi PS, Cendron M, et al. BVN 12-18. Batteria di valutazione neuropsicologica per l'adolescenza. Trento: Edizioni Erickson 2009
 - Hardoy MC, Carta MG, Hardoy MJ, et al. Wisconsin Card Sorting Test. Firenze: Giunti, OS 2000.
 - Hyman SL, Shores A, North KM. The nature and frequency of cognitive deficits in children with neurofibromatosis type 1. *Neurology* 2005; 65: 1037–44.
 - Lehtonen A, Howie E, Trump D, Huson SM. Behaviour in children with neurofibromatosis type 1: cognition, executive function, attention, emotion, and social competence. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55:111–125.
 - Lidzba K, Granstrom S, Lindenau J, Mautner V. The adverse influence of attention deficit disorder with or without hyperactivity on cognition in neurofibromatosis type 1. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54: 892–7
 - Lord C. (1989), «Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behaviour». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19: 185-212.
 - Lord C., Rutter M., Le Couteur A. (1994), «Autism Diagnostic Interview- Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24: 659-685.
 - Mammarella IC, Toso, C, Pazzaglia F, et al. BVS-Corsi. Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale. Trento: Edizioni Erickson 2008
 - Marzocchi GC, Re AM, Cornoldi C. Batteria italiana per l'ADHD. Trento: Edizioni Erickson 2010.
 - Moore BD, 3rd, Ater JL, Needle MN, Slopis J and Copeland DR (1994). "Neuropsychological profile of children with neurofibromatosis, brain tumor, or both". *J Child Neurol* 9 (4): 368-77.
 - North KN, Hyman S, Barton B. Cognitive deficits in neurofibromatosis 1. *J Child Neurol* 2002; 17: 605–12.
 - Orsini A, Pezzuti L, Picone L. Wechsler Intelligence Scale for Children IV- Edizione Italiana. Firenze: Giunti, OS 2012
 - Rasmussen SA, Friedman JM. NF1 gene and neurofibromatosis 1. *Am J Epidemiol.* (2000) 151:33–40.
 - Roid GH, Miller LJ. Leiter International Performance Scale-Revised. Firenze: Giunti, OS 2002
 - Sannio Fancello G, Vio C, Cianchetti C. Torre di Londra. Test di valutazione delle funzioni esecutive. Trento: Edizioni Erickson 2006
 - Sannio-Fancello C, Cianchetti C. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence III. Edizione Italiana. Firenze: Giunti, OS 2008
 - Sartori G., Job R. e Tressoldi P.E., DDE-2 Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2, Firenze, Giunti, 2007
 - Sparrow S., Cicchetti D., Balla D.A. Vineland Adaptive Behavior Scales-II – Second Edition – Survey Interview Form, Firenze: Giunti, OS 2016
 - Walsh KS, Velez JI, Kardel PG, et al. Symptomatology of autism spectrum disorder in a population with neurofibromatosis type 1. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55: 131–8.
 - Williams VC, Lucas J, Babcock MA, Gutmann DH, Korf B, Maria BL. Neurofibromatosis Type 1 Revisited. *Pediatrics.* (2009) 123:124–33. 10.1542/peds.2007-3204

RIFLESSIONI SULLA VITA ALLUNGATA UN VIAGGIO CONTROCORRENTE REPORT DI UN PROGETTO DI AIUTO ALLA SOLITUDINE E ALLE PERDITE DURANTE IL LOCKDOWN

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta

Ente affiliazione Scuola Europea
Psicoterapia Funzionale SEF

Docente di Psicoterapia Scuola Europea
di Psicoterapia Funzionale SEF

Responsabile allievi, laboratori e
tirocini Scuola Europea di Psicoterapia
Funzionale SEF di Napoli

Vicepresidente SIF Società scientifica
italiana del Neo Funzionalismo

RIASSUNTO

La vita si è allungata rispetto a 50 anni fa ma è aumentata la *lunghezza della vecchiaia non la salute* per l'efficacia della medicina curativa, che prolunga la vita ma non la lucidità mentale e il benessere generale.

La differenza tra vecchiaia e longevità è sostanziale: la vecchiaia è uno stato di debilitazione, la longevità è la possibilità di vivere bene in un tempo lungo.

Come poter dare aiuto a questa crescente fascia di età?

Necessario preservare il benessere dell'anziano per far sì che l'allungamento della vita non sia solo una più lunga e triste attesa del momento conclusivo della vita. Gli psicologi devono utilizzare un quadro teorico di riferimento che guarda alla persona come un Sé in espansione dall'inizio

alla fine: una visione di unitarietà psicocorporea quale quella del Neo Funzionalismo.

In tale ottica è illustrato un progetto di aiuto in residenza durante il secondo lockdown da Covid 19.

PAROLE CHIAVE

Trattamento Anziani. Covid-19. Esperienze basilari del Sé. Neo Funzionalismo

L'ETÀ DELLA SAGGEZZA MA ANCHE DELLA SOLITUDINE: UNA RIFLESSIONE COME ESPERTI DELLA SALUTE PSICOFISICA

Terenzio diceva "senectus ipsa est morbus" ma Cicerone gli rispondeva nella sua orazione De Senectute con una difesa dell'essere anziano, egli elogia la vecchiaia soprattutto se basata su una giovinezza ben vissuta: "Sed in omni oratione mementote eam me senectutem laudare, quae fundamentis adulescentiae constituta sit", ricor-



date che in tutti i discorsi io lodo quella vecchiaia che basa la propria forza sulle fondamenta poste nella giovinezza.

Concetto oggi più che mai attuale, basato su ricerche medico-psicologiche sullo stile di vita, sui fattori di rischio che influiscono sulla patologia e sulla qualità di vita. La vita media si allunga anche per i progressi della medicina sulla terza e quarta età, ci si cura meglio anche da anziani e si vive di conseguenza una vita migliore. Fino a qualche decennio fa la maggioranza delle persone a 70 anni era curvo e scarnito, mangiava legumi e verdure di campo e a cena pane raffermo, olive e fichi secchi.

È vero che oggi la vita è aumentata rispetto a 50 anni fa, ma è aumentata la *lunghezza della vecchiaia non la salute* delle persone che spesso trascorrono gli ultimi anni della loro vita facendo la spola tra analisi e terapie mediche.

I dati dicono che la vita si è allungata e il numero delle persone che hanno superato gli 80 anni è quasi triplicato negli ultimi tre decenni (dal 1986 al 2015) ma la concezione sull'anzianità continua ad avere aspetti contrastanti con prevalenza di quelli negativi.

In definitiva il punto è che se non si è funzionali non si è utili, dimenticando il più antico rispetto che all'anziano saggio veniva attribuito; il pellerossa anziano che riuniva i giovani della tribù davanti ad un fuoco per insegnar loro a divenir adulti è ormai un antico ricordo che quasi fa sorridere.

Oggi la vita ha come fulcro la tecnologia e il profitto, pertanto, *l'anziano non serve*.

Anche nella mitologia viene rappresentata l'emarginazione della vecchiaia estrema, ad esempio il mito della dea Aurora che, innamorata del giovane Titono, chiede e ottenere da Zeus per lui l'immortalità; dimentica, però, di chiedere l'eter-

na giovinezza. Titono è condannato a un infinito invecchiamento tale che Aurora, con l'avanzare dell'età di Titono, lo confina in casa e chiede che non continui a vivere, così che Zeus lo trasforma in cicala.

I lamenti degli anziani diventano disagio della famiglia e bisogno di emargarli.

Problemi con cui ci confrontiamo ogni giorno, di fronte al crescere del numero dei nostri 'grandi vecchi' per l'efficacia della medicina curativa, che prolunga la vita ma non la lucidità mentale e il benessere generale.

Come poter dare aiuto a questa crescente fascia di età? diventa il nostro interrogativo.

Sin dall'antichità i latini dispensano consigli su come gestire l'età avanzata e come arrivare bene ad essa. Plinio il Giovane (I-II sec. d.C.) in una lettera elogia lo stile di vita dell'anziano Spurinna: a settantasette anni egli fa attività fisica e prende sole, legge, conversa, scrive e segue un regime alimentare semplice. Spurinna si circonda di amici con cui ha un rapporto di condivisione, sia fisica sia intellettuale. È implicita qui l'idea che *la vecchiaia deve essere significativa*.

Riflettendo, anche oggi viene attribuita *importanza all'inserimento attivo dell'anziano nella vita sociale*.

Su questo le fonti antiche sono estremamente ricche, perché la rivalutazione della vecchiaia passa prevalentemente per il tema dell'esperienza dell'anziano che può essere utile alla famiglia e alla società con i suoi consigli e con la sua autorevolezza.

Cicerone, nel suo epistolario con Catone, si esprime con una sorta di 'consolazione della vecchiaia', che cerca di opporre ragioni positive agli aspetti negativi. Egli parla dello stile di vita che occorre per vivere una buona vecchiaia: bisogna lottare contro l'età senile quasi come contro una malattia; bisogna avere cura della salute, praticare esercizi misurati, mangiare e bere quel tanto che basta per ristorare le forze, non per fiaccarle.

E non bisogna badare soltanto al corpo, ma molto più ancora alla mente e all'animo.

Per Cicerone tre aspetti aiutano l'invecchiamento:

Il ruolo della cultura

Catone impara il greco da vecchio e ne rivendica l'apprendimento proprio come un esempio di come la vecchiaia possa essere attiva: in vecchiaia quindi si possono fare cose che non si ha avuto tempo di fare prima e questo da un significato alla vita.

Lo stile di vita

Catone afferma che la temperanza praticata in età giovanile favorisce il mantenimento del vigore in età tarda; propone esercizi di memorizzazione come "allenamenti della mente"; sostiene poi, che in ogni età bisogna accettare i limiti e sfruttare le opportunità che la vita ti concede, adattandosi al ritmo del momento.

I piaceri sobri e riflessivi

Il venir meno di piaceri fisici forti in vecchiaia libera da impulsi che possono essere fuorvianti. Catone sollecita l'abitudine di trovarsi a tavola con amici, per godere del fresco, nelle serate d'estate, e del calore del fuoco in quelle invernali. Il piacere conviviale, gestito sobriamente, è positivo nell'età senile.

Più avanti nell'illustrare il lavoro svolto nel periodo di lockdown con anziani in isolamento questi principi diventano attuali e attualizzabili: dare senso alla vita attraverso aiuti possibili al gruppo, attraverso, attraverso la *riapertura delle esperienze di base* (EBS come le definisce il Neo Funzionalismo di L. Rispoli) *come il contatto, la condivisione, il piacere, il benessere, l'essere visti e valorizzati, la continuità positiva*.

Questi tre principi suggeriti da Cicerone sono ancor oggi, quindi, *indicazioni di tipo preventivo/terapeutico*. In considerazione di previsioni demografiche che ci indicano un futuro in cui la vita si allunga e gli anziani saranno sempre di più, nostro compito di

operatori della salute psicofisica è occuparci, sì di aiuto a tale fascia di età, ma anche di *prevenzione e non solo di cura*, un aiuto alla senilità ad esito positivo.

Come psicologi abbiamo questo compito: aiutare le persone ad invecchiare bene progettando percorsi di aiuto, per mantenere le capacità residue, per evitare eccessive restrizioni e limitazioni nei suoi Funzionamenti. È fondamentale rifiutare la condizione di *morte sociale* che precede quella fisiologica.

L'ITALIA PAESE DI VECCHI O DI LONGEVI?

La lirica greca presenta la vecchiaia come una malattia incurabile. Ne vengono addirittura individuati i sintomi: inaridimento della pelle, imbiancamento dei capelli, dolori articolari e debolezza muscolare, problemi di vista, depressione fino a desiderio di morte. Lo stesso Aristotele offre un quadro del tutto negativo del vecchio, attribuendogli egoismo e cattivo carattere.

Dal passato ad oggi assistiamo a punti di vista opposti: *vecchi o longevi*.

Una differenza sostanziale alla quale noi psicologi, psicoterapeuti, in qualità di operatori della salute e del benessere, siamo chiamati ad incidere. La differenza tra vecchiaia e longevità è sostanziale: la vecchiaia è uno stato fisico di debilitazione e inattività a cui consegue una condizione psicofisica di dipendenza; la longevità è la possibilità di vivere bene in un tempo lungo, rimanendo abili e con la percezione di essere utili ed efficaci fisicamente e mentalmente.

Il nostro diventa un compito rivolto all'individuo ma anche un servizio rivolto alla società in quanto un anziano vecchio è un onere per la società: dove collocarlo, come assisterlo, garantirgli sostentamento e servizi medici, un anziano longevo assorbe meno risorse dal servizio sanitario e dalla stessa famiglia, può anzi a fornire un contributo alla famiglia stessa ad esempio come aiuto educativo ai nipoti e rispetto alla società potrebbe

mantenere una memoria storica come identità ai territori, nel tramandare mestieri e cultura, aiutare nella coesione sociale.

Recenti studi riscontrano un netto miglioramento delle complessive condizioni di salute della fascia di età compresa tra i 65 ed i 75 anni (congresso SIGG 2018).

Inoltre, sia nell'autopercezione che nella percezione culturale collettiva la definizione di anziano tende ad essere allontanata verso età sempre più elevate: secondo una ricerca solo il 15% si autodefinisce anziano in un campione di circa 65 anni.

Parallelamente studi recenti rivelano che si è allungato il periodo di vita nel quale si è costretti a convivere con una o più patologie croniche, che possono incidere negativamente sulla qualità dell'esistenza. (*prof V. Filippi Università di Padova*).

Da altri studi pare che superati gli 80 anni l'aspettativa di vita aumenta e svariate sono le ricerche per individuare i fattori. Interessanti sono gli studi genetici sui centenari; uno degli esperimenti può interessare per capire come si sviluppa la longevità è quello delle cosiddette zone blu (*blue zone*), ossia le aree del pianeta dove la speranza di vita è più alta rispetto alla media mondiale. La Sardegna è una delle terre con il più alto tasso di longevità al mondo, con ben tre *blue zone*. Altre aree che vantano *blue zone* sono Okinawa (Giappone), Loma Linda (California), Penisola di Nicoya (Costa Rica) e Icaria (Grecia). Gli studiosi ritengono che il benessere in queste aree è dovuto a vari fattori, tra cui una regolare attività fisica degli abitanti, con spostamenti a piedi, una dieta basata su legumi e verdure e una struttura sociale che favorisce rapporti umani intensi e che mette al centro la famiglia.

È riconosciuto che la velocità del progredire dell'invecchiamento è la combinazione di tre elementi: componente genetica, fattori esterni (stile



di vita, alimentazione, esercizio fisico, resistenza allo stress, clima) e fattori psicologici.

Un quadro sostenuto dalla ricerca empirica prevede una *double expansion of morbidity* (DEM), in cui il guadagno di vita non solo corrisponde ad un peggioramento delle condizioni di salute, ma anche ad una crescente anticipazione delle malattie croniche che così riducono nettamente il numero di anni mediamente vissuti in buona salute.

Quindi, punto centrale è restare il più possibile sani oltre che divenire sempre più anziani.

Il problema è che, con il semplice aumento dell'aspettativa di vita, aumenta anche la morbidità. Più invecchiamo, più siamo a rischio di malattie cardiovascolari, Alzheimer, cancro, diabete. Ciò non è solo destinato a esercitare una pressione

crescente sull'economia e sui sistemi sociali ma impone anche uno sforzo dei sistemi sanitari per mettere le persone in condizioni di sperimentare un invecchiamento in salute, "healthy aging", ossia soddisfare i loro bisogni primari, aiutarli a mantenere o ricostruire relazioni sociali, consentire loro di vivere una qualità di vita soddisfacente, una vita più lunga con migliore qualità ("minore gravità delle morbidità").

Nel mondo della medicina e della psicologia la domanda dovremmo porci è quale obiettivo porci di aiuto rivolto agli anziani. Gli scienziati mirano a trattamenti che rallentino l'invecchiamento e prevengano le malattie legate all'età piuttosto che prolungare semplicemente la vita. Per gli psicologi l'obiettivo dovrebbe forse essere preservare il più possibile il benessere, l'armonia psicofisica, il buon funzionamento psicocorporeo.

LA CONCEZIONE DEL SÉ NEL NEO FUNZIONALISMO

Diventa assolutamente necessario preservare il benessere dell'anziano per far sì che l'allungamento della vita non sia solo una più lunga e triste attesa del momento conclusivo della vita. A tale considerazione si associa per noi psicologi utilizzare un quadro teorico di riferimento che guarda alla persona come un Sé in espansione dall'inizio alla fine: una concezione del Sé in una visione di unitarietà psicocorporea.

Tale è la visione del Neo Funzionalismo, il cui fondatore prof. L. Rispoli, studia, osserva e teorizza una maniera di leggere l'organismo vivente in un'ottica multidimensionale, considerando degli organismi viventi i Funzionamenti di fondo. una epistemologia che non si basa più su struttura e parte ma piuttosto in grado di leggere in modo complesso gli individui.

Un cambiamento concettuale ed epistemologico che non prendesse in considerazione le parti di un organismo umano, né le sue strutture, e neppure le categorie mente- corpo, ma qualcosa che potesse rappresentare al contempo il tutto e i dettagli, e che cogliesse il funzionamento di fondo che è alla base della vita umana, cioè la "Funzione". Il Sé quindi può essere visto come organizzazione di tutte le Funzioni psicocorporee dell'organismo, su tutti i piani e su tutti i possibili livelli di funzionamento: i ricordi, il simbolico, le fantasie, le immagini, la progettualità, il tempo, la razionalità; ma anche le emozioni; e anche i movimenti, le posture, la forma del corpo; nonché le sensazioni, la tensione muscolare, il sistema respiratorio; e ancora il sistema neurologico, il sistema neurovegetativo, il sistema immunitario, ecc.

La visione dell'individuo come un processo di espansione del Sé che non si arresta mai e che dura tutta la vita, insieme al concetto di Funzionamenti di fondo, ci permette di "leggere" i fenomeni della vita e la stessa vecchiaia in termini talvolta di involuzione di alcune esperienze basi-

lari, quelle che costituiscono l'agire, il pensare, il sentire, il relazionarsi della persona con gli eventi di vita.

Con tale approccio nasce un'esperienza di aiuto ad un gruppo di anziani collocati psicologico in una struttura residenziale durante la pandemia da Covid 19 e il secondo lockdown come aiuto ad un gruppo di anziani.

Faccio una premessa sulle motivazioni che sottendono all'inserimento nelle strutture degli anziani. Le principali motivazioni che conducono all'istituzionalizzazione dell'anziano sono generalmente problemi funzionali (difficoltà oggettive nel prendersi cura di sé e nel gestire la propria abitazione), economici, di salute e anche problematiche psicologiche tra cui il senso di solitudine, di insicurezza per l'ingravescenza delle capacità cognitive e sintomi depressivi reattivi.

Nel caso specifico, dal marzo 2019, la popolazione anziana, in particolare, ha subito un'aggravamento delle condizioni di solitudine e paura a causa della pandemia da covid 19 che ha portato molte famiglie ad inserire i familiari anziani in contesti residenziali per la loro assistenza o per evitare la completa solitudine.

Tale logica dei figli o nipoti o comunque familiari è stata inversamente proporzionale con la logica e i vissuti degli stessi anziani che hanno spesso vissuto la sensazione di detenzione e perdita dei loro equilibri e affettivi.

Molto spesso la fascia di utenza anziana sana o con sintomi lievi/moderati (ma ad un livello ancora subclinico) cioè utenti con declino cognitivo lieve/lieve moderato, non viene considerata target di interventi di questo tipo.

Invecchiare richiede una continua disponibilità di adeguamento e adattamento, non sempre facile. Con la cornice teorica del Neo Funzionalismo e la sua metodologia si può agire sulle abilità psico-socio-relazionali andando ai Funzionamenti

di fondo con effetti positivi sul benessere emotivo e sulla qualità di vita ad ogni età.



Figura 1 - I Bisogni Fondamentali del Sé. L. Rispoli

ISOLAMENTO DA COVID-19 E CONSEGUENZA SUGLI ANZIANI

Anche la società e l'ambiente andrà verso una trasformazione, ci si auspica, che dibattiti importanti saranno non solo quelli di cura ma quelli sociali: quelli di riprogettare spazi per la popolazione anziana, trasporti, cc.

Noi Psicologi di fronte ad una implicita richiesta, cioè l'allungamento della vita e l'aumento della popolazione anziana, dobbiamo mettere in atto progetti di aiuto e meccanismi di protezione sociale, dobbiamo scendere in campo con progetti di prevenzione e progetti di aiuto.

La pandemia e gli effetti long-covid hanno posto ancor più alcuni bisogni trascurati della nostra società e criticità negli interventi sociali agli anziani.

Tra le criticità vanno anche rilevati i modelli di concezione dei bisogni della popolazione anziana. Il modello prevalente di lettura dei bisogni è orientato alle macro-categorie (gli anziani, i minori, le dipendenze ecc.) ma senza tener conto

che all'interno delle medesime categorie emergono numerose differenziazioni che richiedono quindi una maggiore capacità di leggere i continui mutamenti legati ai bisogni delle grandi categorie che hanno bisogno di risposte.

Uno degli esempi di questa difficoltà del sistema di leggere i bisogni emergenti riguarda proprio la vita anziana.

La diffusione della malattia da Covid-19 ha fatto crollare alcune delle certezze: in parte perché le strutture per anziani sono state sottoposte a livelli di rischio significativamente elevati, ma anche perché sono emersi nuovi bisogni sociali della vita anziana (ad esempio la necessità di socializzazione in condizioni di isolamento sociale, anche a fronte delle ricadute psicologiche legate alle norme di distanziamento, i bisogni legati alla mobilità indipendente), che escono dalla classica distinzione legata al concetto di autosufficienza. È certo che prima dell'emergenza alcuni bisogni "leggeri" erano soddisfatti dalla rete familiare e/o amicale. La lontananza dai figli, che durante la pandemia è stata una "lontananza obbligata" spesso ha rappresentato motivo di affaticamento della vita anziana, al pari, ad esempio, di alcune situazioni legate a condizioni di malattia che limitano l'autonomia dei soggetti. Questi nuovi bisogni sono correlati, non solo alle condizioni di salute dell'anziano, quanto anche alla sua rete sociale e relazionale, che durante la pandemia si è forzosamente rarefatta.

Proprio questa diversa fragilità individuale richiede un sistema di *osservazione dei bisogni*

Lo abbiamo ben compreso durante il lockdown: in un momento storico in cui l'isolamento sociale e il distanziamento hanno rappresentato buone norme di comportamento finalizzate alla riduzione del contagio, la solitudine delle persone anziane può aver rappresentato un rischio significativo da non sottovalutare.

Ora, durante il secondo lockdown dovuto alla covid 19 più che nel primo il forte bisogno che si respirava era rompere l'isolamento. La Covid è certamente una minaccia per la salute degli anziani ma anche per molti aspetti legati alla qualità di vita.

In tal senso, occorre immaginare che, oltre ad interventi più o meno strutturati, è necessario costruire *interventi di prossimità* che, da un lato, permettano all'anziano di non cadere in un vortice di abbandono e di scoraggiamento, e dall'altro sostengano realmente il carico di cura dei figli, assoggettati al rischio di schiacciamento tra la cura dei figli e quella dei genitori (effetto sandwich). Si può pensare in piccolo o in grande: progetti al singolo, progetti sul territorio ma rimane fondamentale una certa "visione teorica"

Con la visione teorica del Neo Funzionalismo ho messo a punto, con l'aiuto, all'epoca, di un laureando in Psicologia, Domenico Marotta, oggi Dottore in scienze e tecniche psicologiche, che ringrazio per il contributo.

PROGETTAZIONE E METODOLOGIA DI UN INTERVENTO DI AIUTO IN UNA RESIDENZA PER ANZIANI DURANTE IL SECONDO LOCKDOWN

La pandemia da Covid 19 ha dato un grande scossone alla popolazione anziana e alle famiglie. Io stessa mi ritrovo in un buco nero: ho madre anziana ammalata a cui assicurare assistenza. È necessaria la decisione di inserirla in una residenza nella quale mi ritrovo in contatto con quella fascia di età a cui avevo rivolto più volte interesse ma solo teorico fino a quel momento.

L'unico modo per affrontare il nemico, si sa, è prenderlo per le corna: chiedo alla struttura di poter fare un *progetto di aiuto psicologico all'interno della struttura ospitante*.

Mi ritrovo di fronte a facce scarne dove si leggeva solo paura

A primo impatto, un'istantanea rimane impressa nella mia mente, osservo schiene ricurve, labbra raggrinzite per la mancanza di denti ma soprattutto serrate forse per timore che ne venga fuori un urlo di dolore. E quel continuo addormentarsi sulle poltrone, quei respiri sibilanti.

Campione: 7 ospiti di una residenza per anziani, istituzionalizzati da almeno un mese, funzionamento cognitivo preservato, con forte senso di isolamento e tono dell'umore deflesso.

Il progetto ed intervento Funzionale di aiuto si svolge nel lockdown Novembre 2020 Marzo 2021.

La prima osservazione la faccio sulla modalità di respiro degli ospiti, in quanto il *respiro è una Funzione regolatrice di tutto l'organismo* anche per i suoi collegamenti con il nervo Vago (dagli studi di Rispoli e coll.).

Il processo vitale che si esprime nella respirazione, può essere inteso come "uno stato costante di pulsazione in cui l'organismo continua ad oscillare tra espansione vagale (espirazione) e contrazione simpatica (inspirazione)..." Si verifica un disturbo nel generale equilibrio biologico quando predomina l'una o l'altra delle due funzioni. Il perdurare di uno stato di espansione è sintomo di una generale vagotonia, mentre il perdurare di uno stato di contrazione è sinonimo di simpaticotonia.

Nell'anziano il diaframma si abbassa e diviene più piatto se a questo si aggiunge la postura accasciata, le spalle ricurve in avanti e senso di paura la modalità di respirazione diaframmatica, tipica della calma viene completamente persa e il feedback che l'organismo riceve è di angoscia, un circuito autoriproducentesi. Nella *respirazione toracica*, ad esempio, l'organismo va in *simpaticotonia*: il sangue è pompato più in fretta, i muscoli pronti per agire, per affrontare una situazione di allarme

Pertanto, sulla base di studi e osservazioni, nella metodologia Funzionale assume un ruolo di rilievo agire sulla respirazione diaframmatica, che è un regolatore dell'organismo e del suo benessere.

Dopo un'osservazione sul respiro dei 7 soggetti riscontro le seguenti modalità:

- 3 Anziani respiro toracico
- 2 Anziani respiro toracico alto
- 2 Anziani respiro leggero, silente, poco ampio

Spesso presente una sorta di Sbuffare come tentativo di fare respiri diaframmatici, respiri più ampi che spezzino il respiro corto dell'ansia. È un respiro volto a diminuire l'ansia.

(Art. «La respirazione» del Prof. L. Rispoli 2011)

Ad una lettura Funzionale del gruppo anziani osservati si riscontrava:

- *Piano Cognitivo* Pensieri fobici Ricordi con rimpianti, Fantasie negative
- *Piano Emotivo* Paura ansiosa, tristezza pervasiva, tenerezza non espressa ma presente, chiusura collerica, rabbia
- *Piano Fisiologico* Alterazione della respirazione (esile/ affannoso/ alto), Tensione a livello del tono muscolare, occhi spenti, voce flebile o stridula, soglie dolore alterate
- *Piano Posturale* posture accasciate e chiuse, pochi movimenti, espressioni immobili, sguardo basso

Un quadro molto simile a quello del paziente depresso con un corto circuito *paura, senso svilimento, collera, posture accasciate, respiro alterato*.



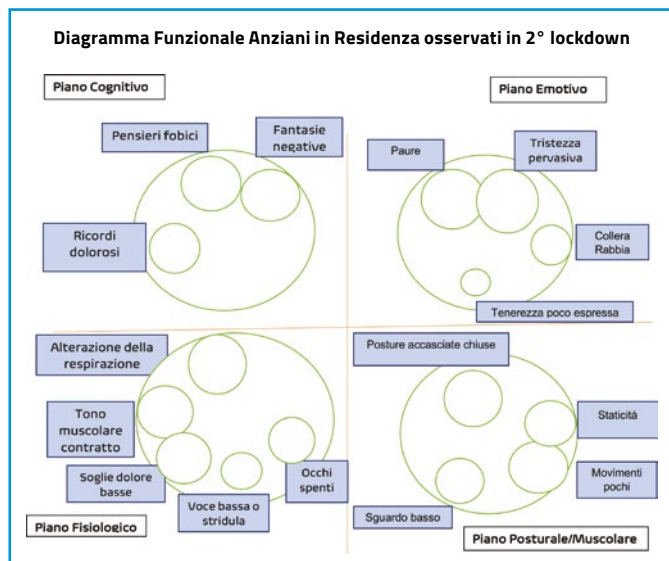


Figura 2 - Diagramma Funzionale dell'anziano in residenza durante il 2° lockdown di Rosa Iannone

Anche il silenzio, il ritirarsi, l'immobilità sono essi stessi una forma di comunicazione ed influenzano gli altri interlocutori che non possono non rispondere a questi segnali verbali e/o non verbali. Non è possibile scegliere se comunicare o no, "è impossibile non comunicare" (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967).

Abbiamo riscontrato la mancanza di vero e genuino interesse per gli anziani della struttura, di attenzione, di affetto e calore, piuttosto una preoccupazione per l'igiene maniacale dell'ambiente che generava ancor più senso di ansia e allarme.

Il rapporto che lo psicologo/psicoterapeuta stabilisce con l'anziano deve essere parzialmente riparativo delle perdite subite e costituire una fonte di soddisfazione (Stella 1994), cioè come dice il Neo Funzionalismo ricostitutivo di Funzionamenti carenti. (anche se non in senso pieno a differenza che con l'adulto).

È stato dimostrato da svariate indagini epidemiologiche che il trasferimento di un anziano in strutture residenziali comporta effetti negativi a livello somatico, psicologico, sociale, come dice il neo Funzionalismo su tutti i piani di funzionamento. È stato anche rilevato che l'attenzione all'ospite (ebs Essere visto) stimola e preserva il suo benessere (Rozzini e Trabucchi 1996).

Abbiamo subito riscontrato un'assenza di relazione tra gli anziani, freddezza emotiva degli operatori all'assistenza e poca comunicazione da parte di essi.

Ma in realtà, ci ricorda Watzlawick, Non si può non comunicare.

Primo obiettivo dell'intervento: la *relazione*, che è ovviamente stata il fulcro su cui si è costruito tutto l'intervento, come è sostenuto ormai da più parti nel mondo della medicina come della psicologia (Peabody 1927-Crawshaw 1995 et al), la relazione è l'elemento centrale della cura, come dice anche il Neo Funzionalismo... prendendo in considerazione tutti i canali della comunicazione (*L. Rispoli Esperienze di base del Sé* pg 216).

Essere in relazione con la persona significa "pienezza di rapporto, una completezza che non può limitarsi solo ad alcuni aspetti...non basta la sola empatia...non si può solo garantire il setting...né solo tollerare le angosce, né proporre nuove strategie o abreazione emotive" (*L. Rispoli Esperienze di base del Sé*).

Ho pensato alla relazione come *Rel/Azione* cioè un'azione di counseling efficace attraverso la relazione. Il doppio significato implicito nel termine "*rel/azione*" riguarda la comunicazione.

Ad *Aristotele* risale l'idea di comunicazione come processo che lega alcuni elementi strutturali come fonte, messaggio e ricevente. I messaggi di relazione (gesti, sguardi ecc) sono fattori che possono influenzare la qualità della *relazione*.

Il linguaggio del corpo, a cui anche Rispoli attribuisce importanza è stato usato in maniera cosciente per utilizzarlo come uno strumento di lavoro e instaurare il contatto come possibilità di relazioni più armoniche (Racalbuto A. *Tra il fare e il dire*. Raffaello Cortina Editore, 1994).

Il volto (in particolare lo sguardo), il corpo e il tono di voce, quelli che il prof Rispoli definisce Funzioni psicocorporee, sono importanti veicoli per arrivare all'altro:

- gli occhi, che guardano e che sono guardati
- la voce, modulata che rilassa o che stimola
- le mani che parlano, esemplificano o sottolineano
- L'orientamento nello spazio espresso dal corpo, dalla vicinanza-distanza, dall'orientamento (faccia a faccia, di fianco, dietro) dalla postura (rigida, rilassata, che presta attenzione, seduti, in piedi), rivela il grado di intimità e di confidenza dell'incontro, della disponibilità personale e del ruolo dei partecipanti.

Mantenere un buon contatto visivo è traducibile in "ti ascolto", "ti sono vicino", "ci tengo a te", "sono attento a ciò che mi dici".

Utilizzare la Funzione contatto visivo/sguardo significa comunicare che "ci siamo".

Non ci potrà essere vera esperienza di Contatto se manca il contatto visivo (L. Rispoli Esperienze di Base). Con tali modalità, utilizzando anche segnali non verbali potevamo cominciare un primo lavoro sulla *Esperienza di Base del Contatto*.

Esperienze di base più intaccate che sono state rilevate erano:

- *La Paura e la Protezione* riguardavano la pandemia in generale, vissuta come una forma di guerra (molti avevano vissuto la 2 guerra

mondiale), la possibilità di contrarre il virus personalmente o i propri cari a distanza, la paura dell'abbandono, della solitudine, di non piacere agli operatori della struttura.

- Essere *considerati, visti, ascoltati e capiti, valorizzati*, esperienze poco presenti in congruenza con l'allontanamento dai propri cari e l'inserimento in un contesto di persone estranee di conseguenza anche il *Contatto* come flusso di scambio risultava molto carente.
- *La Condivisione* come alleanza poco presente per mancanza di conoscenza tra gli ospiti ma anche conseguenza di un egoismo di sopravvivenza (mancavano prodotti di prima necessità e c'erano piuttosto condotte di accaparraggio).
- *La Tenerezza* per sé diventava senso di fragilità, e come necessità dell'altro (aiuto reciproco) non veniva nemmeno stimolato dagli operatori
- *Il Piacere e Benessere* nel godersi momenti conviviali, fortemente carente, si respirava piuttosto uno stato generale di malessere, tristezza, malinconia; abbiamo agito partendo da ciò che era più collegato al bisogno di alimentarsi ampliando la gamma del piacere nel desiderare e godersi cose buone da mangiare.
- *La Continuità positiva*, Esperienza di base che di logica può essere carente nell'anziano per le tante perdite di cui possono essere portatori e in questo caso, gli ospiti inizialmente avevano chiuso anche i ricordi forse per proteggersi dalla nostalgia. Abbiamo fatto lavoro sui ricordi del passato, condividendo vecchie foto di personaggi da cui loro potessero raccontare le loro storie di vita ad esse collegate, abbiamo cantato vecchie canzoni, e raccontato proverbi antichi per ritrovare la storia che ciascuno porta dentro di sé.

Dopo questa lettura gli incontri sono stati strutturati come recupero e aiuto alle Esperienze di Base più carenti. Superfluo dire che tutto il lavoro svolto è stato focalizzato sullo sviluppo della fiducia e della speranza, che risultavano molto scarse.

Un aiuto importante è stato quello di ripristinare il *Respiro diaframmatico*, che per tutti gli ospiti era alterato, per lo stato delle cose, per la condizione stessa dell'anziano che perde mobilità ed espansione dei polmoni.

Anche in altri lavori con anziani è stato spesso riscontrato cronicizzato lo stato di allarme nel quale viene a trovarsi il soggetto e in caso di situazione pandemica questa condizione si manifestava.

Pertanto, l'intervento ha previsto l'uso di tecniche di *tocco-contatto*: massaggio Funzionale al collo spalle, massaggio braccia-mani, aiuto con tecniche specifiche sulla *respirazione diaframmatica*, *sull'apertura e condivisione* utilizzando le polarità movimenti ampi. piccoli, aprire-chiudere partecipando ad attività di vita quotidiana (piegare lenzuola a due e piegando piccole cose come fazzoletti tovaglioli).

L'intervento ha avuto come *obiettivi*:

- *migliorare la relazione con gli operatori* attraverso il coinvolgimento delle operazioni di routine (aiutare in cucina, spolverare, piegare biancheria (operatore-anziana) e sul coinvolgere gli operatori nel lavoro anche per un aiuto al burn out
- *migliorare il clima tra gli ospiti* creando attività e partecipazione ad esse, *esperienze di apertura e condivisione*
- aiutare a ritrovare una modalità di *respirazione diaframmatica* con ripristino Funzionale
- *alla mobilità e apertura delle posture* utilizzando le polarità movimenti ampi-piccoli, aprire-chiudere partecipando ad attività di vita quotidiana (piegare lenzuola a due e piegando piccole cose come fazzoletti, tovaglioli), gioco «apriamoci alla luce, chiudiamoci al sonno», e giochi con le braccia a due.

Progetto di lavoro

- Molto *tocco/massaggio di tipo Funzionale* che *interviene sulle Esperienze di base di essere Tenuti, Protezione, Affidarsi, Lasciare, Benessere, Sensazioni Ricevere*.

Il massaggio Funzionale profondo viene praticato con attenzione a calibrato sulla muscolatura più o meno scarna del cliente con l'intento di aprire le sensazioni e aiutare a decontrarre alcune zone e a ridurre lo stato di allarme in cui spesso l'anziano si trova.

Il tocco Funzionale ha la caratteristica di poter essere usato in modo intenzionale e dipende da cosa vogliamo ottenere ad es. è stato utilizzato un *Tocco di sostegno contenitivo* (ebs Essere Protetti) per indurre sensazioni di presenza e contatto dell'operatore

- *Massaggio collo spalle*, un poco, (per far riaffiorare l'esperienza di essere tenuti, e di benessere) applicato con l'utente seduto e l'operatore posto lateralmente alla persona anziana e non di spalle per evitare la sensazione sgradevole e la sensazione di pericolo alle spalle
- *Massaggio braccia mani*. Le mani sono alla base del nostro agire nel mondo, dello scambio, del prendere e del dare. Nelle mani sono scritti i ricordi dei nostri contatti attivi, le prime esplorazioni legate alla curiosità e al conoscere ma sono anche -insieme a spalle e braccia- i distretti associati allo sforzo, al dover fare, al reggere pesi e risultano spesso affaticate e difficili da allentare.
- *Massaggio gambe*, in quanto spesso le gambe sono serbatoio inconsapevole di tensioni accumulate, tensioni dovute ad un atteggiamento di trattenere. Il tocco era fatto in maniera lenta e profonda senza toccare il dolore.

Tecniche Funzionali

- *Automassaggio gambe*, spesso gli anziani avevano dolori alle gambe anche per l'immobilità a cui erano costretti e veniva loro proposto di strofinarle sul letto, ciò aumentava sensazioni di piacere e l'idea di poter direttamente intervenire sui loro dolorini; la tecnica migliorava, proprio per quanto Rispoli spiega, i dolori perché i recettori strofinati danno segnali ovattati Questa esperienza provocava calore, piacevoli correntine e vigilanza diminuita
- *Aiuto allo Sbadiglio*: lo sbadiglio in alcuni sog-

getti era un tentativo di far arrivare aria ma molto bloccato, aiutato con "rispecchiamento" è stato di grande aiuto anche a sensazioni positive di "sblocco".

- *Essere tenuti* tecnica che procura grande senso di protezione, benessere, ricordi di affetti passati, rivitalizzazione di esperienze sepolte
- *Portare ad Immaginare onda del respiro* (ebs benessere, vagotonia)
- *Portare ad Immaginare di sprofondare nel prato* adattata come sprofondare nel lettino per una paziente allettata (*ebs protezione*)
- *Far rivivere l'esperienza di Voce flebile da bambino piccolo, un po' riadattata* facendo parlare bambolotti o peluche (che voce avrebbe l'orsetto, la paperetta, la bambolina? Cosa direbbero?) (*ebs tenerezza*)
- *Far Ricordare un sostegno avuto (riattivare l'esperienza di essere tenuti, continuità positiva)*
- *Far ricordare la familiarità di marche* sotto forma di gioco dei ricordi (per sviluppare le esperienze di condivisione e la continuità positiva).
- *Utilizzare la voce in gruppo.* La respirazione diaframmatica veniva aiutata anche in momenti ludici e di condivisione in gruppo ad es. nel cantare vecchie canzoni della loro epoca (condivisione, armonia con gli altri).

RISULTATI DELL'INTERVENTO

A conclusione dell'intervento dopo circa 3 mesi molti obiettivi prefissati sono stati raggiunti: tutti gli ospiti hanno usufruito di sensazione positiva al contatto sia visivo che fisico, la nostra presenza era un appuntamento che aspettavano piacevolmente nonostante inizialmente temevano di contrarre il virus, per quanto ascoltavano in tv, ma dopo i primi 2 incontri al nostro arrivo allungavano le braccia per ricevere un tocco, uno sguardo, una parola.

Si è osservato

- Una "rivitalizzazione" di quasi tutti i residenti (6 su 7).
- Progressivo miglioramento tono dell'umore man mano che si progrediva con gli incontri
- I soggetti si sono uniti man mano in alleanza.

- La Respirazione diaframmatica Funzione notevolmente compromessa "superficiale", "toracica" dovuta allo stato di allarme, di vigilanza in cui si trovavano i soggetti è migliorata più o meno in tutti con gradi individuali, diventando meno affannosa e più aperta, ritrovato la capacità dello sbadiglio più pieno, che avevamo chiamato "sco-stumato" e che li faceva tanto ridere.
- Riapertura della gamma dei movimenti da piccoli a grandi, che ha migliorato la qualità di vita e di autonomia, sperimentare di essere utili (aiutare a piegare la biancheria, sbucciare patate) ha migliorato la sensazione di *capacità di muoversi verso il mondo* e l'immagine di sé che possedevano come soggetti limitati e resi limitati dall'agire degli operatori che inizialmente "li tenevano fermi" e che impediva e limitava maggiormente l'autonomia, l'essere visti, valorizzati, e la condivisione.

I progetti di intervento con la metodologia Funzionale sull'anziano, in una fase di fisiologico ed emotivo declino, aiutano una rivitalizzazione dei suoi Funzionamenti poichè si dispiega contemporaneamente su tutte le componenti del Sè in un'ottica multidimensionale.

Le su citate indicazioni di Cicerone diventano pratica metodologica: vecchiaia attiva e non passiva in cui riattivare Funzionamenti che per condizioni di vita fisiologici e /o ambientali tendono a ridursi.

Le considerazioni conclusive portano alla riflessione che l'aiuto con le metodologie Funzionali a questa fascia di età promuove un invecchiamento ad "esito positivo" in un'ottica oggi sempre più diffuso in ambito scientifico, che tenendo conto della interconnessione tra i vari aspetti dell'essere umano (psicologico, emotivo, biologico, ecc.), fa tentativi per affrontare il paradigma della complessità.

Concludo questa esposizione ricordando il film *Il posto delle fragole* di I. Bergman: esiste forse per tutti un posto delle fragole, un luogo dove rimane in-



tatto l'incanto di chi siamo stati, con la semplicità, l'autenticità e le speranze di quando la vita era davanti, un luogo, che forse c'è ancora dentro di noi.

Ma concluderei anche con uno sguardo proiettivo: quando ci passa accanto il nonno col bastoncino guardiamolo con un sorriso benevolo (serve per mantenere aperto il nostro Funzionamento della tenerezza): egli è il nostro ritratto che sarà.

BIBLIOGRAFIA

- Aime, M., Borzani, L., (2017). *Invecchiano solo gli altri*. Torino, Einaudi.
- Atella, V., Belotti, F., Cricelli, C., Dankova, D., Kopinska, J., Palma, A., et al., (2018). The "Double Expansion of Morbidity" Hypothesis: Evidence from Italy. Roma, *CEIS, Centro solidarietà*. Vol. 15, Issue 1, N. 396
- Chang, A.Y., Skirbekk, V.F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N.J., Dieleman, J.L., (2019). Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study. *Lancet Public Health*, Vol. 4.
- Crimmins, E.M., Beltrán-Sánchez, H., (2011). Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity? *Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Science*, Jan, 66B (1): 75-86.
- Diamanti, I., (2017). *Condannati all'eterna giovinezza*. La Repubblica, Jan 22.
- Horowitz, J.M., Graf, N., (2019). *Teens See Anxiety and Depression as a Major Problem Among Their Peers*. Washington, DC: Pew Research Center.
- Hulsegge, G., Picavet, H.S.J., Blokstra, A., Nooyens, A., Spijkerman, A., Van der Schouw, Y., et al. (2013). *Today's adult generations are less healthy than their predecessors: generation shifts in metabolic risk factors: the Doentichem Cohort Study*. *European Journal of Preventive Cardiology*.
- Iannone, R., (Dic. 2016). *L'onda vitale: la respirazione*. Studi del Neo-Funzionalismo sulla centralità della respirazione diaframmatica per il benessere e la salute. *Rivista Psicopuglia* n. 18, 98-109.
- Istat. (2016). *Indicatori di mortalità della popolazione residente per l'anno 2016*. Author.
- Istat. (2019). *Stime per l'anno 2018. Indicatori demografici*. Author.
- Rispoli, L., (2003). *Il sorriso del corpo e i segreti dell'anima*. Feltrinelli.
- Rispoli, L., (2004). *Esperienze di base e sviluppo del Sé*. Franco Angeli.



LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE NEGLI APPRENDIMENTI TRA COGNIZIONE, METACOGNIZIONE E PROCESSI PRAGMATICO-OPERATIVI.

Devid Sabatini

Specialista in Psicoterapia
Psicologo a indirizzo clinico
Psicologo dello Sport e della Performance

RIASSUNTO

I processi di apprendimento rappresentano una costante durante l'intero arco di vita dell'individuo, con peculiari differenze nelle diverse epoche di vita.

La comunicazione, attraverso le sue diverse componenti, rappresenta il principale tassello sul quale si costruiscono i processi di apprendimento, creando altrettanto importanti componenti ad essi correlati, come gli stili attributivi e soprattutto la concezione relativa a come l'individuo percepisce se stesso in relazione alle abilità possedute, incluse quelle relative alla sfera dell'intelligenza e dei diversi corollari ad essa facenti parte.

PAROLE CHIAVE

Intelligenza, apprendimento, carriera, formazione, *performance*, crescita.

L'ESSERE UMANO E LA CURIOSITÀ EPISTEMICA PER L'APPRENDIMENTO

I processi di apprendimento hanno avuto una grande attenzione nel corso degli ultimi anni, grazie al lavoro di numerosi autori che hanno affrontato l'argomento in maniera approfondita, apportando al settore numerose conoscenze e colmando diverse lacune. Un tema, quello relativo ai processi di apprendimento, che ha attirato su di sé grande interesse. Ad esempio, si è iniziato, in maniera sempre più frequente,

a porre le basi per la costruzione di una serie di tecniche che consentissero una più facile memorizzazione e acquisizione di informazioni, permettendo la loro assimilazione in tempi sempre più rapidi e contribuendo in tal modo a fornire strumenti che consentissero all'individuo di performare nel miglior modo possibile nel campo del sapere più disparato. Tecniche che permetterebbero di acquisire, così, una serie di elementi all'interno di un lasso di tempo notevolmente ridotto rispetto a quanto si impiegherebbe normalmente.

Tanta l'importanza data a questo settore della conoscenza, che si è cercato di renderlo sempre più tecnologicamente evoluto, proprio come avviene in altri contesti ritenuti di importanza strategica, procedendo verso una sorta di tecnicizzazione. Ci si potrebbe chiedere quanto sia

valido e redditizio nel medio-lungo termine per la reale crescita dell'individuo, tecnicizzare i processi di apprendimento, rendendoli sempre più "freddi", considerando la mente umana come un vero e proprio elaboratore di informazioni e rischiando di deprivarla di componenti importanti come quelle emotive, di basilare importanza per i meccanismi psicologici legati all'apprendimento. Pensiamo alle tecniche di lettura rapida, che consentirebbero di leggere una quantità di informazioni in tempi minori rispetto a quanto si impiegherebbe attraverso una lettura tradizionalmente intesa o a quelle tecniche mnemoniche che permetterebbero di memorizzare una serie di elementi di gran lunga maggiore rispetto alla media conosciuta.

Il piacere di apprendere qualcosa e le relative componenti emotive, precedentemente menzio-





nate, troverebbero sempre meno spazio in questi modelli meccanici di acquisizione dell'informazione, resi sempre più tendenti al raggiungimento di un freddo obiettivo. Ci si potrebbe domandare sulla reale efficacia di queste tecniche per rendere veramente migliori i processi di apprendimento e sulla loro effettiva validità nel medio-lungo termine nel mantenere ed alimentare la motivazione ad apprendere. Insomma, l'apprendimento ha costituito e costituisce oggetto di attenzione e di indagine privilegiato, in quanto viene considerato la via di accesso principe alla costruzione del sapere e del relativo potere o almeno della percezione ad esso legata.

Se apprendo e conosco posso esercitare maggiore influenza su quei settori della mia vita all'interno dei quali mi trovo ad operare per raggiungere degli obiettivi ed avere successo. Del resto è ben conosciuto il detto "sapere è potere"; sembrerebbe essere questa la logica predominante che alimenta la curiosità epistemica dell'uomo, rispetto alla sua necessità di sapere.

La curiosità è qualcosa di innato negli esseri umani, che si muoverebbero nella direzione dello scoprire il funzionamento delle cose. Berlyne (1960) definisce il bisogno universale di conoscere e di apprendere, come curiosità epistemica, cioè un bisogno che si evidenzia tramite l'esplorazione dell'ambiente e che si realizzerebbe esclusivamente per il solo desiderio di sapere. Berlyne sottolinea come l'ambiente circostante eserciti un ruolo importante per innescare tale curiosità epistemica, attraverso gli stimoli da esso provenienti. Una visione che deresponsabilizza l'individuo, in quanto la scelta dell'oggetto della curiosità sembrerebbe essere stabilita più dalle caratteristiche dell'ambiente, che dai reali obiettivi o propensioni naturali dell'individuo. Quest'ultimo, di suo, apporterebbe solo il desiderio innato e generale di sapere, una logica che, se ci pensiamo, è analoga a quella che si può constatare riguardo alla concezione della teoria dell'intelligenza postulata da Spearman.

Se considerassimo tale prospettiva e la curiosità che da sempre ha suscitato il tema dell'apprendimento e del potere che da esso ne deriverebbe, potremmo meglio comprendere il grande interesse per questa dimensione dell'essere umano. Del resto l'attenzione posta ai processi di apprendimento è stata da sempre oggetto di indagine della psicologia, che attraverso i suoi strumenti ha in qualche modo reso i suoi servizi agli interessi del momento del genere umano, facendolo a diversi livelli. Basti ricordare gli studi di Jean Piaget, che portarono alla luce le fasi di un modello di lettura dello sviluppo intellettuale, che consentivano una migliore capacità di gestione dei processi di crescita dei bambini, all'interno delle quali venivano chiaramente delineate le competenze e le capacità che essi avrebbero dovuto possedere e padroneggiare per essere considerati come all'interno del normale processo di crescita. Ma il concetto relativo all'apprendimento ha esercitato interesse anche perché si è trattato di un costrutto che, volenti o nolenti, è stato da sempre strettamente correlato ad un altro fondamentale costrutto, anch'esso attentamente studiato dalla scienza psicologica e cioè quello di intelligenza. Come si accennava precedentemente, la psicologia ha reso i suoi servizi all'umanità in campi differenti da quello prettamente psicologico-scientifico.

Durante le guerre del secolo scorso, i settori strategici che coordinavano le ostilità belliche, hanno grandemente usufruito dei test di intelligenza in uso a quel tempo, con lo scopo di meglio cogliere le potenzialità e peculiarità degli uomini a disposizione, tracciandone le potenzialità di apprendimento e il loro migliore utilizzo. La conoscenza relativa alla quantità e qualità di potenziali apprendimenti di ogni singolo soldato, avrebbe, così, permesso un loro migliore impiego strategico: sapere è potere. Le stesse tecniche di lettura rapida, menzionate all'inizio del paragrafo, sono da ricondurre a scoperte effettuate nel contesto della prima guerra mondiale grazie all'aviazione britannica che ebbe un problema di natura tattica-

co-strategica, perché i suoi piloti facevano fatica a distinguere la nazionalità di appartenenza degli altri aerei in volo. Problema che fu risolto con lo sviluppo del tachistoscopio attraverso il quale migliorarono la capacità legata alla velocità di riconoscimento, lavorando sui tempi di reazione e la più rapida presa di decisione inerente se aprire il fuoco o meno.

Un interesse, questo, che affonda le sue radici fin dai primi anni del secolo scorso se decidessimo di dare uno sguardo all'evoluzione del costrutto a tutti noi noto di QI (quoziente intellettivo). Oltre al già citato ampio utilizzo dei test di intelligenza nei settori strategico-bellici delle guerre del secolo scorso, conoscere le potenzialità di apprendimento degli individui ha da sempre destato un interesse che si è collocato su una sottile linea di confine che separava il sano interesse per la conoscenza scientifica legata al campo della psicologia e ai processi di apprendimento, da quello che si potrebbe definire un perverso desiderio di acquisire sempre più strumenti conoscitivi che permettessero di manipolare e formare a piacimento gli individui. È famoso il caso di William Sidis, colui che venne definito il bambino prodigio d'America. Grazie a un QI stimato con un punteggio compreso tra i 270 e 300, è considerato, ancora oggi, l'uomo più intelligente che sia mai esistito. A 11 anni, grazie a dei piani di studio alternativi, cominciò a frequentare Harvard e a 22 anni scrisse *"The Animate and the Inanimate"*, un lavoro che affrontava temi inerenti la fisica e nel quale parlava di argomenti legati al concetto di entropia e materia oscura.

Pochi sanno che il nome William è da attribuire all'amicizia del padre con il famoso psicologo William James, diventato in seguito suo padrino. La grande carriera di questo ragazzo che si pensasse sarebbe diventato un grande matematico, forse il più grande di tutti i tempi, tramontò definitivamente nel momento in cui egli stesso dichiarò di voler cambiare vita e ritirarsi, conducendo un'esistenza lontana dai riflettori che

nel corso degli anni si erano illuminati sulla sua persona e sulle sue eccezionali potenzialità intellettive, decisamente fuori dal comune. Gli stessi genitori, anni dopo, ammisero il fallimento del loro stile educativo (il padre era uno psichiatra), che era stato incentrato, prevalentemente, sulla ricerca della migliore prestazione possibile da far raggiungere a questo ragazzo, trascurando le importantissime componenti legate ai processi emotivi e affettivi implicati negli stili comunicativi e relazionali.

Questo è il caso più eclatante riportato in letteratura, ma se riflettiamo a quante persone di talento abbiamo incontrato nella nostra vita, con delle grandi potenzialità e alle successive carriere che hanno avuto, possiamo vedere di quanti altri William Sidis potremmo discutere. La stretta correlazione tra i costrutti di apprendimento e intelligenza fu, anche, confermata dagli studi del già citato Piaget con altri elementi facenti parte del suo modello di crescita inerenti le fasi dello sviluppo intellettivo. L'essere umano apprende e sviluppa nuove capacità intellettive, che a loro volta sono indispensabili per altri apprendimenti e così via attraverso l'instaurarsi di un circolo virtuoso tra apprendimenti ed intelligenza, che consentirebbe ad altri meccanismi mentali come quelli dell'assimilazione e dell'accomodamento (come direbbe Piaget), di esprimere al massimo le potenzialità intellettive dell'individuo.

Certamente, lungi dall'obiettivo di questo lavoro il voler suggerire approfondimenti rispetto ad una tematica di tale portata, che è stata affrontata da illustri esponenti della psicologia accademica. Il mio interesse verte, soprattutto, sugli aspetti pragmatici degli apprendimenti e all'importanza delle modalità comunicative e relazionali attraverso le quali si cerca di trasmettere le diverse conoscenze. L'interesse e la curiosità che queste tematiche hanno suscitato nella storia dell'essere umano, hanno consentito di giungere, fortunatamente, anche a una diversa costruzio-



ne delle basi epistemologiche attraverso le quali si guardava a questi fenomeni. Per diverso tempo questi processi sono stati osservati e studiati attraverso quelle stesse logiche che si riscontravano, generalmente, nel mondo della psicopatologia. Logiche che hanno rappresentato le basi epistemologiche di tantissimi disegni di ricerca, il cui obiettivo era quello di portare alla luce i diversi meccanismi di funzionamento psicologico. Basi epistemologiche che consideravano l'essere umano come una monade completamente distaccata dal resto intorno a sé, come se i processi di influenzamento fossero completamente assenti o se vogliamo rimanere all'interno di una logica tecnicistica, come se gli esseri umani fossero dotati di software precedentemente installati e procedessero secondo degli schemi prestabiliti da madre natura.

Se pensiamo alla lettura eziologica dei disturbi psicologici adottata fino agli anni settanta o ottanta, possiamo benissimo constatare come la sofferenza mentale venisse considerata frutto di meccanismi intrapsichici che non avevano avuto modo di fare il loro normale percorso di sviluppo, palesandosi attraverso una serie di problematiche più o meno gravi. Un cambiamento radicale si è avuto con gli studi della scuola di Palo Alto e la pubblicazione di *"Pragmatica della comunicazione umana"* (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971) che rovesciava completamente le basi epistemologiche adottate fino a quel momento. Anche forme gravi di malattia mentale come la schizofrenia, con la teoria del *"doppio legame"*, assumevano un'eziopatogenesi inter-psichica e attribuivano grande importanza alla dimensione affettiva, emotiva e relazionale con le figure di attacca-

mento o comunque con chi si riteneva indispensabile e di vitale importanza per le sorti della propria sopravvivenza, soprattutto emotiva. La dimensione intersoggettiva e di influenzamento o comunicativa, cominciava ad assumere un'importanza cruciale, che allontanava sempre di più dalla visione deterministica, un'osservazione dell'essere umano condannato alla stupidità, all'ignoranza o alla genialità come William Sidis, a causa di rispettivamente tare o facoltà mentali geneticamente determinate.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby e gli studi che ne sono derivati, hanno confermato l'importanza della dimensione intersoggettiva per l'adeguato sviluppo di quella soggettiva e delle sue differenti componenti del sé. Dimensione intersoggettiva che ha posto, in tal modo, grande importanza ai processi comunicativi per lo sviluppo degli apprendimenti e in particolar modo per lo sviluppo di una forma di intelligenza considerata basilare per la crescita e l'equilibrio psichico, come l'intelligenza emotiva. L'altro, inteso come persona, è indispensabile per la strutturazione di adeguati meccanismi capaci di consegnare all'individuo un terreno fertile sul quale far germogliare gli apprendimenti. La dimensione comunicativa e relazione, attraverso la quale tutto ciò si realizza, rappresenta un fondamentale pilastro sul quale si erige l'edificio dell'apprendimento in senso generale. Se persone come William Sidis e altre al contrario considerate come tarate, non fossero state osservate e trattate come esseri animati da modelli intellettivi già pre-determinati, ma bisognosi, soprattutto, di adeguate e idonee modalità comunicative e relazionali, probabilmente, le sorti di queste persone sarebbero state notevolmente differenti.

ELEMENTI COMUNICATIVI E RELAZIONALI IMPLICATI NEI PROCESSI DI APPRENDIMENTO

Alla luce di quanto evidenziato nella prima parte di questo lavoro, trasmettere delle conoscenze implica un notevole impegno da parte della figura formativa chiamata in causa ad esercitare

questo compito. Ancora di più se pensiamo che le componenti relazionali, con tutte le dimensioni affettive ed emotive implicate, così come quelle comunicative, giocano un ruolo di gran lunga maggiore rispetto a una ipotetica naturale predisposizione dell'individuo ad apprendere. Le evidenze scientifiche fatte dalla psicologia negli ultimi anni ci hanno confermato come la bontà dei processi di apprendimento sono il frutto di continue interazioni con le figure che interagiscono con chi si vuole formare. Le dinamiche affettive ed emotive che si creano tra formatore e allievo/a sono determinanti per consentire la crescita funzionale di quest'ultimi e prima ancora per invogliare o motivare una persona a scegliere di voler apprendere quel contenuto, piuttosto che uno differente.

A suffragio di questo assunto, ricordiamo il ruolo fondamentale legato ai modelli di identificazione che ognuno di noi ha preso in considerazione e attraverso i quali ha costruito progressivamente le tante acquisizioni che possiede. Il ruolo giocato da coloro che ognuno decide di acquisire come modelli è fondamentale, tanto nella fase iniziale di un processo di apprendimento, tanto nella fase di medio-lungo termine. Da quando gli studi della scuola di Paolo Alto hanno spostato l'osservazione dell'essere umano da una visione individuale a una inter-individuale, l'attenzione delle dinamiche interattive si è spesso concentrata sulla comunicazione dell'insegnante o del formatore sul discente, negli aspetti tanto di contenuto, che di relazione, soprattutto legate all'immagine che l'insegnante rimandava ai bambini rispetto alle potenzialità percepite. Questo riguarda un aspetto decisamente più diretto delle componenti relazionali, che verranno esaminate nella seconda parte di questo paragrafo. Poco spazio, però, è stato dato agli effetti sui processi di apprendimento dei bambini, derivanti dalla considerazione che il o la formatrice nutre nei propri confronti, rispetto al compito che è chiamata a eseguire. In altre parole le componenti emotive e motivazionali che agisco-



no su coloro che devono o vogliono apprendere qualcosa è modulata, soprattutto, da quanto un formatore si ritiene all'altezza di poter insegnare e condurre i suoi allievi a raggiungere i diversi obiettivi. Questi aspetti legati alla comunicazione dell'insegnante, sono molto più velati delle comunicazioni esplicite che possono rimandare al bambino la sua adeguatezza o meno rispetto al compito da eseguire. L'autoefficacia percepita dagli insegnati (Bandura A., 1977) ha, dunque, l'importante compito di creare degli ambienti di apprendimento idonei allo sviluppo delle competenze cognitive dei discenti.

Tale dimensione risulterebbe essere implicata nel modo attraverso il quale si modellano le valutazioni che gli studenti effettuano riguardo alle loro capacità intellettive. Compito dei formatori diviene quello non solo di trasmettere il contenuto specifico degli apprendimenti inerenti le conoscenze che si vogliono trasmettere, ma soprattutto quello di lavorare su tutti quegli aspetti di influenzamento che potrebbero complicare tali processi. Quest'ultimi possono derivare da svariati contesti come quello sociale, familiare, appartenente alla cultura del proprio Paese di provenienza o specifico della propria etnia (se prendiamo in considerazione bambini e ragazzi stranieri) e anche derivanti da quelle dinamiche che possono crearsi sul momento, cioè, durante l'espletamento della formazione, a causa di comunicazioni disfunzionali e stigmatizzazioni che nascono all'interno del gruppo di lavoro.

Tutti questi processi devono essere attentamente monitorati dalle insegnanti, considerando come non è possibile fare affidamento esclusivamente su una presunta grande potenzialità degli individui da formare, rischiando di incorrere nel gravissimo errore di considerare le persone come degli elaboratori di informazione dotati, soltanto, di sofisticati *softwares*. Per affrontare questi ostacoli i formatori che percepiscono maggiore autoefficacia ottengono

risultati di gran lunga migliori rispetto a coloro che si considerano poco dotati di strumenti per gestire le diverse situazioni. Gimbson e Dembo (1984) evidenziarono dei risultati che confermarono le precedenti asserzioni. Essi condussero uno studio di osservazione analitica nel quale osservarono le attività di classe di insegnanti che si percepivano con un senso di autoefficacia alta o bassa. Raccolsero una serie di elementi legati ad aspetti pragmatici dei due gruppi. Evidenziarono come i formatori che presentavano un elevato senso di autoefficacia, dedicavano più tempo ad attività scolastiche, si ponevano come una guida verso coloro che incontravano le più disparate difficoltà lungo il percorso scolastico ed erano più inclini a gratificare i successi formativi dei ragazzi.

Al contrario, quegli insegnati che appartenevano al gruppo di coloro che si percepivano poco all'altezza del compito, passavano più tempo in attività non scolastiche, evidenziavano un più rapido e repentino abbandono degli obiettivi legati all'apprendimento dei loro allievi in caso di fallimento iniziale ed erano decisamente inclini a criticare i fallimenti dei ragazzi, come a volersi proteggere dal sentimento di frustrazione percepito a causa della propria incapacità. Il tempo investito per i processi formativi e la qualità ad esso legata, sono fondamentali, perché minore è il tempo impiegato e minore saranno i progressi degli allievi (Cohn e Rossmiller, 1987). Quantità e qualità del tempo, appartenenti alla formazione, sono in stretta relazione in quanto non può esserci l'una senza l'altra. Occorre il tempo sufficiente affinché si possa apprendere e occorre, anche, che la quantità di tempo assuma caratteristiche qualitative elevate che consentano agli allievi di perseverare anche in caso di difficoltà.

L'importanza dei fattori inerenti all'autoefficacia degli insegnanti fu anche confermata da un altro studio su docenti neolaureati e laureandi condotto da Saflofske, Michayluk e Randhawa (1988). Coloro aventi un senso di autoefficacia

cia elevata evidenziarono migliori capacità legate alla spiegazione degli argomenti trattati, una migliore capacità di gestire la classe e nel far sentire a proprio agio gli studenti durante le più disparate discussioni in aula, creando in tal modo un clima adatto ad una riflessione costruttiva sugli argomenti e motivando allo stesso tempo.

Le ricerche hanno sostenuto che tra gli insegnanti, coloro che hanno un basso livello di autoefficacia percepito, possiedono una visione pessimistica della motivazione degli studenti e ricorrono molto più frequentemente a metodi coercitivi di controllo della classe, attraverso regole severe e ricorrendo a incentivi estrinseci e sanzioni negative al fine di indurre o meglio obbligare con ricatti diretti o poco velati i propri studenti all'esecuzione dei compiti (Woolfolk e Hoy, 1990; Woolfolk, Rosoff e Hoy, 1990). In qualche modo collegabile ai risultati appena evidenziati, sono anche gli studi di Melby (1995) che portarono alla luce come la scarsa autoefficacia è anche collegata a frequenti problemi di comportamento degli allievi, evidenziando moltissimo stress e frequenti arrabbiate che generano un circolo vizioso tra visione sempre meno efficace delle proprie capacità di insegnamento e visione sempre più pessimistica inerente la possibilità che gli allievi possano migliorare.

Ciò conduce ad alimentare logiche di gestione del gruppo di tipo coercitivo e alimentano, anche, una serie di valutazioni riguardo alla presa di decisione del docente di cambiare lavoro. Kipnis (1974) ha sostenuto che gli individui che si vedono costantemente costretti a subire pratiche coercitive, ricevono dei feedback negativi rispetto al loro potenziale di apprendimento e una conseguente diminuzione della componente motivazionale legata all'esecuzione del compito. Al contrario la presenza di un buon livello di autoefficacia permette ai formatori di ricorrere a strumenti di persuasione invece che di controllo autoritario, alimentando un'autoregolazione scolastica

degli allievi e alimentando un interesse legato a fattori intrinseci della componente motivazionale. Ashton e Webb (1986) raccolsero una serie di risultati analoghi a quelli riportati precedentemente, attraverso l'osservazione di insegnanti esperti che trasmettevano agli studenti in difficoltà delle nozioni base. Si fu in grado di stabilire i livelli dei successi matematici e linguistici degli studenti sulla base delle convinzioni di autoefficacia degli insegnanti.

Quest'ultimi tendono a considerare possibile il raggiungimento di livelli di apprendimento dignitoso anche in ragazzi con difficoltà elevate, non tanto rispetto alle potenzialità dell'allievo, ma alle proprie rispetto alla capacità di trovare, in corso d'opera, la chiave di accesso giusta per consentire loro di apprendere. Gli insegnanti con un livello basso di autoefficacia percepito, invece, sono maggiormente propensi a chiamare in causa, esplicitamente o velatamente, le presunte scarse potenzialità degli allievi come spiegazione per non riuscire a insegnare loro. Il ruolo giocato dagli insegnanti assume un'importanza sempre più cruciale durante i primi anni di scuola riguardo alle concezioni che i bambini avranno delle proprie capacità intellettive, riguardo alle elaborazioni cognitive rispetto agli effetti dei ripetuti confronti sociali con i pari e sull'interpretazione delle aspettative e delle valutazioni delle capacità scolastiche trasmesse dagli insegnanti o direttamente o tramite sottili modi indiretti.

L'intelligenza e la capacità di apprendimento sono una costruzione sociale frutto della comprensione rispetto al livello inerente le prestazioni che i ragazzi hanno nelle diverse materie. Un modello che conferma, definitivamente, la crucialità delle componenti relazionali nel procedere verso quel processo di costruzione riguardante la concezione di sé rispetto la propria capacità intellettuale e motivazionale, componente quest'ultima che alimenta la perseveranza e la resilienza. Anderson, Greene e Loewen (1988) giunsero alla con-



clusione che le convinzioni di efficacia degli insegnanti costituiscono un predittore decisamente più forte sui risultati scolastici dei giovani allievi rispetto agli allievi più grandi. Per tanto sembra che l'efficacia dei formatori rappresenti un'importanza fondamentale in maniera inversamente proporzionale rispetto all'età.

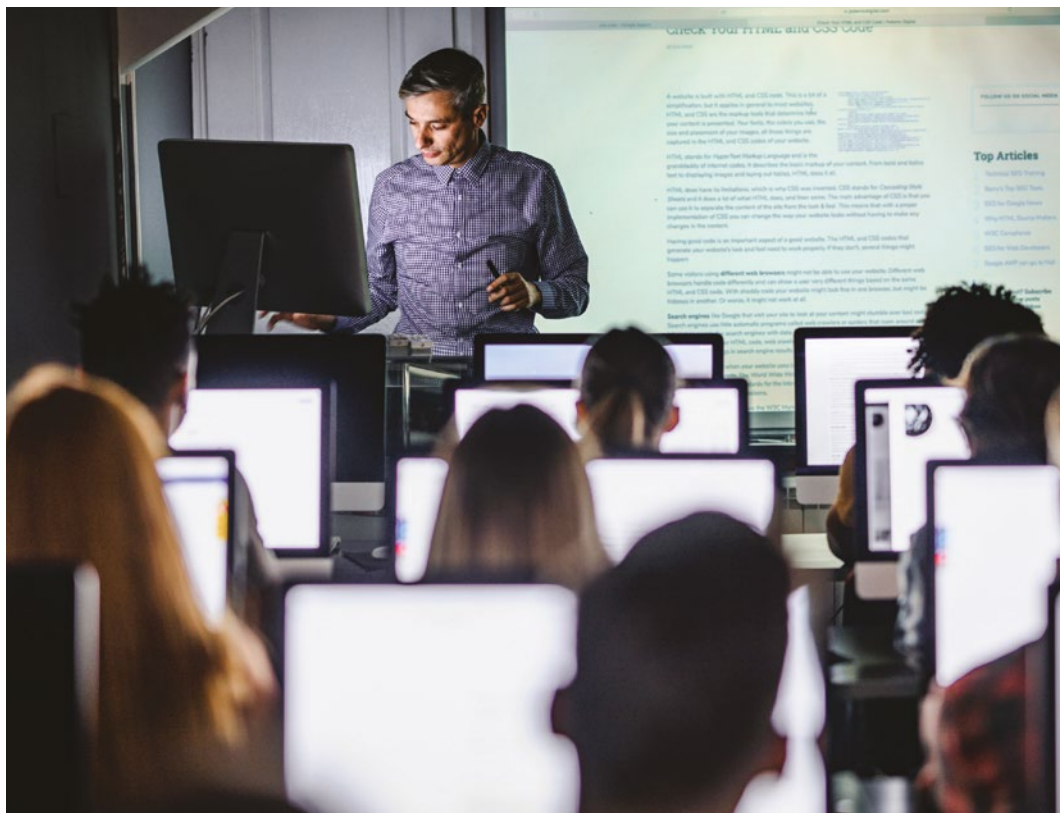
I processi formativi necessitano di una protezione che possiamo definire come longitudinale, nel senso che i giovani allievi nel corso della loro crescita possono essere influenzati negativamente da tutti quei cambiamenti che si verificano, ad esempio, durante il passaggio dalla scuola elementare a quella media. Uno studio longitudinale di Midgley, Feldlaufer e Eccles (1989) evidenziò come il senso di efficacia delle insegnanti giocò un ruolo predominante sugli allievi che passarono dal ciclo scolastico delle elementari a quello delle medie. Si verificarono dei cali legati al rendimento e alle aspettative in quegli allievi che nel nuovo ciclo di studi incontrarono insegnanti con un senso di autoefficacia più debole rispetto al senso di autoefficacia degli insegnanti avuti negli anni precedenti. Un'evidenza che conferma quante sottili comunicazioni passino tra formatore ed allievo e gli effetti che se ne possono avere anche se si interagisce con ragazzi che hanno avuto modo di testare le proprie attitudini e capacità. I processi formativi nelle loro componenti comunicative e relazionali hanno un forte peso non soltanto nel corso degli anni legati all'infanzia o all'adolescenza, ma durante tutto l'arco di vita. La costruzione della propria immagine è legata a feedback che l'essere umano si trova a elaborare di continuo.

È chiaro che una maggiore cura ed attenzione deve essere posta ai processi interattivi con i bambini. Spostandoci nell'analisi degli effetti comunicativi un po' più diretti e che si riferiscono in maniera decisamente più chiara alle competenze del bambino sono note le ricerche che condussero all'effetto Rosenthal o Pigmalione. Tale effetto di suggestione psicologica prende il nome

dallo psicologo Rosenthal e mette in evidenza come gli insegnanti che ritengono un bambino meno dotato, mettano in atto, anche automaticamente, dei meccanismi comunicativi che finiscono per confermare questa previsione. Tale studio deriva, appunto, dagli studi sulla profezia che si autorealizza che calato al contesto educativo mette in evidenza come il bambino tende ad acquisire le caratteristiche rimandate dall'immagine trasmessa dall'insegnante, attraverso i suoi continui feedback.

Aspettative positive dell'insegnante trasmettono comunicazioni verbali, non-verbali e paraverbali che influenzano positivamente e allo stesso modo possono sortire effetti deleteri se le aspettative sono, al contrario, negative. In quest'ultimo caso si parla anche di effetto golem, che rappresenta un corollario del già citato effetto Pigmalione. Le persone tenderebbero a soddisfare l'immagine o l'idea che gli altri hanno di loro anche se essa è negativa, conformandosi in tal modo ai desideri di chi sta intorno e riprendendo le stesse dinamiche ed effetti del mito di Pigmalione descritto in letteratura da Ovidio e dal quale prende il nome. L'effetto di tale meccanismo psicologico fu sperimentato per la prima volta proprio all'interno di una classe con dei bambini e se ne evidenziò l'impatto sul rendimento di ognuno. Le profezie fatte relativamente a quei bambini, che a detta degli sperimentatori presentarono un QI alto, furono confermate da successivi buoni risultati scolastici. Tuttavia, non fu eseguito alcun test di intelligenza che giustificasse veramente la scelta di quei bambini rispetto ad altri, quest'ultimi, infatti, furono scelti a caso.

Risultati, questi, dei quali ci si dimentica spesso quando ci si relaziona, non soltanto all'interno dei contesti scolastici con i ragazzi, ma anche nei contesti formativi in generale, trascurando la parte più importante e cioè quella relativa alla dimensione comunicativa che rappresenta la base indispensabile sulla quale costruire i processi di apprendimento. Nel prossimo paragrafo si cer-



cherà di fornire una descrizione di alcuni modelli comunicativi sovente adottati da genitori, insegnanti e altre figure educative che orbitano intorno al bambino e che portano alla costruzione dei relativi risvolti cognitivi e metacognitivi.

MODELLI COMUNICATIVI OPERATIVO-PRAGMATICI, RISVOLTI COGNITIVI E METACOGNITIVI

È ormai un dato acquisito, il presupposto che la comunicazione, intesa nel senso dei messaggi che veicoliamo negli aspetti tanto di contenuto che di relazione (Watzlawick P., 1971), giochi un ruolo cruciale nella costruzione di una serie di modelli attraverso i quali l'essere umano giunge a rappresentare sé stesso (De Beni R., Moè A., 2000). Non è stato un caso che nella parte iniziale di questo mio lavoro abbia parlato del

costruito di intelligenza e della stretta relazione esistente con la capacità dell'individuo di apprendere. La capacità di ciascuna persona di acquisire nuove informazioni è profondamente influenzata dalla concezione costruita nel tempo rispetto a come si verificano i processi di apprendimento.

Se un individuo, nel corso del suo percorso di crescita, è stato fortemente influenzato rispetto alla costruzione dell'intelligenza come di qualcosa dettata da componenti genetiche che in qualche modo si sono trasmesse da generazione in generazione, tenderà a rientrare in quel gruppo di persone che sposano una teoria dell'intelligenza definita come dell'entità (De Beni R., Moè A., 2000). Al contrario, la costruzione relativa a come si verificano i processi intellettivi, può se-



guire una strada decisamente differente dalla precedente e interpretare i processi di apprendimento come frutto di variabili che dipendono da componenti legate direttamente all'individuo o in qualche modo correlate ad esso, come l'impegno, la perseveranza e resilienza rispetto alle difficoltà incontrate. In quest'ultimo caso si parla di individui che rientrano in quel gruppo di persone che possiedono una concezione dei processi di apprendimento facenti capo alla teoria incrementale (De Beni R., Moè A., 2000). Questa distinzione è fondamentale, perché crea già una divisione tra quanti decideranno di applicarsi nel tentativo di migliorare la propria condizione e quanti saranno bloccati in tale processo a causa di una credenza che impedisce anche un semplice tentativo o porta ad un immediato abbandono del percorso intrapreso al presentarsi della prima difficoltà.

La rappresentazione di sé come persona che appartiene ad una concezione della propria intelligenza come facente parte di qualcosa di stabile e poco modificabile o al contrario di sempre più capace di acquisire risorse e sviluppare potenzialità, si acquisisce attraverso le innumerevoli comunicazioni che ogni persona riceve dai contesti educativi all'interno dei quali è inserito. Anche per questo costrutto non esiste la determinazione dettata dalla genetica, ma solo dalle credenze costruite nel corso del tempo. Sono queste che spingono l'individuo verso precisi stili comportamentali, scelte sociali e culturali, finendo per plasmarlo sempre più proprio come egli stesso si era considerato, in una sorta di profezia che si autorealizza, confermando ogni previsione.

È altrettanto importante sottolineare che oltre ai modelli comunicativi, anche la qualità del contesto sociale nel quale la persona è inserita gioca un ruolo di fondamentale importanza. La quantità e soprattutto la qualità degli stimoli, contribuisce di gran lunga a modellare i dinamismi psicologici, confermando sempre di più la

validità della teoria incrementale dell'intelligenza. Gli studi degli ultimi decenni (De Beni R., Moè A., 2009) hanno sempre più spostato la concezione dei processi di apprendimento da una visione cristallizzata e immodificabile ad una fluida e in costante evoluzione. Basti pensare a ciò che si è verificato negli ultimi anni per quanto riguarda le concezioni legate all'apprendimento di una lingua straniera. Un tempo si sosteneva che la sua acquisizione dovesse avvenire nei primi anni di vita, diversamente sarebbe stato molto difficile o addirittura impossibile cercare di raggiungere livelli soddisfacenti di padronanza della nuova lingua.

Attualmente, è noto come a qualsiasi età e in condizioni di buona salute, una persona può aspirare ad ottenere dei risultati significativi, cimentandosi nell'apprendimento di una lingua che non sia quella madre. Per tanto, la differenza è giocata dal tipo di credenza appartenente o a una teoria dell'entità o incrementale dell'intelligenza, che modella le concezioni dell'individuo a riguardo. Il meccanismo della profezia che si autorealizza, menzionato nelle precedenti parti di questo lavoro, agisce in tutte le fasi della vita di un individuo e non soltanto durante i primi anni. La comunicazione adottata e meglio ancora i modelli comunicativi di tipo operativo, sortiscono i loro effetti in qualsiasi epoca di vita. La differenza sostanziale, rispetto agli effetti che possono provocare *feedback* sbagliati nelle diverse epoche, si riflette in un precoce abbandono da parte dell'adulto rispetto all'acquisizione di competenze di un compito specifico.

I feedback sbagliati determinerebbero in sostanza un fallimento dell'acquisizione di competenze specifiche nell'adulto, mentre in epoche più precoci potrebbero sortire effetti deleteri anche su quei processi implicati nella costruzione dell'autostima. In altre parole, mentre nell'adulto, avente già una personalità strutturata, gli effetti si ripercuoterebbero solo sul senso di autoefficacia specifico, in giovane età avrebbe-

ro effetti nefasti sull'intera personalità (Bandura A., 1977).

Per tanto quello che diciamo, come lo diciamo, determina una serie di effetti che portano alla costruzione di svariate credenze: su noi stessi, sugli altri e sulle cose del mondo. A partire da questi stili comunicativi, tanto negli aspetti di contenuto che di relazione (Watzlawick P., et al., 1971) ci si indirizzerebbe verso una maggiore propensione a sposare una teoria dell'intelligenza dell'entità o più di tipo incrementale. Il concetto di abilità riferito a se stessi è un costrutto che comincia a formarsi già in tenera età. Un tempo si sosteneva che i bambini fossero "immuni" dagli effetti di determinati stili comunicativi e la coscienza cominciasse a sviluppare capacità in tal senso a partire dai nove, dieci anni.

Questa certezza, relativa al fatto che i bambini al di sotto dei 9 anni fossero al riparo da esperienze frustranti consistenti nel sentirsi incapaci di esercitare un controllo sulle situazioni è stata fortemente confutata da diversi dati di ricerca, che hanno identificato alcuni precursori dell'impotenza appresa a partire da ambiti di scuola materna (Heyman, Dweck e Cain 1993; Smiley e Dweck 1994).

Gli studi in questione hanno evidenziato che gli stili comunicativi adottati dalle figure di riferimento determinano effetti significativi sulla percezione del bambino rispetto alle proprie abilità già a partire dai 4-5 anni di età. Il bambino, per tanto, possiede già in questa fase della sua vita, una personale concezione del concetto di abilità, che verrà successivamente completato contingentemente ai processi di crescita cognitivo-affettivi. L'errore nel sostenere la sua mancanza, prima di questa fase, era dovuta al fatto che si pensasse come il concetto di abilità nel bambino fosse proporzionalmente e concettualmente identico a quello dell'adulto. In realtà il bambino valuta la propria abilità secondo parametri diversi che assumono caratteristiche generali.

Infatti, mentre l'adulto elabora dati cognitivi a partire da specifiche dimensioni come la costanza del tempo relativa ai comportamenti, il livello di specificità o generalità o il grado di controllo esercitato sulle differenti variabili in gioco, il bambino compie valutazioni generali che si evidenziano su un'unica dimensione, rappresentata dalla valutazione di sé.

Si tratterebbe di un costrutto generale o di tipo globale, riferito alla propria persona nella sua interezza, invece che specifica e quindi relativa soltanto ad alcune situazioni o precisi compiti. Il bambino pensa in termini di valore di sé (*self-worth*) "sono un bambino buono" (*goodness*) in termini di percezione di sé, oppure "sono un bambino cattivo" (*badness*) (Burhans e Dweck 1995). Questi tipi di valutazione dipendono dal fatto che il bambino non possiede un concetto di sé differenziato, quindi è portato a concepire il sé come una entità che viene giudicata globalmente, in senso positivo o negativo. I feedback rivestono, per tanto, un'importanza cruciale e devono essere dispensati sapientemente a seconda di quello che vogliamo provocare nel bambino in termini di percezioni del sé. Entrando più nel dettaglio dell'argomento di questo paragrafo, possiamo cominciare a fare una distinzione degli obiettivi che vogliamo ottenere in seguito all'esercizio di una qualsiasi attività svolta dal bambino.

Per prima cosa assume un'importanza fondamentale il clima nel quale costruiamo i processi di apprendimento. Un percorso formativo dovrebbe assumere le caratteristiche di un momento nel quale ciascuno si confronta con sé stesso e con le proprie capacità del momento, per poi valutare se è il caso o meno di procedere a percorsi che prevedano il confronto con gli altri, che per una serie di caratteristiche, assumono connotati più competitivi. All'inizio l'obiettivo dell'apprendimento è preferibile assuma caratteristiche orientate a raggiungere obiettivi che possiamo definire di padronanza del compito o della si-



tuazione. Quest'ultima dimensione si oppone a quella che può essere definita una situazione i cui obiettivi sono tendenti all'acquisizione di aspetti di performance che, come indica il nome stesso, implicano uno step successivo consistente nel confronto delle proprie capacità con gli altri.

Una prima distinzione può essere fatta tra obiettivi di padronanza ed obiettivi di performance. L'errore che spesso viene commesso è quello di ritenere che si possa scegliere quale obiettivo perseguire, indipendentemente dall'età, considerando il fatto che comunque la vita metterà nelle condizioni di dover in qualche modo performare, per dimostrare di essere più bravo del proprio *competitor*. Questo sarebbe il primo errore! La capacità di performare, oltre che sull'acquisizione delle tecniche specifiche inerenti il compito che si è chiamati a svolgere, si

basa principalmente sulla capacità di una persona di reggere le diverse pressioni derivanti dalle richieste. Un clima da subito competitivo inficia la possibilità che il bambino sviluppi questa sfera di competenza che coinvolge strutture legate all'emotività e impossibili tra controllare attraverso processi cognitivi.

Questo significa che una persona pur impegnandosi duramente per controllare le pressioni ne uscirà sconfitta e anzi quanto più cercherà di sforzarsi in questa direzione tanto più incontrerà problemi. Per tanto i primi modelli comunicativo-pragmatici devono essere costruiti per sviluppare competenze individuali che raggiungano obiettivi di padronanza e consentano una sempre più adeguata capacità di far fronte alle pressioni emotive derivanti dalle richieste di un compito.



Consideriamo una situazione dove dei bambini vengano posti di fronte all'esecuzione di un compito. Un modello comunicativo adeguato sarebbe: **"Bene bambini, davanti a voi ci sono tanti oggetti, ognuno di voi divida questi oggetti in due gruppi, quello degli oggetti grandi e quello degli oggetti piccoli, avete tutto il tempo che vi serve"**. Al termine della prova ci saranno bambini che avranno completato il gioco prima di altri e bambini che saranno stati più bravi di altri nel selezionare gli oggetti. Il feedback a questo punto per accrescere obiettivi di padronanza potrebbe essere: **"siete stati tutti molto bravi, perché vi siete impegnati molto e avete seguito le regole che vi erano state date all'inizio del gioco. Ognuno di voi ha fatto un bel lavoro"**.

Poniamo adesso il caso nel quale vogliamo costruire un obiettivo non più di padronanza, ma di *performance*. È evidente che dovremo adottare un modello comunicativo differente dal precedente. Un modello operativo-pragmatico di comunicazione potrebbe essere: **"un bravo a voi che avete finito prima degli altri e avete svolto il gioco molto bene"**. Questo modello indirizza l'apprendimento verso una direzione competitiva, perché focalizzata su un obiettivo di *performance*, creando un clima carico di pressioni a causa delle conseguenti frustrazioni derivanti dal potenziale mancato soddisfacimento delle richieste. Ovviamente è bene precisare che, per fortuna, occorre che tali modelli vengano reiterati per diverso tempo e non basta una sola affermazione.

Tuttavia, è bene costantemente monitorare le proprie comunicazioni ed interazioni, perché i modelli comunicativi tendono ad essere assorbiti facilmente in maniera automatica per poi essere riprodotti di volta in volta senza le dovute accortezze ed attenzioni. I modelli comunicativi operativo-pragmatici presentati sopra, portano ad una prima distinzione a seconda se vogliamo raggiungere obiettivi di padronanza o di *performance*. Nelle prime fasi dei processi formativi,

gli stili comunicativi è bene che si indirizzino nel raggiungere obiettivi di padronanza, creando in tal modo un clima sereno all'interno del quale il bambino possa apprendere i concetti. Tale clima faciliterebbe un apprendimento migliore a differenza di quanto avverrebbe in ambienti nei quali viene programmata una formazione tesa a raggiungere obiettivi di performance. Se vogliamo sviluppare la capacità del bambino di sentirsi all'altezza, occorre che i modelli comunicativi vengano costruiti con l'obiettivo di favorire sempre più la motivazione ad apprendere, andando a rimarcare il ruolo dell'impegno instabile e controllabile e delle strategie impiegate, invece che fare leva sulle abilità possedute.

Di seguito si forniranno alcuni esempi che dimostreranno come anche le lodi devono presentare precise strutture comunicative per influenzare la componente di padronanza invece che quella legata all'abilità, che può essere in qualche modo avvantaggiata da diversi fattori. Infatti a seconda del modello comunicativo operativo-pragmatico legato all'elogio che forniremo, lavoreremo più su aspetti generali del sé, oppure su aspetti legati più specificamente al compito. Gli stili che lavorano maggiormente su aspetti generali possono andare da un semplice **"bravo"**, a modelli più complessi ed articolati come **"bravo, hai eseguito un gran bel lavoro; sono proprio contento di te"**, che finiscono inevitabilmente per chiamare in causa diversi aspetti. Nel primo caso c'è la massima generalità, che può andare bene a patto che col tempo si scenda più a fondo rispetto all'esecuzione specifica del compito eseguito. In questo caso manca qualunque riferimento ai processi legati all'azione compiuta.

Nel secondo, si rimane ugualmente a livello generale rispetto al compito specifico, ma si enfatizza, profondamente, un aspetto di approvazione da parte dell'adulto che, quindi, finisce per coinvolgere dinamiche affettive che vanno oltre il semplice processo di apprendimento legato a un compito specifico.



La reiterazione di quest'ultimo modello comunicativo, potrebbe innescare pericolosi processi di dipendenza dalla figura di riferimento, con l'esecuzione del compito finalizzata più ad ottenere l'approvazione dell'adulto che ad acquisire una padronanza dei processi di elaborazione del compito. Potremmo definire questi stili comunicativi di tipo "controllante".

Se decidiamo di orientarci sempre più verso modelli operativo-comunicativi finalizzati a trasmettere conoscenze relative all'esecuzione del compito e quindi verso un obiettivo di padronanza, dovremo cominciare a formulare *feedback* che abbiano questa struttura: **"molto bene come hai eseguito il compito! Cos'altro si potrebbe fare per migliorare?"** oppure *feedback* che si focalizzino esclusivamente sull'esecuzione del compito: **"molto bene come hai deciso di dividere gli oggetti davanti a te. La prossima volta potresti iniziare dal prendere gli oggetti che sono molto più grandi degli altri"**. In questo caso la comunicazione è centrata esclusivamente sul compito, senza alcun riferimento ad aspetti che richiamano una qualche forma di approvazione e conseguente dipendenza dalla figura di riferimento.

Come si può notare, specialmente nel secondo esempio, si forniscono chiare indicazioni inerenti il compito e la conseguente sempre più chiara coordinata di perseguire un obiettivo di padronanza. La scelta di privilegiare gli obiettivi di padronanza diventa cruciale, perché mette al riparo il bambino da rischi legati, oltre che a fisiologici meccanismi di frustrazione derivanti dall'incapacità di eseguire correttamente il compito, anche da reazioni psicopatologiche di tipo depressivo che possono svilupparsi nel medio-lungo termine. In definitiva l'obiettivo deve essere quello di incrementare sempre di più la percezione di controllo del bambino rispetto al compito chiamato a svolgere.

I modelli comunicativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di padronanza si pongono

come un processo di costruzione di quei meccanismi che proteggono la persona dal mettere in atto comportamenti di evitamento e che possono giungere fino ad un'impotenza appresa.

Tali modelli comunicativi sono fondamentali al fine di creare gli adeguati stili di attribuzione da parte del bambino. L'obiettivo deve essere quello di creare stili attributivi che rimandano a variabili controllabili da parte della persona, sia davanti ai successi, sia a maggior ragione in caso di non riuscita. Infine possiamo fare un'ultima distinzione tra modelli comunicativi tendenti a modellare maggiormente la componente cognitiva e modelli comunicativi maggiormente orientati a lavorare sulla componente metacognitiva.

Una sommaria distinzione tra questi due aspetti è rappresentata dal fatto che quando parliamo di cognizione ci si riferisce, principalmente, alla capacità della persona di acquisire informazioni e comprenderle, mentre quando parliamo di metacognizione si fa riferimento alla capacità della persona di accedere ed utilizzare quei processi di manipolazione dei dati che consentono, ad esempio, di trovare una soluzione all'interno di un processo di *problem solving*. La capacità metacognitiva segue in ordine di tempo quella cognitiva ed è importante che anche i modelli operativo-comunicativi tengano conto di tale cronologia.

La capacità della persona di crescere nelle sue componenti metacognitive va allenata e come tutte le altre risorse non è determinata da un substrato biologico che farà il suo corso indipendentemente da tutto. Per tanto, anche i modelli comunicativi devono essere costruiti per agevolare questo aspetto. Si potrebbe costruire una serie di modelli che abbiano la seguente struttura: **"fino a questo punto hai svolto un bel lavoro. Adesso, a tuo avviso, sarebbe meglio cercare di migliorare il tutto continuando a....., oppure si potrebbe prendere in con-**

siderazione un'alternativa?" Questo modello, così presentato, oltre a focalizzarsi sull'esecuzione del compito, apre alla possibilità di aggiungere qualcosa, andando a scegliere tra diverse alternative.

Ciò implica che da parte dell'individuo si possiede una quantità di informazioni precedentemente acquisita (componente cognitiva). In tal modo si comincia a lavorare sulla capacità di manipolare tali informazioni, cercando di integrarle correttamente con il materiale oggetto di studio e lasciando alla persona sempre più il controllo delle operazioni. Tali modelli operativo-comunicativi si pongono l'obiettivo di creare delle logiche che, con la reiterazione, diventino automatiche e facciano parte del bagaglio, o meglio ancora, della *forma mentis* di quella persona.

Spesso l'errore che si commette è quello di continuare a dare e trasmettere informazioni, trasformando la persona in una mera esecutrice di compiti e richieste, invece di un individuo pensante che di conseguenza diventerà anche performante. Si potrebbe continuare all'infinito, cercando di costruire diversi modelli comunicativi, tuttavia ciò che deve essere tenuto a mente, quando ci apprestiamo al mondo della formazione in particolare con bambini e bambine, è che occorre prediligere gli obiettivi di padronanza a scapito di quelli performativi, che, come accennato sopra, saranno indirettamente e successivamente ugualmente raggiunti.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson R. B. e McMillon P.Y.(1995), "*Effects of similar and modeling on African American women's efficacy expectations and intentions to perform breast self-examination*", Health Communication, n.7, pp. 327-343.
- Ashton P.T. e Webb R.B. (1996), "*Making a difference: Teachers' sense of efficacy and student achievement*", Mite Plains, N.Y., Longman, Inc.
- Berlyne, D.E. (1960) "*Conflict, arousal and curiosity*", New York, McGraw-Hill; trad. it. Conflitto, attivazione e creatività, Milano, Angeli, 1971.
- Burhans, K.K. e Dweck, C.S. (1995) "*Helplessness in early childhood: The role of contingent worth*", in "Child Development", 66, pp. 1719-1738.
- De Beni R., Moè A., (2000), "*Motivazione e apprendimento*", Editrice il Mulino, Bologna.
- Heyman, G.D., Dweck, C.S. e Cain, K.M. "*Young children's vulnerability to self-blame and helplessness: Relationship to belief about goodness*", in "Child Development", 63, pp. 401-415.
- Watzlawick P., Beavin H. J., Jackson D., (1971) "*Pragmatica della comunicazione umana*", Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change", *Psychological Review*, 84, pp.191-215.
- Midgley C., Feldlaufer H. e Eccles J.S. (1989), "*Change in teacher efficacy and student self-and-task-related belief in mathematics during the transition to junior high school*", Journal of Educational Psychology, n.81, pp. 247-258.
- Gibson S. e Dembo M.H. (1984), "*Teacher efficacy: a construct validation*", Journal of Educational Psychology, n.76, pp. 569-582.
- Chon E. e Rossmiller R. (1987), "*Research on effective schools: Implications for less developed countries*", Comparative Education Review, n.31, pp. 377-399.
- Kipnis D. (1974), "*The powerholders*" in J.T. Tedeschi (a cura di), Perspective on social power, Chicago, Aldine, pp. 82-122.
- Smiley, P.A. e Dweck, C.S. (1994) "*Individual differences in achievement goal among young children*", in "Child Development", 65, pp. 1723-1743
- Woolfolk A.E. e Hoy W.K.(1990), "Prospective teachers' sense of efficacy, and belief about control", Journal of Educational Psychology, n.82, pp.81-91.
- Woolfolk A.E., Rosoff B. e Hoy W.K. (1990), "*Teachers' sense of efficacy And their belief about managing students*", Teaching and Teacher Education, n.6, pp. 137-148.



VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGIA PRE E POST INTERVENTO NEUROCHIRURGICO IN PAZIENTI CON NEOPLASIA CEREBRALE

Ludovica Bruno
Psicologa Psicoterapeuta
Esperta in Neuropsicologia Clinica

RIASSUNTO

I tumori primitivi del SNC vengono classificati in base a vari criteri, come la sede in cui comincia la crescita della massa tumorale e la velocità di diffusione (invasività) di quest'ultima. Inoltre, un altro fattore, come la dimensione, fanno in modo che un paziente senta un sintomo invece che un altro. Sintomi comuni di molte neoplasie cerebrali sono, ad esempio, cefalea, vertigini, disturbi cognitivi, come memoria, attenzione, linguaggio e prassie. Deficit cognitivi permanenti hanno un impatto deleterio sulla qualità della vita dei degenti. L'autore sostiene che attraverso una valutazione neuropsicologica di efficienza cognitiva generale pre e post intervento neurochirurgico, mediante idonea strumentazione, si possono in-

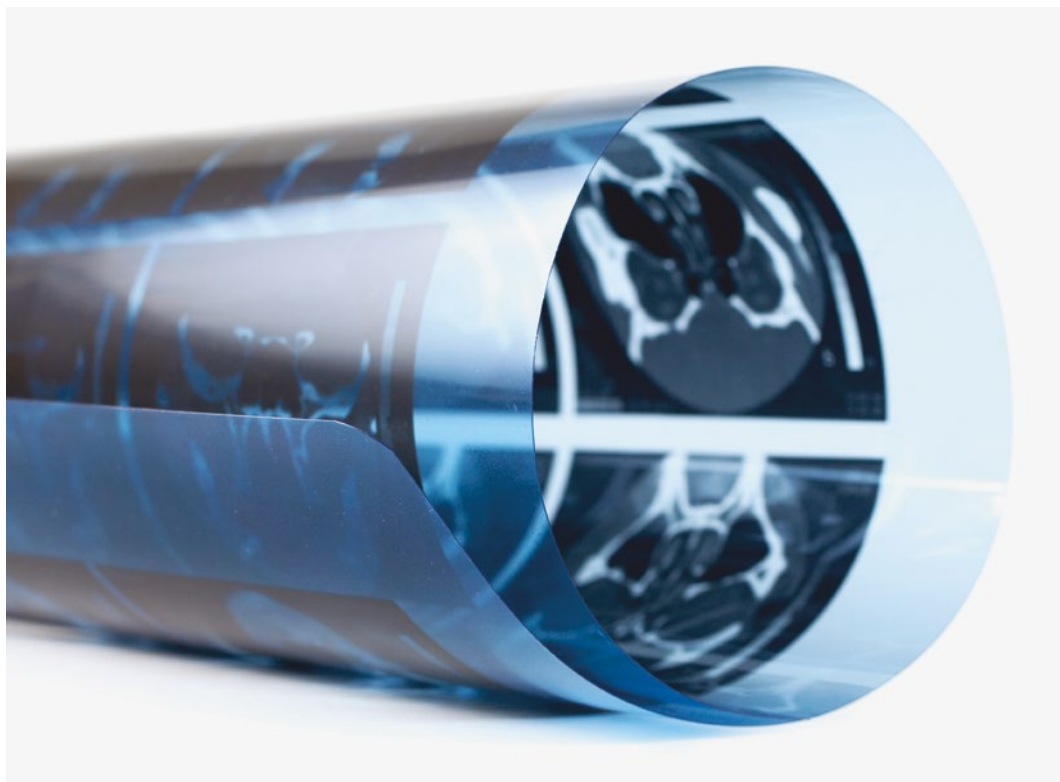
dividuare ed accertare la gravità di deficit cognitivi e comportamentali solitamente associati a disfunzioni della struttura cerebrale, individuando, qualora si volesse, un adeguato intervento riabilitativo post-operatorio che faciliti il recupero funzionale. La ricerca è stata svolta presso la U.O.C. di Neurochirurgia del P.O. "V. Fazzi" di Lecce, su un campione di 21 pazienti ricoverati.

PAROLE CHIAVE

Valutazione cognitiva, Neoplasia, Neurochirurgia.

INTRODUZIONE

Dati epidemiologici nazionali riportano come i tumori primitivi del SNC hanno l'incidenza di circa 8 casi all'anno ogni 100.000 abitanti (tumori intra-



cranici più frequenti), hanno un comportamento generalmente benigno e sono più comuni nelle donne, in particolare nella sesta e settima decade di vita. I dati epidemiologici relativi all'U.O.C. Neurochirurgia "V. Fazzi" Lecce, in cui si è svolta la ricerca, si riferiscono ad un reparto, dotato di 30 posti letto ordinari e di 5 di Terapia Sub-Intensiva a regime, che eroga principalmente prestazioni di chirurgia cranio-encefalica e vertebro-midollare, di neurochirurgia pediatrica, di neuro-traumatologia, di neuro-endoscopia e di neurochirurgia funzionale e stereotassica. Lo scorso anno sono stati effettuati circa 450 interventi, dei quali la maggior parte complessi; la durata media è di 4-5 ore ma si arriva, per neoplasie complesse, anche a 8-10 ore.

I tumori primitivi del SNC vengono classificati in base a vari principi, come la sede in cui co-

mincia la crescita della massa tumorale e la velocità di diffusione (invasività) di quest'ultima. I sintomi che derivano dalla dimensione e sede del tumore sono vari e diversi, proprio perché la corteccia cerebrale è organizzata come un mosaico. Le diverse aree, identificate per la prima volta da Brodmann (1909), differiscono l'una l'altra per struttura microscopica e funzioni. Ci si trovano le aree visive, sensoriali somatiche, uditive, gustativa. Oltre all'analisi delle informazioni sensoriali, la corteccia cerebrale gioca un ruolo importante nel controllo della motilità volontaria. Solitamente, lesioni di varia natura possono danneggiare i centri o le vie di connessione tra i centri deputati al controllo motorio. Comunemente, in seguito a lesioni del primo motoneurone (si intende il motoneurone di origine corticale) si osservano vere e proprie paralisi che interessano gruppi muscolari e mai



singoli muscoli e anche nei casi più gravi non sono mai coinvolti tutti i muscoli di un lato del corpo. Quando la lesione è monolaterale, la parte del corpo affetta da paralisi è controlaterale al lato della lesione. Solitamente sono più affetti i muscoli antigravitari, cioè i muscoli flessori degli arti superiori ed estensori delle gambe. Le braccia tendono ad assumere una posizione flessa e pronata e le gambe una posizione estesa e in adduzione. A seconda della gravità della patologia e della quantità di tessuto cerebrale coinvolto dalla lesione, questi sintomi possono diventare permanenti oppure essere suscettibili di miglioramenti anche notevoli. I sintomi che si osservano nell'uomo dopo una lesione "naturale" sono spesso il risultato di una compromissione di più aree corticali con specializzazioni funzionali differenti. Le principali aree del controllo motorio - la corteccia motoria primaria (area 4), l'area motoria supplementare e l'area premotoria - si trovano nel lobo frontale, anteriormente al solco centrale. Sintomi comuni di molte neoplasie cerebrali sono cefalea, vertigini, disturbi cognitivi, come memoria, attenzione, linguaggio, prassie. Attraverso una valutazione neuropsicologica di efficienza cognitiva generale si possono individuare ed accertare la gravità di deficit cognitivi e comportamentali solitamente associati a disfunzioni della struttura cerebrale o a volte derivanti dall'intervento neurochirurgico che potrebbe rivelarsi invasivo. Infatti, per quanto riguarda le opzioni del trattamento, il rapporto rischio-beneficio derivante dalla chirurgia varia non solo a seconda del tipo e del grado del tumore ma anche dalle dimensioni e dalla sua posizione, dal rifornimento vascolare, e dalla presenza/assenza di un clivaggio tra cervello e tumore.

La chirurgia guidata dalle immagini con asportazione di lesione sintomatiche è generalmente curativa. Sebbene il principale fattore associato a recidiva sia l'asportazione subtotale, studi recenti hanno dimostrato che il residuo di piccole quantità adese alla struttura come i vasi e i ner-

vi cranici non influiscono molto sull'*outcome*. La radiochirurgia stereotassica o la chemioterapia del progesterone potrebbero essere delle opzioni per i pazienti con tumori cerebrali presenti in sedi critiche come il seno cavernoso. Ne potrebbero derivare, comunque, deficit cognitivi permanenti i quali hanno un impatto deleterio sulla qualità della vita dei degenti. Per tale motivo si è ritenuto importante, attraverso questa ricerca, verificare come una prima valutazione neuropsicologica del paziente in reparto, prima e dopo l'intervento neurochirurgico, possa essere fondamentale per una successiva strutturazione di un adeguato intervento riabilitativo post-operatorio che faciliti il recupero funzionale.

La valutazione neuropsicologica dell'adulto è entrata ormai a far parte della routine clinica nello studio di molte sindromi che possono alterare il normale funzionamento cognitivo. Tali sindromi possono causare molteplici disturbi cognitivi, quali deficit della memoria, di attenzione, di produzione e di comprensione del linguaggio, di movimento e di riconoscimento percettivo. La valutazione neuropsicologica permette di evidenziare quali sono i meccanismi danneggiati e quali sono i processi rimasti integri. Fornisce informazioni sul comportamento, la personalità, le capacità cognitive, le abilità apprese e il potenziale riabilitativo in individui che hanno subito alterazioni cerebrali. Il suo obiettivo è rilevare le manifestazioni cognitive e comportamentali delle funzioni cerebrali, siano esse compromesse o preservate.

La sua metodologia richiede l'utilizzo di tecniche specializzate, compresa l'osservazione, nel cogliere la relazione comportamento-cervello; ciò avviene attraverso:

- raccolta dati anamnestici
- intervista preliminare col paziente
- intervista con i familiari del paziente
- somministrazione dei test cognitivi
- restituzione al paziente a fine valutazione
- stesura della relazione

La valutazione neuropsicologica si sviluppa attraverso il colloquio clinico preliminare e la successiva somministrazione di test standardizzati, ovvero prove quantitative di comprovata fedeltà e validità statistica. Più precisamente, in neuropsicologia clinica è possibile distinguere quattro fasi principali del processo di valutazione. La prima fase, "definizione del problema", consiste nel raccogliere informazioni sul motivo per cui è stata richiesta la valutazione neuropsicologica. Tali informazioni potranno essere acquisite dal racconto fornito dal paziente, da coloro che lo accompagnano o da colui che ha inviato il paziente per la consulenza. Conoscere il motivo della visita è di primaria importanza per poter iniziare l'inquadramento del paziente (ad esempio, coscienza di malattia versus anosognosia). La seconda fase, "anamnesi cognitivo-comportamentale", prevede la raccolta di dati anamnestici relativi al funzionamento cognitivo e comportamentale del paziente. L'esaminatore deve indagare l'esordio del disturbo e la sua evoluzione: ad esempio, un certo disturbo può peggiorare con il passare dei mesi, magari con la comparsa di ulteriori difficoltà, oppure può mostrare una tendenza verso un progressivo miglioramento. La terza fase, di grande importanza, è il "colloquio clinico" ed è notevolmente influenzata dalle informazioni ricavate in precedenza. Il colloquio clinico deve esplorare varie aree cognitive, dando priorità a quelle identificate come più critiche nel corso dell'anamnesi.

Le informazioni rilevanti sono: stato di coscienza; capacità di interagire con l'ambiente (ad es., il paziente è sveglio e attento oppure sonnolento; il paziente è inerte, disinteressato o, viceversa, troppo reattivo o eccitato); orientamento; consapevolezza di malattia; impatto funzionale del deficit. La quarta fase, "valutazione mediante test formalizzati", fornisce una misura quantitativa (e qualitativa) delle funzioni cognitive esplorate. La misurazione quantitativa riduce la discrezionalità ed aumenta il margine di precisione delle conclusioni raggiunte.

La natura oggettiva dei dati ottenuti dalla valutazione neuropsicologica consente di: determinare con precisione l'entità del danno cognitivo; valutarne le conseguenze sul piano comportamentale; quantificare il grado di funzionamento attuale sul versante cognitivo, emozionale e sociale. La valutazione neuropsicologica prevede l'esplorazione di diverse aree cognitive allo scopo di individuare la presenza di deficit in più aree di funzionamento.

Si è, così, deciso di effettuare una valutazione neuropsicologica, quando possibile prima e dopo l'intervento chirurgico, al fine di: avere un quadro completo delle condizioni del paziente nel momento in cui è ricoverato o dimesso dal reparto; contribuire alla diagnosi di patologie neurologiche quali il deterioramento cognitivo, anticipando i dati neuroradiologici; indirizzare un progetto di neuroriabilitazione cognitiva focalizzato sulle funzioni deficitarie; verificare il permanere di deficit cognitivi che compromettono il lavoro, la scuola, la vita sociale e quotidiana in generale.

METODI

Nel presente lavoro viene presa in considerazione la valutazione neuropsicologica, una valutazione di screening che ha interessato 10 pazienti con diagnosi di Neoplasia Cerebrale, ricoverati presso la U.O.C. Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi di Lecce.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di considerare, attraverso l'analisi clinica e testistica, un valore aggiunto al solo aspetto organico, aggiungendo l'aspetto cognitivo importante nel recupero della patologia e della qualità della vita ed evidenziando come un'analisi neuropsicologica di primo livello potrebbe identificare deficit cognitivi nelle patologie esaminate.

Lo strumento considerato nella ricerca è l'Esame Neuropsicologico Breve (ENB, Mondini et al.) L'ENB è una batteria di test, somministrabile in circa 60-90 minuti, che ha la finalità di esaminare varie aree cognitive in modo preliminare, con particolare attenzione alle funzioni esecutive.



Esso si articola in tre fasi:

1. raccolta dei dati anamnestici: si raccolgono intervistando direttamente il paziente e successivamente confermando con l'intervista ai familiari, leggendo gli eventuali referti di esami clinici;
2. intervista neuropsicologica con i pazienti e familiari: lo scopo è quello di acquisire informazioni su capacità comunicativa, capacità linguistica, consapevolezza di malattia, conoscenze generali, senso critico, motivazione all'esame. Si possono fare domande chiuse e (quale è il suo nome? Che lavoro fa?) oppure, se il paziente è disponibile al colloquio si possono fare domande più aperte e generali (come si sente oggi? Come mai si trova in ospedale? Come mai è venuto a fare questa visita?). L'intervista coi familiari è auspicabile ma non obbligatoria, è importante per verificare la correttezza delle informazioni date dal paziente, sensibilizzare rispetto alla

patologia o sospetta patologia del loro familiare (per esempio in caso di MCI mettere in evidenza la necessità di monitorare eventuali cambiamenti), instaurare una collaborazione, fornire loro un appoggio e il sostegno sul loro vissuto personale in relazione al disturbo del loro congiunto;

3. somministrazione delle prove cognitive e raccolta dei dati: la somministrazione richiede circa un'ora di tempo e c'è bisogno di un cronometro, una matita e il materiale dei test. Una volta raccolte tutte le informazioni, a fine valutazione vi è la restituzione dei risultati ottenuti e la stesura della relazione.

STRUMENTI

Lo strumento utilizzato è l'Esame Neuropsicologico Breve (Mondini et al. 2003). L'elenco delle prove cognitive è:

1. Digit span
2. Trial making test (TMT, versione A e versione B)

3. Copia di disegno
4. Memoria con interferenza
5. Astrazione
6. Test dei gettoni
7. Memoria di prosa (immediata e differita)
8. Test delle figure aggrovigliate
9. Rievocazione differita della prosa al punto 7
10. Disegno spontaneo
11. Fluenza fonemica
12. Stime cognitive
13. Prove prassiche
14. Test dell'orologio

Tempo complessivo circa un'ora.

1. **Digit span:** valuta la capacità della memoria a breve termine del paziente attraverso la memorizzazione e ripetizione di una serie più o meno lunga di cifre. L'esaminatore legge una serie di numeri e il paziente deve semplicemente ripetere nello stesso ordine. Si inizia con pochi numeri e poi si aumenta fino a quando il paziente riuscirà a ripeterli tutti. Le cifre vanno lette circa una al secondo e senza dare inflessioni alla voce. Lo span è dato dal numero di cifre che il paziente riesce a ripetere correttamente almeno una volta.
2. **Trial making test - A (TMT-A):** valuta la capacità di ricerca visuo-spaziale, attenzione selettiva e di velocità psicomotoria. Al paziente si mostra il foglio cui sono distribuiti dei numeri sparsi, il quale dovrà partire dal numero 1 e tracciare delle linee andando in progressione, fino alla scritta "fine", senza mai staccare la matita dal foglio. Si chiederà al paziente di essere il più corretto e veloce possibile, in quanto si calcolerà il tempo in secondi impiegato per terminare la prova. **Trial making test - B (TMT-B):** Lo scopo è quello di valutare la velocità psicomotoria, la capacità di ricerca visuo-spaziale, di memoria di lavoro e soprattutto di attenzione selettiva, divisa ed alternata. Solo se il paziente è riuscito a eseguire il TMT-A, allora lo si sottopone al

TMT-B. In questo caso, il paziente, infatti, deve mantenere l'attenzione su due serie che si alternano: la serie numerica e la serie alfabetica. I requisiti sono quello di controllare che il paziente conosca l'alfabeto e si somministra solo se il paziente non ha difficoltà specifiche di lettura. La somministrazione è simile al TMT-A ma le istruzioni sono di andare dal numero 1 alla lettera A, poi al numero 2 e quindi alla lettera B, quindi al numero 3 e alla lettera C ecc., mostrando al paziente cosa deve fare sul foglio di prova. Anche in questa prova, come nella sezione A, si cronometra il tempo dell'esecuzione, avvertendo il paziente che si prenderà il tempo e che dovrà essere veloce. La prova si interrompe a 7 minuti o con più di 3 interruzioni di cronometro oppure con più di 3 errori dall'inizio.

3. **Copia di Disegno:** lo scopo di questo test è quello di valutare le abilità di copia del paziente quando il modello da copiare è una figura complessa, ma estremamente familiare. Si fa vedere la figura al paziente e si chiede di copiarla, nello spazio sottoindicato, il più possibile uguale.
4. **Memoria con Interferenza:** valuta la capacità di memoria di lavoro durante un compito distraente che impedisca la reiterazione subvocalica. Vengono presentati dei cartoncini con tre lettere che il paziente dovrà leggere ad alta voce e cercare di memorizzare. Poi verranno coperte e chieste successivamente, chiedendo al paziente di tenerle in mente. Intanto si fa contare di due in due a partire da un numero che è sempre diverso, una volta da 15, poi da 17, e dopo 10 secondi, lo si ferma e si chiede di ricordare le tre lettere di prima. Nella seconda parte della prova il paziente deve contare per 30 secondi. Si riporta quante lettere sono ricordate in giusta posizione per ogni tripletta, quante lettere sono ricordate indipendentemente dalla posizione. Si interrompe a dieci minuti.



5. **Astrazione:** lo scopo è quello di osservare la capacità di ragionamento logico e di astrazione di concetti; nello specifico si vuole analizzare la capacità di astrarre il concetto sovraordinato che accomuna il significato di due vocaboli. È importante capire se il paziente sta cercando di trovare il termine comune, ma ha difficoltà di linguaggio e non riesce a produrre una parola adeguata oppure se il paziente non riesce a portare a termine il compito di astrazione e prosegue nel descrivere singolarmente il significato delle due parole.
6. **Test dei gettoni:** valuta il grado di comprensione verbale del paziente, valuta la capacità del paziente di eseguire ordini verbali specifici. Si spargono i gettoni sul tavolo in ordine sparso, ci si accerta che il paziente distingua e conosca i colori e distingua e conosca le due forme geometriche. Si chiede di ascoltare e di eseguire quello che dice e fa l'esaminatore. Sono solo cinque ordini. (tocchi un gettone verde, tocchi il quadrato giallo, tocchi il quadrato bianco e poi il cerchio verde, tocchi il cerchio bianco e poi il cerchio rosso, metta il cerchio rosso sopra il quadrato verde).
7. **Memoria di prosa immediata:** valuta la capacità di memorizzare un racconto, valuta la memoria a lungo termine. Questo test determina anche l'impiego di meccanismi di integrazione delle informazioni, di pianificazione delle informazioni in maniera coerente, di comprensione verbale. Si legge un raccontino al paziente e poi, dopo aver prestato attenzione, si chiede di ripetere tutto quello che ricorda.
8. **Memoria di prosa differita:** dopo la prima rievocazione del paziente, l'esaminatore rilegge una seconda volta il raccontino e si riferisce al paziente che lo dovrà rievocare solo dopo lo svolgimento di un altro compito, un compito visuo-spaziale, che non interferisce con il ricordo verbale del raccontino.
9. **Test figure aggrovigliate:** lo scopo di questo test è quello di valutare le abilità di segmentazione delle figure, le abilità di controllo e inibizione sulle risposte già fornite; si vuole valutare la capacità del paziente nell'esecuzione della discriminazione figura-sfondo, nel riconoscimento contorni figure. Oltre ad essere una prova di discriminazione visiva fornisce informazioni sulla capacità di monitorare la propria prestazione, esplorazione spaziale e difficoltà di denominazione. Al paziente si fa vedere un riquadrato con molte figure sovrapposte, numeri, lettere, animali, si chiede di osservarlo attentamente e di riuscire a distinguere, identificare, indicare e denominare il nome di ognuna di loro. Tempo massimo di esecuzione del compito quattro minuti.
10. **Disegno spontaneo:** lo scopo di questa prova è quello di valutare le capacità prassiche e di accesso alla rappresentazione visiva dell'oggetto. È una prova informativa circa le difficoltà o meno della generazione della rappresentazione mentale della figura richiesta. Si chiede al paziente di disegnare, all'interno del riquadro, una margherita con il gambo ed una foglia.
11. **Fluenza fonemica:** verifica le capacità del paziente di recuperare le parole dal lessico, facendo una selezione sulla base del fonema iniziale. Sono valutate anche le abilità di accesso e di recupero lessicale, oltre che la capacità di selezionare un'adeguata strategia di ricerca. Si chiede al paziente la produzione verbale di tre diversi fonemi (le lettere C, P, S) in un minuto di tempo ciascuno.
12. **Stime cognitive:** valuta la capacità di risposta del paziente di fronte a richieste che non prevedono obbligatoriamente una risposta univoca, precisa o esatta, bensì che necessitano di una stima e di valutazione rispetto alle conoscenze generali del mondo (costo

di un litro di latte fresco, da 50 centesimi a 2 euro; distanza Milano-Roma, da 300 km a 800 km; lunghezza di una chitarra, da 70 cm a 150 cm; durata della messa, da 30 minuti a 60 minuti; numeri di canguri in Olanda, nessuno).

13. Prove prassiche: lo scopo di queste prove è di verificare la capacità dei pazienti di compiere gesti con e senza significato, come ad esempio mostrare l'uso di alcuni oggetti, provando ad immaginare di aver in mano un martello e mostrando come lo si userebbe, o con uno spazzolino, o come si fa il segno della croce. Inoltre, si chiede al paziente di copiare o imitare i gesti che fa l'esaminatore.

14. Test dell'orologio: questo test valuta le abilità prassiche di costruzione dell'oggetto, le abilità di rappresentazione mentale che fanno in modo di avere, appunto, la possibilità al paziente di recuperare mentalmente l'immagine corretta per poterla riprodurre; infine, questo test valuta anche le abilità di pianificazione della disposizione dei numeri

nel quadrante e la capacità logica nell'inserire le lancette e quindi la segnalazione del tempo attraverso l'orologio. Si presenta al paziente il foglio prova con il contorno dell'orologio, l'esaminatore indica il contorno e chiedere al paziente di inserire tutti i numeri che ci sono nell'orologio nella loro posizione corretta e le lancette che indicano le 2 e 45.

SOGGETTI

Il campione è composto da 21 pazienti degenti presso l'U.O.C. Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi di Lecce, di cui 12 uomini e 9 donne, con un'età media di 58 anni ed una scolarità media di 8 anni. La diagnosi medica dei pazienti rientra nell'ambito delle Neoplasie Cerebrali.

A causa dell'impossibilità in alcuni pazienti di effettuare il test post-operatorio, il campione effettivo sul quale il presente lavoro si basa è composto da 10 pazienti, così classificati:

- n.5 Lesione Espansiva Sinistra, di cui 1 uomo e 4 donne;
- n.5 Lesione Espansiva Destra, di cui 3 uomini e 2 donne.





Criteri di inclusione

Si tratta di pazienti ricoverati presso la U.O.C. Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi di Lecce, con diagnosi di Neoplasia Cerebrale.

Criteri di esclusione

Nel protocollo di ricerca sono stati inseriti i pazienti in grado di sostenere la valutazione neuropsicologica. Dunque, sono stati esclusi:

- Pazienti con grave demenza o grave rallentamento ideo-motorio.
- Pazienti con gravi deficit di linguaggio, che impedivano l'esecuzione delle prove verbali e la comprensione delle prove non verbali.
- Pazienti con gravi limitazioni motorie all'arto superiore dominante, che non erano in grado di eseguire le prove scritte.

PROCEDURA

La procedura prevede la somministrazione di ENB ai pazienti facenti parte del campione. La valutazione viene effettuata prima e dopo l'intervento chirurgico (se le condizioni cliniche lo consentono), previa sottoscrizione del consenso informato.

I punteggi considerati ai fini di ricerca sono quelli relativi ai test di valutazione cognitiva ("E.N.B., Esame Neuropsicologico Breve, Mondini et al. 2003").

RISULTATI

Dalla somministrazione dei subtest sia pre che post-intervento chirurgico si evidenziano delle variazioni in diversi ambiti.

Per quanto riguarda le **Neoplasie a Sinistra**, 3 pazienti su 5 hanno ottenuto un **miglioramento** nella valutazione post-intervento nel subtest la Memoria con Interferenza-10 Sec. Invece, 3 paziente su 5 ottengono un miglioramento nei subtest rispettivamente in Trial Making Test A, Disegno Spontaneo, Test dell'orologio. Al contrario, si evidenzia il **peggioramento** solo di 1 paziente su 5 nelle prove del Trial Making Test A –

B, Stime Cognitive, Disegno Spontaneo; altri due pazienti peggiorano rispettivamente in Memoria con Interferenza 30 sec, Test dell'orologio.

Nei pazienti con **Neoplasia a Destra**, si evidenzia un **miglioramento** nel post-operatorio nel subtest di Memoria con Interferenza-10 sec dell'unico paziente che presentava un risultato alterato nel preoperatorio. Vi è, invece, un **peggioramento** nei subtest Test delle Figure Aggrovigliate, Test dell'orologio, Copia di Disegno.

Rimangono, invece, **invariati** i risultati dei subtest somministrati nei pazienti con Neoplasia a Sinistra relativamente nei subtest: Digit Span, memoria di prosa differita, test dei gettoni, fluenza fonemica, astrazione, test delle figure aggrovigliate, stime cognitive, prove prassiche.

Mentre, nei pazienti con Neoplasia a Destra, rimangono invariati i subtest: digit span, memoria di prosa differita, memoria di interferenza – 30 sec, trial making test A – B, test dei gettoni, fluenza fonemica, astrazione, stime cognitive, prove prassiche.

Come **risultato comune** tra i pazienti con Neoplasia a Destra ed a Sinistra, nel subtest di Memoria con interferenza – 10 sec 9 pazienti su 10 dopo l'intervento chirurgico presentano un risultato nella norma.

DISCUSSIONE

La valutazione postoperatoria ha rilevato un peggioramento cognitivo transitorio, determinato in parte grazie al recupero spontaneo, all'assorbimento dell'edema. È stato rilevato un peggioramento postoperatorio maggiore nelle **Neoplasie a Destra** con evidenti deficit cognitivi nelle abilità di segmentazione delle figure, nel controllo e nell'inibizione delle risposte già fornite, nella discriminazione figura-sfondo, nel riconoscimento contorni figure e nella capacità di monitorare la propria prestazione, esplorazione spaziale e difficoltà di denominazione. Inoltre, si evidenzia un

peggioramento nelle abilità di rappresentazione mentale e nelle difficoltà delle funzioni esecutive.

Le **Neoplasie a Sinistra** generano deficit cognitivi in fase preoperatoria che migliorano nella fase postoperatoria per quanto riguarda la memoria di lavoro, le capacità di ricerca visuo-spaziale, di attenzione selettiva e di velocità psicomotoria, le capacità prassiche, le abilità di pianificazione di un'immagine mentale e di rappresentazione visiva relativamente ad una semplice figura richiesta. Solo per un paziente si rileva un peggioramento cognitivo complessivo, soprattutto nelle capacità attentive e nelle funzioni esecutive; altri due pazienti peggiorano rispettivamente nella capacità di pianificazione e nel ricordo differito.

Più in generale, nessun gruppo presenta difficoltà nelle capacità di memoria a breve termine, sia per liste di cifre che per la memorizzazione e il richiamo immediato di un racconto.

CONCLUSIONI

Il presente studio si propone di analizzare la fattibilità e la validità della valutazione neuropsicologica pre e post intervento neurochirurgico di Neoplasie Cerebrali Destre o Sinistre, al fine di avere informazioni sulle funzioni cognitive disfunzionali. Questa ricerca vuole, quindi, sottolineare l'importanza della valutazione neuropsicologica anche per la rilevanza prognostica che essa può avere in un'ottica riabilitativa: improntare un percorso di riabilitazione cognitiva per aiutare il paziente e la sua famiglia nell'eventuale utilizzo di strategie riabilitative e nelle possibili difficoltà nella vita quotidiana. Deficit cognitivi permanenti hanno un impatto deleterio sulla qualità della vita dei degenti e, in questo caso, il valore della consulenza psicologica è importante al fine di supportare il paziente stesso. Emozioni negative, difficili da gestire per il paziente, come la sensazione dell'incerto e il senso di responsabilità, possono sfociare in problematiche di natura psicologica e psicopatologica.

Risulta pertanto importante una valutazione clinico neuropsicologica, da effettuare in fase pre-operatoria, in fase post-operatoria, in cui la fatica, il disorientamento, il malesere generalizzato, l'instabilità emotiva e le fluttuazioni cognitive possono fortemente influenzare la prestazione, ed in una fase in cui il paziente si è stabilizzato, al fine di valutare attraverso una batteria di test ad hoc, e non solo di screening come è l'ENB, le disfunzioni cognitive e improntare un programma di riabilitazione cognitiva.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bear, M. F., Connors, B. W., Paradiso, M. A. (2002). *Neuroscienze. Esplorando il Cervello*. Milano: Masson.
- Brodmann, K. (1909). *Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*, Leipzig: Barth; trad. ingl. Garey L. J. (1994), *Brodmann's "Localization in the Cerebral Cortex"*, London: Smith - Gordon.
- Denes, G. e Pizzamiglio, L. (a cura di) (1996). *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e Patologia dei Processi Cognitivi*. Bologna: Zanichelli Editore.
- Grossi, D., Trojano, L. (2011). *Lineamenti di neuropsicologia clinica*. Roma: Carocci.
- Ladavas, E., Berti, A. (1999). *Neuropsicologia*. Il Mulino, Bologna.
- Martin J.B. Taphoorn and Martin K. (2003). *Cognitive deficits in adult patients with brain tumors*.
- McCarthy, R. A., Warrington, E. K. (1990). *Neuropsicologia cognitiva, un'introduzione clinica*. Raffaello Cortina Editore.
- Mondini S., Mapelli D., Vestri A., Arcara G., Bisacchi P.S. (2011). *Esame Neuropsicologico Breve*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mondini S, Mapelli D, Arcara G. (2009). *La Valutazione Neuropsicologica*. Carocci Editore.
- Osborn, A. G. (2014). *Il cervello. Imaging, patologia e anatomia*. Editore Piccin Nuova Libreria.



AUTOLESIVITÀ NON SUICIDARIA UN PROBLEMA DI REGOLAZIONE EMOTIVA NEGLI ADOLESCENTI?

Rosanna Montanaro

Dirigente Psicologo ASL TA
Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza

Ilaria Cinieri

Dirigente Psicologo ASL TA
Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza

Floriana Pinto

Dirigente Psicologo ASL TA
Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza

Luigi Russo

Dirigente Psicologo ASL TA
Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza

Sara Riezzo

Medico Neuropsichiatra
Infantile Asl Ta Npia

Anna Cristina Dellarosa

Medico Neuropsichiatra
Infantile Asl Ta Npia

ABSTRACT

"Autolesività non suicidaria" (NSSI, Non Suicidal Self Injury) è la categoria diagnostica in cui, nel DSM-5 (2013), vengono raggruppati quegli atti che intenzionalmente un individuo si infligge sulla superficie corporea "con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati (non c'è intenzionalità suicidaria)". Il comportamento autolesivo è associato alla difficoltà di regolazione emozionale dal momento che sarebbe prodotto sia per evitamento di situazioni emotive a valenza negativa, sia per provare una sensazione positiva, sia per risolvere situazioni interpersonali.

La regolazione emotiva è definita come la capacità di gestire le proprie risposte emotive, comporta, nello specifico, strategie per aumentare, mantenere o diminuire l'intensità, la durata e la

traiettorie delle emozioni positive e negative. Nel presente studio si è inteso approfondire la relazione tra l'agito autolesivo e le strategie di regolazione metacognitive, ovvero quelle che implicano la modifica deliberata dei propri pensieri o obiettivi per ridurre l'esperienza delle emozioni negative nella ipotesi che un adolescente autolesivo tenda a utilizzare strategie di regolazione più comportamentali per una difficoltà di accesso a quelle cognitive e metacognitive. Vengono presentati i profili riferiti alle strategie di regolazione emotiva di un gruppo di adolescenti, [8 F, 2 M, età media 15,6] con storia di autolesionismo. I risultati di due strumenti self-report somministrati [BIS-11, *Barratt Impulsivness Scale* e DERS, *Difficulties in Emotion Regulation Strategies*] confermano la difficoltà nell'accesso metacognitivo fornendo indicazioni anche per orientare il piano di intervento.

PREMESSA

L'Autolesività non suicidaria (NSSI, Non Suicidal Self Injury) è la categoria diagnostica in cui, nella Sezione III del DSM 5 (2013), sono raggruppati quegli atti che intenzionalmente un individuo si infligge sulla superficie corporea "con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati, pertanto senza intenzionalità suicidaria. Le modalità vanno dai tagli (*cutting*), alle bruciature (*burning*), lividi, escoriazioni, allo strapparsi i capelli, ingerire veleni od oggetti. Il tipo di lesione più riscontrata è il *cutting*, tagliarsi/lesionarsi la pelle con l'utilizzo di lamette o qualsiasi altro oggetto affilato: chiodi, forbici, coltelli, fermagli, pezzi di vetro, in particolare a livello degli arti o dell'addome. La prevalenza della NSSI, lungo l'arco di vita, va dallo 17.2% tra gli adolescenti al 13.4% tra i giovani adulti (Swannell et al., 2014), prevalente nel genere femminile (3:1).

AUTOLESIONISMO COME COPING

L'autolesionismo può essere considerato come una strategia di coping disadattiva verso emozioni, che il soggetto vive come intollerabili ed incontrollabili. Il dolore fisico distoglie da quello interiore. I segni provano che la sofferenza è reale, anche agli occhi degli altri.

L'autolesionista riferisce spesso una sensazione immediata di sollievo che ha durante il verificarsi del processo; inoltre, se l'atto autolesivo si verifica frequentemente rischia di assumere le caratteristiche di una dipendenza (pertanto le lesioni diventano sempre più numerose e profonde).

Non vi è intenzione suicidaria, ma costituisce fattore significativo di rischio.

È associato a relazioni disfunzionali ed isolamento sociale.

DAL CORPO ALLA MENTE

Col farsi male, l'attenzione dal dolore mentale passa al dolore fisico e la persona ha l'illusione di avere ripreso il controllo su sé stessa ed il contatto con sé stessa, così da avere la sensazione di essere in grado di controllare, se non la propria vita, almeno il proprio corpo. L'infliggersi dolore, la vista del proprio sangue, consentono di avere una prova tangibile che la propria sofferenza è reale, che c'è qualcosa di concreto e visibile per cui provare dolore. Per altri adolescenti tagliarsi è un modo per sentirsi vivi: meglio un dolore fisico che non sentire niente o sentirsi vuoti e inutili. Mettere in atto condotte autolesive non solo riduce l'intensità dei vissuti negativi, ma produce anche emozioni positive ed è proprio questo aspetto uno dei fattori cruciali per mantenere nel tempo tali comportamenti (Andover e Morris, 2014), come si vede da questo schema, tratto da uno studio brasiliano del 2020 di Costa et al.

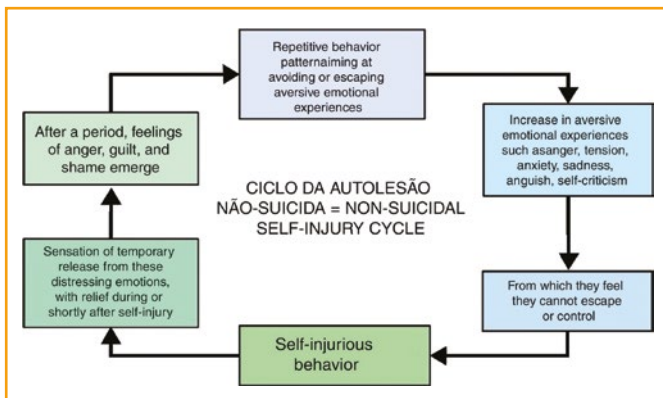


Figura 1 - Non-suicidal self-injury (NSSI) cycle in «Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness». Costa et al (2020). Journal of Pediatrics.

NSSI DURANTE IL COVID-19

Anche la NSSI, tra i problemi di salute mentale, ha registrato un incremento della sua incidenza, il 40,9% nella popolazione studentesca (n=1060), in concomitanza con l'epidemia da COVID-19, come riportato dal recente studio svolto a Taiwan dal gruppo di Tang (2021), assieme a: disturbo post traumatico da stress, ansia, sintomi depressivi, insonnia,



rifiuto, rabbia, paura e sintomi correlati a dolore psicosomatico (Torales et al., 2020; Guessoum et al., 2020; Rajkumar, 2020; Duan et al., 2020).

POSSIBILE MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Avvalorando la tesi di Nock (2006) sul modello a quattro funzioni, alla base dell'apprendimento sociale e dell'influenza dei ragazzi tra loro, si potrebbe spiegare come viene mantenuto nel tempo il comportamento autolesivo, dato che la NSSI funziona come mezzo di regolazione delle proprie esperienze emotive/cognitive, e quindi mezzo di comunicazione e mezzo per influenzare il comportamento degli altri. Inoltre Nock pone l'accento sui fattori di rischio distali come: l'abuso/maltrattamento infantile; un ambiente familiare ipercritico; una predisposizione genetica ad avere un'iperattivazione emotiva. Tali fattori aumentano anche la probabilità di altri comportamenti disadattivi eseguiti per la stessa funzione (es. uso di alcol, droghe, disturbi alimentari). La probabilità di avere un comportamento autolesio-

nista, dati questi fattori di rischio, è aumentata da altri fattori di vulnerabilità NSSI-specifici (es. l'apprendimento sociale). Tali fattori più specifici spiegano perché alcune persone usano l'autolesionismo invece di un altro comportamento per servire le stesse funzioni.

COMORBILITÀ E PERSONALITÀ

I soggetti con NSSI presentano anche un Disturbo dell'immagine corporea e Disturbi di Personalità, in particolare nei soggetti borderline i comportamenti autolesionistici variano dal 75 al 90% e possono essere intensi (Winston, 2000); inoltre, si associano anche a disturbi internalizzanti (specialmente disturbi affettivi, ma anche sintomi ansiosi e somatoformi) (Haw et al., 2001) accompagnandosi spesso a episodi di dissociazione (Gratz, Conrad, Roemer, 2002).

SCOPO DELLO STUDIO OSSERVAZIONALE

Nel presente studio si è inteso approfondire l'impulsività e la regolazione emotiva, in un gruppo di adolescenti, [8 F, 2 M, età media=15,4, ds=1,5]

con storia di autolesionismo, afferiti al solo polo centrale di Taranto da dicembre 2020 ad aprile 2021, periodo del secondo lockdown per emergenza Covid.

L'impulsività è la tendenza a mettere in atto reazioni immediate e non pianificate a stimoli interni o esterni con ridotta considerazione per le conseguenze. Può manifestarsi in presenza anche di stimoli piacevoli, ma soprattutto in assenza di un forte controllo cognitivo. La regolazione emotiva è la capacità di gestire le proprie risposte emotive, comporta, nello specifico, strategie per aumentare, mantenere o diminuire l'intensità, la durata e la traiettoria delle emozioni positive e negative.

Laddove vi sia una risposta disadattiva, si parla di *disregolazione emotiva*, in particolare quando:

1. La scarsa capacità di tollerare un'emozione e i tentativi di regolarla inefficaci;
2. L'emozione interferisce in modo significativo sul comportamento;
3. L'espressione dell'emozione avviene in modo inappropriato e/o nel contesto inappropriato;
4. Il passaggio da un'emozione all'altra avviene troppo lentamente o troppo rapidamente.

STRUMENTI UTILIZZATI

Il **BIS-11** (*Barratt Impulsivness Scale*) è un questionario self-report (30 item) ideato per valutare la dimensione dell'impulsività quale variabile comportamentale o di personalità. Consente di individuare sei fattori di primo ordine:

- Attenzione;
- Comportamento motorio;
- Autocontrollo;
- Complessità cognitiva;
- Perseveranza;
- Instabilità cognitiva;

e tre fattori di secondo ordine, che danno una stima quantitativa dell'impulsività:

- *impulsività motoria*, definita come la tendenza ad agire senza pensare, agire su due piedi (*motor activation*);

- *impulsività cognitiva o attentiva*, intesa come la tendenza a prendere rapide decisioni, e la mancanza di concentrazione rispetto al compito (*attention*);
- *impulsività non pianificativa*, che si delinea come una modalità di comportamento caratterizzata da una scarsa valutazione delle conseguenze, mancanza di pianificazione (*lack of planning*).

La **DERS** (*Difficulties in Emotion Regulation Strategies*) è una scala di 36 item, con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (da 1= quasi mai a 5= quasi sempre) che valuta le difficoltà nella regolazione delle emozioni; è composta da 6 fattori:

1. non accettazione delle emozioni negative (*Nonacceptance*);
2. incapacità ad intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative (*Goals*);
3. difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative (*Impulse*);
4. accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute efficaci (*Strategies*);
5. mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni (*Awareness*);
6. mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (*Clarity*).

Era necessaria anche una etero-valutazione genitoriale, attraverso la scala **CBCL 6-18 (Children Behaviour Check-List)**, composta da 112 item, riguardanti comportamenti problematici rappresentativi di diversi quadri psicopatologici.

I diversi problemi vengono valutati nel range "normale", "borderline", o "clinico" in 8 specifiche scale sindromiche: ansia e depressione, lamentele somatiche, ritiro e depressione, problemi sociali, problemi del pensiero, problemi di attenzione, comportamento delinquenziale, comportamenti aggressivi.



Si raggruppano quindi i diversi problemi in tre categorie:

- problemi internalizzanti (ansia, depressione, ritiro, lamentele somatiche);
- problemi esternalizzanti (comportamento delinquenziale e comportamento aggressivo);
- problemi né internalizzanti né esternalizzanti (problemi sociali, problemi del pensiero, problemi di attenzione).

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE:

NPIA ASL TA POLO CENTRALE

- **Accessi da dicembre 2020 ad aprile 2021 (II lockdown COVID-19):** 10/170= 5.8%.
- **Sesso:** Maschi= 20% Femmine= 80%.
- **Fasce età:** <14 aa= 10% 14-17 aa= 90% Età media= 15,4; DS= 1,5.
- **Diagnosi:** Disturbi della sfera emozionale=50%; Disturbi della sfera emozionale in trattamento farmacologico= 50% (3 antidepressivi e 2 antipsicotici atipici).
- **Abusi Sessuali:** Si= 20%; No= 80%
- **Utilizzo di alcol:** Si= 20%; No= 80%.
- **Disturbi dell'apprendimento:** Si=80%; No=20%.
- **Psicoterapia:** Si= 70%; No= 30%.
- **Frequenza tagli:** <5= 60%; >5= 40%.
- **Genitori separati:** Si= 20%; No= 80%.

I ragazzi del nostro campione, con una età > 14 aa, ottengono un punteggio borderline nella CBCL totale; 7 su 10 in particolare ottengono un punteggio clinicamente significativo nella «Internalizzazione» della CBCL; 4 dei 7 si tagliano con maggiore frequenza (>5 volte, definiti abitudinari).

Per quanto concerne invece i risultati nei test, risulta che nei figli dei coniugati, vi è una maggiore stabilità cognitiva, mentre chi ha subito abusi sessuali, ha una maggiore impulsività motoria sia come agito sia come tratto di personalità; mentre chi si taglia più frequentemente ha una maggiore tendenza all'atto, avendo una maggiore impulsività senza pianificazione.

CORRELAZIONI SIGNIFICATIVE CON LA PSICOTERAPIA

I ragazzi che hanno ottenuto punteggi clinicamente significativi nelle scale cliniche: «Ritiro depressivo»; «Somatizzazioni»; «Internalizzazione» della CBCL e che hanno una maggiore difficoltà nel «riconoscimento e nel controllo delle emozioni»; una tendenza ad avere scarsa «fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva», e quindi una maggiore disregolazione emotiva nella DERS, sono stati inseriti in trattamento psicoterapico.

	CBCL totale	CBCL internalizzazione	DERS Fiducia	BIS Instabilità cognitiva	BIS Impulsività motoria	BIS Imp. motoria tratto personalità	BIS Imp. Non Pianificazione e tratto personalità
Età	0,04						
Sesso			0,02				
Diagnosi		0,04					
Separazione				0,04			
Abusi sex					0,04	0,04	
Frequenza tagli		0,09					0,05

Tabella 1 - Correlazioni significative tra test e campione

	CBCL ritiro	CBCL Somatizzazioni	CBCL Dirompente	CBCL Internalizzazione	DERS Fiducia	DERS Controllo	DRS Riconoscimento	DERS Totale
Psicoterapia	0,01	0,05	0,05	0	0,1	0,09	0,04	0,09

Tabella 2 - Correlazioni significative tra psicoterapia e risultati dei test

	DERS Non accettazione	DERS Autoconsapevolezza	DERS Mancanza di controllo	DERS Difficoltà nel riconoscimento	DERS Totale
BIS Impulsività motoria	0,04				
BIS Autocontrollo		0,1			
BIS Complessità cognitiva		0	0,01	0,04	0,01
BIS Impulsività attentiva (tratto)		0,1		0,04	
BIS Impulsività motoria			0,04		
BIS Impulsività non pianificazione		0,02	0,05		0,05

Tabella 3 - Correlazioni significative tra i risultati dei test

Nella correlazione tra i test BIS e DERS, chi è «impulsivo» non accetta il proprio disagio (0.035); chi non ha «autocontrollo» tende a non avere «consapevolezza di sé». Chi ha una maggiore «complessità cognitiva» risulta essere meno «consapevole»; con minore «autocontrollo» e con maggiore difficoltà nel «riconoscimento delle emozioni», in sostanza ad essere più disregolato emotivamente.

CONCLUSIONI

Dal presente studio emerge che l'impulsività costituirebbe una condizione di «tratto» di personalità, poiché il tratto "disattento" del BIS risulta essere non attento nel riconoscere le emozioni corrette, diventando così vittima di equivoci e fraintendimenti; chi ha il tratto della "impulsività motoria" tende a perdere maggiormente il controllo, così come chi ha il tratto predominante della "difficoltà a pianificare", risulta essere meno consapevole e quindi più disregolato.

Inoltre emerge quanto sia importante il lavoro psicoterapico perché è funzionale comprendere gli stati d'animo antecedenti all'agito autolesivo e aiutare il soggetto a cercare strategie comunicative diverse (Ostuzzi, Pozzato, 2009); proprio in virtù della funzione implicita della regolazione emotiva che necessita di fare un lavoro di base sul conoscere, denominare e discriminare le varie emozioni; l'inibire comportamenti inappropriati legati a forti impulsi negativi o positivi; lo smorzare le risposte fisiologiche indotte da intense esperienze emotive; il rifocalizzare l'attenzione; il riorganizzarsi in vista di un'azione coordinata al conseguimento di uno scopo esterno.

Inoltre, l'impiego della psicoterapia si è dimostrato più efficace rispetto al solo impiego dei farmaci e al tempo stesso appare potenziare l'effetto della terapia farmacologica (Cotugno, Benedetto, 1995).



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Claes L. et al. *Is Non-suicidal Self-injury Related to Impulsivity in Anorexia Nervosa?* Results from Self-report and Performance-based Tasks Eur. Eating Disorders Rev. (2014).
- Costa RP, Peixoto AL, Lucas CC, Falc DN, Farias JT, Viana LF, et al. Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness. *J Pediatr (Rio J)*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.01.006>
- Gatta M. et al, *Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016;12 2307–2317.
- Huang Y-H, et al. *Correlation of impulsivity with selfharm and suicidal attempt: a community study of adolescents in Taiwan*. *BMJ Open* 2017;7:e017949. doi:10.1136/bmjopen-2017-017949.
- Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006;144(1):65–72.
- Wen-Ching Tang et al. *Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak*. *Current Psychology* <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>
- Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(3):273–303.





DALLA CURA PER LA VITA ALL'AMORE PER LA VITA CANZONI E PAROLE NELLA RINASCITA POST-TRAUMATICA

Maria Giorgia D'Alonzo
Psicologa specializzata in Psiconcologia
e specializzanda in Psicoterapia ad
indirizzo sistemico-familiare

RIASSUNTO

La malattia oncologica, quale evento traumatico, irrompe nella vita dell'individuo e ne stravolge l'esistenza. La diagnosi è un'informazione altamente destabilizzante, tanto da poter arrivare al punto di identificarsi completamente nella malattia. Questo determina il rischio in cui può incorrere il professionista nella relazione di aiuto che può focalizzarsi sulla condizione medica e sui vissuti correlati, tralasciando l'*altra parte* del paziente e il contesto all'interno del quale è inserito.

Contestualizzare la malattia è fondamentale per aiutare la persona a comprenderne il significato e dare un senso a quanto sta attraversando.

Reagire alla diagnosi è fisiologico, *rispondere* all'evento traumatico è una scelta. Vivere nella malattia, in che modo affrontarla e come ritrovare se stessi nella difficoltà è una decisione individuale.

L'autrice riporta l'*esperienza di vita nella malattia* di una donna affetta da carcinoma della mammella.



La diagnosi di tumore si aggiunge ad altri significativi e dolorosi eventi esperiti dalla paziente e si trasforma in un'opportunità di crescita e cambiamento. La malattia, nel suo attacco alla sopravvivenza, ha rigenerato la vita di questa donna, determinando un *movimento* in un'esistenza in sospenso e cristallizzata in un lutto non risolto.

Attraverso colloqui di sostegno psicologico, un diario di bordo, l'espressione e il ritrovamento di sé tramite aforismi e frasi di canzoni, si è ripercorsa la storia di Flavia: la perdita precoce di suo marito, la disabilità irreversibile di sua figlia e la neoplasia al seno. Una storia di perdite e doni in cui la malattia è *solo* un trauma in una storia di traumi.

PAROLE CHIAVE

Neoplasia, storie, narrarsi, aforismi, canzoni, crescita post-traumatica.

INTRODUZIONE

Per crescita post traumatica (*Posttraumatic Growth* – PTG) si intende un cambiamento psicologico positivo come risultato di una lotta contro circostanze di vita altamente impegnative e sfidanti (Calhoun, Tedeschi, 2004). Il *Post-traumatic Growth* descrive l'esperienza di superamento del trauma attraverso un significativo mutamento nelle risorse di adattamento. Le persone che riescono a dare un senso a quanto accaduto si sentono più forti e sicuri nell'affrontare il futuro.

Secondo Calhoun e Tedeschi (2004), il processo di crescita non è una diretta conseguenza del trauma, ma è una lotta individuale nel fronteggiare la nuova realtà imposta dall'evento traumatico. La crescita post-traumatica, pertanto, non è un ritorno alla vita prima del trauma, ma un momento di profonda trasformazione.

L'esperienza positiva associata all'evento-trauma di malattia oncologica è intesa come la possibilità di cambiamento verso una maggior consapevolezza di sé e una ricerca di senso dei propri bisogni e desideri. La relazione terapeutica diviene fondamentale per costruire tali opportunità evolutive e di innovazione, mediante una visione più ampia e profonda della storia di vita della persona.

Ripercorrere la storia *della* paziente *con* la paziente, entrando nel dolore della perdita e nel coraggio/paura di vivere, ha determinato una ri-conoscenza di sé ed una *riconoscenza* verso se stessa.

Come nell'antica arte giapponese del *kintsugi*¹ che esalta e impreziosisce le fratture dell'oggetto rotto, rivalorizzandolo. Ogni pezzo riparato diviene unico ed irripetibile per via della casualità con cui si frantuma e delle irregolari nervature che si vengono a creare. Le fratture diventano trame preziose e queste "nuove cicatrici" regalano all'oggetto un nuovo aspetto e valore, una nuova vita. L'arte simbolica del kintsugi è quella di abbracciare il danno e non vergognarsi delle ferite. Il parallelismo con questa pratica è davvero suggestivo: non si deve buttare ciò che si rompe poiché la rottura di qualcosa non ne determina la fine.

Far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici significa crescere attraverso le esperienze dolorose, valorizzarle, esibirle e convincersi che sono proprio queste che rendono ogni persona unica e preziosa.

La storia di Flavia è una storia di resilienza. La vita l'ha "urtata" diverse volte senza che lei si spezzasse. Nessuna rottura, solo crepe. La forza della sua mente, tuttavia, si è scontrata con la

¹ Termine giapponese composto dalle parole "kin": oro e "tsugi": riunire, riparare, ricongiungersi.



fragilità del suo corpo, un corpo malato, un corpo che tradisce il pensiero, la sincerità di un corpo.

La malattia oncologica ha rappresentato per la donna un'occasione di crescita e apprendimento. Dopo una vita passata a prendersi cura degli altri, una neoplasia al seno l'ha costretta a fermarsi per prendersi cura sé.

In quale parte del corpo di una persona è la sua mente?

LA STORIA DIETRO LA PERSONA

Riprendendo le parole di Sigmund Freud, "*c'è una storia dietro ogni persona*" e gli eventi della vita influenzano il modo in cui ciascun individuo si adatta e risponde alle difficoltà che gli si presentano. Ogni tappa, così come un particolare evento, comporta delle sfide e necessita di un lavoro di riassetto. Alcuni eventi possono essere

più critici di altri e questo vale particolarmente quando i cambiamenti implicano mutamenti della quotidianità.

Questi eventi significativi richiedono l'attivazione di risorse personali ed esterne per adattarsi alla nuova situazione ed instaurare un nuovo equilibrio.

Di fronte ad una diagnosi di malattia oncologica la persona è esposta ad una realtà che minaccia il suo equilibrio. Ciascun individuo risponde all'evento in maniera del tutto autentica e in relazione all'esperienza di vita. Il conoscere il paziente non è limitato al conoscere la sua malattia ma contestualizzare quest'ultima in uno spazio e in un tempo unico, quello della persona. La cura centrata sull'individuo sottolinea l'importanza del vedere la persona dietro il paziente e ripercorrere la storia di vita di cui è protagonista.



LA STORIA DI FLAVIA

Flavia è una donna di 49 anni, vedova da quindici anni e con una figlia quindicenne, Clara.

Terzogenita di tre sorelle, descrive la sua famiglia positivamente, definendo le sorelle dei punti di riferimento emotivo e apprezzando il pronto supporto pratico fornitole dai genitori nonostante l'età avanzata. Nel parlare della sua famiglia, Flavia riporta una coppia genitoriale affiatata e disponibile ad aiutare le figlie in ogni occasione e sottolinea il forte legame con le sorelle, in particolare con la secondogenita il cui rapporto è facilitato dalla maggior vicinanza di età. L'immagine della famiglia d'origine, dunque, è quella di un sistema strutturato e funzionale.

Dopo quasi quattordici anni di fidanzamento sposa il suo fidanzato storico Carlo e dopo due anni di matrimonio rimane incinta di Clara.

La famiglia del coniuge sembra essere molto riservata e poco calorosa: malgrado la coppia abbia convissuto per nove mesi a casa dei genitori di Carlo, non sembra essersi instaurato un rapporto radicato tra neo-sposa e suoceri, se non un reciproco rispetto e formale affetto.

Nel Luglio 2006, Carlo e Flavia, incinta di sette mesi, sono di rientro da una giornata trascorsa in compagnia dei suoceri nella loro residenza al mare, quando vengono coinvolti in un incidente d'auto in cui Carlo perde la vita. Flavia effettua molteplici operazioni chirurgiche con successive riabilitazioni fisiche e Clara viene messa al mondo prematura, con una tetraparesi spastica di tipo indotto. Al suo risveglio, la donna si trova catapultata in un'altra vita.

Da una sedia a rotelle a camminare nuovamente sulle proprie gambe, da un'aspettativa di sopravvivenza di pochi giorni, sono passati quindici anni e Flavia e sua figlia Clara sono una la ragione di vita dell'altra. In un mix di dolore e amore e fragi-

lità e forza, Flavia si tira avanti e sopravvive, grazie anche alla rete di supporto della sfera amicale e della fratria.

La morte dell'uomo ferma le lancette dell'orologio, lasciando la famiglia d'origine in un tempo sospeso. Nonostante l'immobilità nella risposta all'evento luttuoso, nella famiglia di Carlo cambiano degli equilibri, Flavia rimane incastrata in questo sistema con la funzione di coprire un vuoto e il suo rapporto con i suoceri perde ogni forma di confine: da *nuora riservata* a *figlia controllata*.

Di fronte all'evento traumatico, Flavia svolge un compito ben preciso e ne fa funzione di vita: prendersi cura, degli altri.

Il 23 Luglio del 2020, esattamente a quattordici anni dall'incidente e la perdita di suo marito, riceve la diagnosi di "carcinoma mammario infiltrante in G3" e si sottopone all'intervento chirurgico di quadrantectomia superiore sinistra. Flavia, così, entra nel programma di Breast Unit di un presidio ospedaliero barese e, nel piano terapeutico proposto, le viene offerta la possibilità di effettuare dei colloqui di sostegno psicologico, verso cui si mostra interessata.

Il percorso di malattia rappresenta per la donna un viaggio dentro la sua storia e la necessità di prendersi cura di se stessa. Flavia si mostra estremamente collaborativa e disponibile a prendere parte alle attività espressive proposte in ospedale, di disegno e scrittura, ed è sempre presente e partecipe durante i colloqui. Gli strumenti con cui si esprime diventano una grande risorsa e le permettono, incontro dopo incontro, di entrare in contatto con le emozioni più profonde di perdita, rabbia, sofferenza, accettazione e vita.

CONSIDERAZIONI TEORICHE

L'impatto della morte di un membro all'interno di un sistema familiare comporta una risposta

iniziale di tipo fusionale (il così detto “stringersi nel dolore della perdita”) ed una successiva spinta centripeta finalizzata a ripristinare un nuovo equilibrio. Tuttavia, possono concorrere delle forze collusive che ostacolano la crescita del sistema, cristallizzando le relazioni in rigidi ruoli e funzioni (Andolfi, D’Elia, 2007). Flavia racconta di non essere riuscita ad instaurare un legame di intesa con i suoceri e riferisce di un cambiamento nella relazione a seguito dell’evento luttuoso.

La morte di un membro costituisce una delle più grandi sfide adattive della famiglia ed impone una riorganizzazione pratica e, soprattutto, emotiva. L’impatto inevitabile sul singolo e sulle relazioni comporta cambiamenti decisivi nell’identità e negli scopi dell’intero sistema (Andolfi, D’Elia, 2007).

Una morte nella famiglia implica *perdite molteplici*: della persona deceduta, dei ruoli e funzioni con conseguente cambio di relazioni e la perdita di speranze e raffigurazioni del futuro.

La morte di Carlo è un elemento di arresto del tempo e dell’evoluzione di questa famiglia che rimane ferma e non permette a nessuno di andare avanti. Sono passati più di quindici anni e l’uomo, prima di essere un marito e un padre che è venuto a mancare, è il figlio morto che non può morire. In questa dinamica, Flavia assume il ruolo di figlia per permettere alla suocera di rivendicare la funzione genitoriale interrotta troppo presto; quest’ultima diventando una “mamma acquisita”, apprensiva, più interessata e molto presente nella vita di Flavia e di sua nipote Clara, la cui disabilità diviene motivo di preoccupazione e partecipazione smisurata.

Parlare di questa figura ingombrante, che si impone come sostitutiva, costituisce un punto di partenza per aiutare Flavia a riconoscere la sua sofferenza, *ridistribuire i pesi* e comprendere quanto di quel carico le appartiene. Nel carico

da lei sorretto, il rapporto forzato con la suocera risulta essere il più scomodo da gestire. La perdita di Carlo ha prescritto una complicità forzata tra le due donne, generando una relazione priva di confini. Ciò che è carente nel rapporto siffatto è la *capacità comunicativa* per confrontarsi con il lutto individuale di ciascuna. Venendo meno questa forma di comunicazione, anche tra i membri della stessa famiglia, vi è una paralisi del sistema.

Maurizio Andolfi (2007) parla di *processo di mummificazione* sottolineando che la non risoluzione di un lutto fa sì che un fantasma rimanga un membro integrante del sistema familiare e continui a condizionarlo nel tempo. Lasciar andare diviene, pertanto, il compito che la vita assegna a chi resta e diviene necessario concludere la relazione con il morto per permettere a chi rimane di far vivere in una dimensione non persecutoria chi non c’è più, dimenticando ma non cancellando e passando per il dolore per trasformare l’assenza in ricordo. La *presenza* di Carlo diventerebbe, così, elemento di vicinanza spirituale ed emotiva e non ostativa al rapporto.

La relazione tra Flavia e sua suocera deve, quindi, trasformarsi se si vuole innescare un processo evolutivo. Chi muore è solo parte della relazione tra le persone che restano (Andolfi, D’Elia, 2007). Se davvero la signora guardasse Flavia come una figlia riconoscerebbe i suoi reali bisogni di crescita, senza necessariamente tradire la memoria di Carlo.

Allo stesso modo, se Flavia riuscisse a vedere la suocera come una figura materna (non sostitutiva) riuscirebbe a comunicarle il suo bisogno evolutivo.

Gli incontri di sostegno psicologico a lei dedicati diventano lo spazio e il tempo che Flavia si autorizza per elaborare il lutto del marito e superare la perdita, avviando il suo processo di cambiamento attraverso la sofferenza.



NARRARSI NELLA MALATTIA

In ogni situazione di sofferenza la persona cerca di dare un senso a quanto accaduto. L'informazione di diagnosi, divenuta insostenibile, fa posto ad una fase di collera, un momento di risentimento e rabbia di fronte all'ammissione dell'esistenza della malattia. Si cerca una risposta alla domanda: "perché proprio a me?", guardandosi intorno senza trovare una ragione. Condividere la propria esperienza permette di gestire lo stato di incertezza e il vuoto di senso legato alla condizione destrutturante di neoplasia.

Non sono rari i casi in cui la comunicazione di malattia oncologica comporta una totale perdita del senso di vita per cui ci si sente persi, soli e isolati nella propria condizione umana. Il senso di minaccia si estende anche al significato complesso che si è dato alla propria esistenza, tan-

to da assumere una connotazione negativa che diviene preponderante. Diviene, pertanto, doveroso aiutare il paziente a ritrovare il significato perduto della propria esistenza e costruirne uno nuovo con le abilità e le risorse che sono state funzionali nel far fronte alle difficoltà nel proprio percorso di vita.

La dottoressa Samantha Serpentine, psicologa e referente per l'attività di Breast Unit dell'Istituto Oncologico Veneto, considera la narrazione uno strumento prezioso per condividere e raccontare la propria storia di malattia.

Tale strumento permette di: imparare a conoscersi meglio, individuare nuove strategie per affrontare le difficoltà del cancro, rapportarsi nuovamente con sé stessi, riappropriarsi della propria dimensione fisica, psichica e spirituale-esistenziale e, infine, imparare a dare un senso

alla sofferenza per delineare nuove opportunità di vita. Oltre alla narrazione mediata dal linguaggio verbale e para-verbale, hanno un'importanza significativa anche i percorsi terapeutici in cui è impegnata la scrittura che facilita la rivelazione di sé e delle fragilità che emergono con più difficoltà (Serpentini, 2021).

Con l'ausilio di un diario di bordo e l'espressione di sé attraverso aforismi e frasi di canzoni, è stato possibile entrare in relazione profonda con la Flavia più difesa.

Ascoltare una canzone o leggere una frase e riconoscersi è come ricevere una carezza o guardarsi dentro uno specchio. Riportare quanto più è significativo in un diario significa legittimarsi uno spazio per esprimere i propri stati d'animo ed elaborarli secondo il proprio tempo.

Si riportano di seguito piccoli frammenti e materiale su cui si è lavorato nel corso degli incontri con la paziente:

"E sognò la libertà e sognò di andare via"

(*"La casa in riva al mare"*, Lucio Dalla)

Flavia riporta nel suo diario di bordo la frase di una canzone. Il periodo corrispondente è quello dei primi incontri in cui si toccava la tematica del lutto non risolto e della sua difficoltà a svincolarsi dal sistema familiare del coniuge, paralizzato nella mancata elaborazione della perdita di uno dei suoi membri.

La paziente scrive di sogni e libertà e questo fa comprendere quanto le sia sembrata distante la possibilità di allontanarsi da una situazione tanto opprimente. Flavia comunica il suo bisogno di autodeterminarsi ed essere in condizione di pensare, agire e scegliere liberamente in che modo condurre la sua vita. La canzone rappresenta un punto di partenza, uno stimolo ad esprimere le sue emozioni, *prendendo in prestito delle frasi* per trovare i propri significati nascosti.

"Non ho paura di bruciarmi ma ho paura di non riuscire più a sentire che brucia"

(Flavia)

Flavia non si sente protagonista della sua vita, ma sopravvive in un'esistenza che poco la riguarda. Vive per consolare i suoceri per la perdita del defunto marito che, prima di essere suo, appartiene agli altri; è a continuo supporto dei genitori con i loro "acciacchi" e accudisce appieno sua figlia Clara, ragione di vita e la cui disabilità rappresenta il problema e la stessa soluzione poiché quotidiano stimolo ad andare avanti.

Leggere e analizzare questa frase, da lei elaborata, è un momento di forte impatto emotivo. La donna ha affrontato così tante sfide che non teme più il peggio (*"...pensavo non mi sarebbe più accaduto nulla di così terribile, mi sentivo esonerata nel vivere altri eventi spiacevoli nella mia vita, eppure è arrivato il cancro..."*), tuttavia custodisce dentro di sé la paura di "non sentirsi" e perdersi nell'altro senza più distinguere cosa le appartiene.

"La vita è quello che ti succede mentre sei impegnato a fare altri progetti"

(Aforisma)

La paziente afferma di vedere finalmente la sua vita *muoversi* e scorrere e di volerla assaporare in ogni momento. Con questo aforisma si avvia una riflessione condivisa su quanto sia importante prendere le cose per quelle che sono, anche se non corrispondono appieno alle nostre aspettative. Abbandonare le aspettative non è un atteggiamento pessimistico, non c'è nulla da aspettarsi poiché non c'è nulla al di fuori del momento attuale che bisogna vivere in pienezza. Flavia si mostra più presente e manifesta una grande apertura nel vedere quello che succede. Il suo progetto di vita è la vita stessa.

"Questo penso spesso è l'inizio di tutto, questo penso spesso è la fine di tutto"

(*"Bella storia"*, Fedez)

La donna attiva un flusso di pensieri che contem-



pla l'inizio e la fine di tutto. Se, da un lato, c'è tanta voglia di ricominciare, dall'altro vi è sempre la paura della fine. È difficile non pensare alla morte di fronte ad una condizione di malattia e Flavia inizia a considerarla da molto prima della diagnosi di cancro. Nonostante l'aver vissuto la "fine di tutto" si sente pronta ad un nuovo inizio.

"Un altro sole quando viene sera sta colorando l'anima mia. Potrebbe essere di chi spera ma nel mio cuore è solo mio"

(*"Così celeste"*, Zuccherò)

Dopo un intenso lavoro su di sé, Flavia inizia a ritagliarsi maggiori spazi personali e a riappropriarsi di ciò che le appartiene. Nonostante le innumerevoli "sere" che hanno contrassegnato la sua vita, la donna riesce a colorarsi ancora di altri "soli", attivando una rinascita a seguito dei momenti di buio.

Malgrado il significato originale attribuito alla canzone sia prettamente di tipo spirituale o ispirato all'amore verso un'altra persona, Flavia utilizza le parole di questa strofa per valorizzare la sua speranza e la fiducia riposta nell'avvenire.

La paziente si mostra più focalizzata su di sé e si "appropria della speranza" quale risorsa interiore e non un'aspettativa verso entità esterne. L'amore della donna è un profondo sentimento per se stessa e un sole trapela all'alba di un nuovo mattino.

"Non è sbagliato scomparire un attimo dal mondo per provare ad aggiustare il tuo mondo"

(Aforisma)

Flavia sta ricostruendo il suo mondo e si legittima questa opportunità. Sviscerare l'aforisma nei suoi significati lascia spazio a tante riflessioni. A fronte degli eventi traumatici dell'incidente, della perdita di Carlo e della disabilità di Clara, la donna ha cercato di rispondere, in parte riuscendoci e in parte rimanendo bloccata in certe non azioni. Flavia sa cos'è la morte, l'invalidità fisica e la

menomazione del proprio corpo; sa cosa significa vivere con una disabilità o in corpo soggetto a mutamenti fisici e la malattia rappresenta per lei il momento di reagire: al termine di ogni ciclo di chemio si compra un vestito, accetta le sue nuove forme e valorizza il viso con trucco e accessori. Di fronte ad un'immagine diversa di sé, si dà un nuovo aspetto, di fronte all'ennesimo rischio di morte, vive.

"Se ti potessi dire quante volte ho pianto per capire, quante volte sono stato sul punto di lasciarmi andare. Vivere per amare, vivere per sognare, vivere per rischiare"

(*"Se ti potessi dire"*, Vasco Rossi).

La lettura di questa strofa è di apertura ad un incontro in cui si tirano le somme di un percorso tanto doloroso quanto di riscoperta. La cura della malattia risulta essere una fase di vita molto delicata, sia per i risvolti psicologici che per i cambiamenti e le reazioni corporee subite. Curare la vita e vivere dopo la cura segnano un processo in cui amare, sognare e non aver paura di rischiare acquisiscono un valore del tutto nuovo e prioritario.

"Lei che arriva dritta al cuore sa già come prendermi per non sorprendermi più. La vita che non torna più se non sei più tu a viverla, è come piace a te vivila senza più paure"

(*"Tutto può succedere"*, Negramaro)

Si tratta di una fase ormai avviata del percorso di cura e del prosieguo degli incontri di sostegno psicologico. Significativi sono sia la strofa riportata, che il titolo della canzone da cui è estratta. Flavia finalmente parla di vita accettandone le imprevedibilità. Una vita che coinvolge e incuriosisce e non prende alla sprovvista per travolgere. La donna non è più disposta a sopravvivere tra le sue paure e, con estrema positività, accetta tutto quello che può succedere.

Al termine dei trattamenti medici ospedalieri, con i progressi fatti e sfruttando questa sua capacità di esprimersi attraverso la scrittura,

si invita Flavia a mettere per iscritto *ciò che si prende dalla malattia e cosa lascia*, stimolandola a “fare il punto” in vista dell’ultimo incontro. Sorprendentemente la paziente, sempre puntuale e collaborativa, in tale occasione arriverà impreparata. Incoraggiata a parlare di quanto non scritto, la risposta darà prova tangibile della sua evoluzione:

«...Ho deciso di non scrivere nulla sulla mia malattia, non la voglio ringraziare. Non è grazie al cancro ma è grazie a me stessa. Da questa esperienza prendo, prendo tanto ma prendo soltanto, alla malattia non le lascio proprio niente. Per la prima volta nella mia vita voglio ricevere senza dover dare nulla in cambio...».

Flavia ha, così, avviato la sua crescita post-traumatica e questo ha determinato un momento di svolta, nel percorso di cura e nel suo percorso di vita. Con la sua malattia ha imparato a difendere la fragilità della sua forza e la forza della sua fragilità.

LA CRESCITA POST TRAUMATICA DI FLAVIA

Terminato un periodo tanto complesso, è importante che ognuno abbia la possibilità di riappropriarsi della propria vita e di trovare un nuovo equilibrio emotivo.

Con l’avanzare degli incontri, la paziente riporta cambiamenti positivi a livello personale e sociale.

Calhoun e Tedeschi (2004) indicano che, in seguito alla lotta intrapresa verso l’innovazione di sé, la crescita post-traumatica è caratterizzata da cinque componenti:

1. Cambiamento nei comportamenti a livello interpersonale;
2. Cambiamenti negli scopi di vita e apertura

verso nuove esperienze con maggiore consapevolezza nelle proprie scelte;

3. Cambiamento nella percezione della propria identità, maggiore affidamento su di sé nell’affrontare gli ostacoli della vita e migliore accettazione delle circostanze sfavorevoli;
4. Cambiamento nella spiritualità;
5. Cambiamento nella visione della vita e del mondo, correlato alla sensazione di essere fortunati e desiderio di vivere più pienamente ogni singolo giorno, cambiando le priorità e riconoscendo nuovi valori.

I risultati ottenuti dalla somministrazione del *Posttraumatic Growth Inventory*² alla paziente, evidenziano una significativa crescita post-traumatica nel periodo corrispondente al termine dei trattamenti medici.

È stato, altresì, possibile esplorare le diverse aree teorizzate dagli autori (*Fattore I* – relazioni interpersonali; *Fattore II* – apertura verso nuove possibilità; *Fattore III* – forza personale; *Fattore IV* – spiritualità; *Fattore V* – apprezzamento della vita). Ad eccezione del fattore legato alla religione, non considerato dalla paziente determinante nel suo percorso evolutivo, si riscontra una rappresentativa maturazione a seguito dell’evento traumatico di neoplasia.

Calhoun e Tedeschi (2004) evidenziano, inoltre, che tra i tratti della personalità di una persona, due in particolare hanno un effetto positivo nell’affrontare un trauma: l’essere estroversi e l’essere aperti verso nuove esperienze, nonché condizioni che migliorano lo stato emotivo. L’ottimismo ritrovato aiuta la persona a focalizzare l’attenzione sulle cose più importanti e a concentrare gli sforzi nel sostenere la fase successiva al trauma.

² La somministrazione del questionario non è stata effettuata ai fini di una ricerca scientifica ma per finalità meramente cliniche e a completamento dei colloqui condotti con la paziente.



Oltre alle caratteristiche personali, il supporto e l'empatia degli altri, compreso il professionista nella relazione d'aiuto, permettono di tollerare e ridurre il distress per raccontare l'evento traumatico accaduto e il cambiamento che sta avvenendo. Condividere le proprie esperienze, dunque, offre l'opportunità di attribuire nuovi significati agli eventi e alle emozioni provate, favorendo l'avvio del processo di ricostruzione e di crescita.

Ad oggi, Flavia ha terminato il suo percorso di cure presso il presidio ospedaliero e prosegue nel suo percorso di vita. Ha da poco cominciato il corso di operatore oncologico e volontario di Breast Unit decidendo, così, di mettere a disposizione la sua esperienza e farne una grande risorsa per se stessa e per gli altri. Tornare in ospedale alla "fine di tutto", non più per la cura ma per amore per la vita, ha delineato l'"inizio di tutto".

La vita di Flavia, dopo una serie di accadimenti dolorosi, compresa la malattia oncologica, è in continua evoluzione e innovazione verso ciò che ancora di bello può accadere!

CONCLUSIONI

La malattia non deve necessariamente essere valutata da un punto di vista negativo, talvolta può essere un momento importante nella vita di una persona, un periodo in cui si possono trovare vie nuove e meno distruttive e anche un periodo di crescita personale. Se la malattia serve ad una nuova esperienza emotiva, dopo la sofferenza la persona si sentirà un'altra, più vera e genuina.

Il cancro per Flavia ha rappresentato un evento catartico che le ha permesso di ripercorrere e rivivere le esperienze che hanno segnato la sua vita.

Daniel Stern (2005) parla di *contesto presente del ricordo*, sottolineando che, come il passato deve essere ricondotto al presente, anche l'esperien-

za presente deve essere in grado di modificare il passato, mitigando la sua influenza, selezionando quali aspetti avranno un peso maggiore o semplicemente trasformandolo. Il "vecchio passato" verrà, quindi, messo da parte mentre il "nuovo passato" sarà pronto per agire sul futuro. Il momento presente è, dunque, il terreno di incontro tra passato e presente.

L'idea di riscrivere il passato nel momento presente è strettamente connessa al pensiero di Andolfi di ripercorrere e ricostruire la storia di sviluppo per attribuire nuovi significati relazionali agli eventi passati e attuali. Ripercorrere e riscrivere il passato, dando una nuova connotazione al presente, ha avviato la crescita post-traumatica di questa donna.

Un studio italiano, esposto al XIV Congresso Nazionale della Società di Psico-Oncologia (SIPO), ha messo in luce la presenza di crescita post-traumatica nelle pazienti con cancro al seno, evidenziando come tale processo aumenti con il passare del tempo dalla diagnosi (Romeo et al., 2015).

I risultati ottenuti in letteratura, dunque, lasciano auspicare che l'esperienza traumatica possa concretamente avere il risvolto positivo di crescita psicologica.

Concludendo e riportando le parole di Ippocrate: "È più importante sapere che tipo di persona ha la malattia, che sapere che tipo di malattia ha la persona".

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., Falcucci M., Mascellani A., Santona A., Sciamplacioti F. (2007). *Il bambino come risorsa nella terapia familiare*, A.P.F., Roma.
- Andolfi M., D'Elia A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Andolfi M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta*. Raffaello Cortina Editore.

- Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2004). *The foundations of posttraumatic growth: new considerations*, Psychological Inquiry, 15 (1): 93 – 102.
- Romeo A., Di Tella M., Ghiggia A., Tesio V., Lavecchia G., Monoli F., Castelli L., Torta R. *La crescita post-traumatica in pazienti con cancro alla mammella*. Poster presentato al XIV Congresso SIPO Nazionale, (19-21 Novembre 2015), Torino.
- Stern D. N. (2005). *Il momento presente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Serpentine S. (2021). *La narrazione della malattia oncologica. Delineare nuove opportunità di vita*. Dalla traduzione del podcast dell'8/11/2021-Medicina e salute.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), *Posttraumatic growth: a new perspective on psychotraumatology*, Psychiatric Times, 21 (4).
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), *Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*, Psychological Inquiry, 15: 1 – 18.

SITOGRAFIA

- <http://psicologodicomo.it/index.php/2015/11/24/crescita-post-traumatica/>
- <https://www.careinnovations.org/wp-content/uploads/Post-Traumatic-Growth-Inventory.pdf>
- https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1609157/255079/Poster%20SIPO_2015_Romeo.pdf
- https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1609157/255077/Abstract%20SIPO_Romeo.pdf





PSICOLOGIA DELLE FAKE NEWS

ANALISI DEI FATTORI COGNITIVI, EMOTIVI E DI PERSONALITÀ CORRELATI AL DISCERNMENT.

Angela Cesarano
Dottoranda in Psicologia

RIASSUNTO

Le fake news non sono un fenomeno nuovo in letteratura, tuttavia l'argomento è emerso solo di recente, entrando di diritto nella categoria della disinformazione (Allcott e Gentzkow, 2017). La diffusione di tali notizie sta facendo crescere tra i giovani una cultura del sospetto e dell'incertezza, esercitando un'influenza negativa sul loro benessere, e alimentando ansia e sfiducia in se stessi (Newman, Fletcher, Kalogeropoulos, Levy e Nielsen, 2016).

Analizzando i fattori di suscettibilità che producono una maggiore vulnerabilità degli utenti dinanzi alle notizie di stampo *fake*, si è potuto

notare come determinate variabili possano incidere sulla loro credibilità: uno stile di pensiero più intuitivo, l'impatto emotivo della paura alla notizia e uno stile di personalità tendente al versante psicotico sembrerebbero correlati ad un basso indice di *discernment* e ad una maggiore propensione ad attribuire del vero a notizie false.

PAROLE CHIAVE

Fake news - *discernment* - *fake accuracy* - credibilità.

INTRODUZIONE

L'utilizzo frequente e massiccio dei grandi media ci espone ogni giorno ad un quantitativo di informazioni impressionante e molto spesso capita di



ascoltare e farsi coinvolgere dagli avvenimenti che vengono raccontati. Ma davanti a queste notizie, quanti di noi si fermano a pensare se ciò che si legge o ascolta sia vero?

Si sa che le cosiddette fake news si diffondono velocemente e più ampiamente rispetto alle notizie vere (Vosoughi, Roy e Aral, 2018), eppure la credibilità degli utenti ne rimane facilmente minata.

È vero che la ripetizione di informazioni permette di lavorare con maggiore facilità rispetto a ciò che si farebbe con informazioni totalmente nuove: l'effetto verità illusoria porterebbe le persone a credere che la conclusione ripetuta sia più veritiera (Pennycook, Cannon e Rand, 2018).

Inoltre, le persone sono influenzate socialmente attraverso un processo di confronto che non si

concentra sui contenuti, ma che si limita a comparare le reazioni degli altri con le proprie, portando ad un uniformarsi alla maggioranza (Levine e Prislín, 2013).

A questo, si possono sommare uno stile di pensiero più intuitivo, che riduce lo sforzo cognitivo dinanzi all'analisi delle informazioni (Kahneman, 2011), e la presenza di alcuni bias cognitivi che potrebbero incidere sulla discriminazione tra notizie reali e *fake*: confirmation bias (Nickerson, 1998), persistenza della credenza (Ross e Anderson, 1982), ignoranza pluralistica (Taylor, 1982), effetto Dunning-Kruger (Kruger e Dunning, 1999), alcuni di questi.

Per poter testare la presenza di una possibile associazione tra il discernimento delle fake news e la credibilità degli utenti alle stesse, è stato condotto uno studio sperimentale dal gruppo



di ricerca della cattedra di Psicologia clinica del Dipartimento For.Psi.Com., presso l'Università degli studi di Bari-Aldo Moro, che ha visto anche la collaborazione dell'Università degli studi di Milano-Bicocca.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio ha cercato di stabilire se esistesse una relazione tra la credibilità degli utenti alle fake news (e la loro successiva condivisione) e determinati fattori di vulnerabilità: il ricorso all'intuitività, l'impatto emotivo delle notizie, la tendenza alla chiusura mentale, la paura di rimanere disconnessi e la presenza di alcuni tratti di personalità.

L'attenzione della ricerca si è focalizzata sull'evidenziare quali variabili tra le suddette incidessero sull'indice di discernimento (*discernment*), teorizzato da Pennycook e Rand (2019), ovvero la capacità degli individui di valutare come vere le notizie reali e come false quelle *fake*, e verificare quanto l'attribuzione di verità alle notizie false (*fake accuracy*) risultasse valida o falsata.

In questo modo, analizzando ciò che potrebbe influenzare la scelta e la condivisione da parte degli utenti, si potrebbe cercare di arginare il fenomeno delle notizie *fake*.

PARTECIPANTI

I partecipanti alla ricerca sono stati reclutati attraverso un campionamento ad hoc non probabilistico: ogni somministratore ha provveduto a condividere la ricerca con i propri conoscenti e questi ultimi, a loro volta, con i propri contatti. Sono state considerate solo le risposte dei partecipanti che hanno completato l'intero protocollo somministrato, eliminando così tutti quei casi in cui lo stesso risultava completato in parte o con risposte falsate.

Il campione, pertanto, era composto da 502 persone, di età compresa tra i 16 e i 67 anni ($m =$

$30,77$; $ds = 11,89$), diviso in 126 uomini e 374 donne.

Al fine di poter inquadrare meglio i partecipanti, sono stati registrati anche il livello di scolarizzazione e l'orientamento politico.

MATERIALI E METODI DELLA RICERCA

I partecipanti hanno risposto agli item del protocollo, tramite la piattaforma Qualtrics, attraverso l'utilizzo dei propri dispositivi mobili e di una connessione Internet.

Nella prima parte del protocollo erano presenti una sezione di anagrafica – per identificare meglio i soggetti del campione e capire il loro utilizzo dei social network – e una di presentazione di 20 immagini, 10 vere e 10 false, seguite da domande circa l'accuratezza percepita della notizia, la sua eventuale condivisione e le emozioni suscitate dalla notizia stessa.

Ogni immagine è stata selezionata cercando di mantenere un aspetto di neutralità circa possibili orientamenti politici o determinati argomenti considerati ostici (Pennycook e Rand, 2018); inoltre, sono state collocate all'interno del protocollo in maniera casuale, utilizzando un generatore di numeri online, così che ad ogni partecipante l'ordine appariva diverso (la randomizzazione del blocco era fondamentale per evitare la presenza di eventuali bias).

Nella seconda parte del protocollo, invece, era presente una batteria di test validati e riconosciuti in letteratura, scelti per studiare le variabili prese in esame:

- *Cognitive Reflection Test*, CRT a 7 item (Frederick, 2005; Thomson e Oppenheimer, 2016);
- *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS (Gratz e Roemer, 2004; Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, e Sica, 2010);
- *Need For Closure scale*, NFCs, a 15 item (Roets e Van Hiel, 2011);
- *Fear of Missing Out scale*, FoMO (Przybylski,

Murayama, DeHaan e Gladwell, 2013; Casale e Fioravanti, 2020);

- *The Personality Inventory for Dsm-5*, PID-5 (American Psychiatric Association, 2013; Fossati, Krueger, Markon, Borroni e Maffei, 2013): nello specifico, nel protocollo è stata utilizzata una versione modificata, selezionando solo le dimensioni di: ansia, convinzioni ed esperienze inusuali, depressione, disregolazione percettiva, distraibilità, eccentricità, grandiosità, impulsività, ostilità e sospettosità; così facendo, la versione costava di 94 item.

Una volta concluso il protocollo, ad ogni partecipante era restituita una schermata di fine compilazione, nella quale venivano ringraziati per il loro contributo.

ANALISI STATISTICHE CONDOTTE
È stata utilizzata l'α di Cronbach per misurare l'attendibilità dei test, ovvero per verificare la riproducibilità nel tempo, a parità di condizioni, dei risultati da essi forniti.

Per gli strumenti che contengono delle sottoscale è stata misurata la validità di ognuna di esse. Discorso analogo per il PID-5, data la selezione di alcune dimensioni: per poter stabilire se lo strumento fosse affidabile nonostante l'esclusione di alcuni item, si è osservata la relazione tra le **α di Cronbach** delle singole dimensioni utilizzate e il numero di item contenuto in ogni *facet* (Tab. 1).

Test	Sottoscale	α di Cronbach	α di Cronbach su item standardizzati	N item
DERS	Non acceptance	.90	.90	6
	Goals	.85	.85	5
	Impulse	.86	.86	6
	Awareness	.80	.81	6
	Strategies	.89	.89	8
	Clarity	.84	.84	5
NFC		.79	.79	15
FoMO	Fear of missing out	.88	.88	4
	Need for control	.76	.76	6
PID-5	Anxiety	.88	.88	9
	Unusual beliefs	.82	.82	8
	Depressivity	.92	.93	14
	Perceptual dysregulation	.86	.86	12
	Distractibility	.88	.88	9
	Eccentricity	.93	.93	13
	Grandiosity	.81	.82	6
	Impulsivity	.87	.87	6
	Hostility	.85	.85	10
	Suspiciousness	.72	.74	7

Tabella 1 - α di Cronbach dei test utilizzati

Dopo aver constatato l'affidabilità degli strumenti utilizzati, è stato possibile concentrarsi sui risultati.

A tal proposito, per studiare la presenza di una possibile relazione tra le variabili è stato utilizzato il coefficiente r di Pearson. Si è proceduto



con delle analisi della varianza (ANOVA) per testare le differenze tra varianze tra gruppi diversi, data la presenza di diverse variabili incrociate con gli indici principalmente misurati (l'indice di discernimento e l'accuratezza del falso). Dove necessario, sono stati utilizzati dei controlli *post-hoc*, attraverso il test di correzione di Bonferroni. Infine, sono state condotte delle analisi di regressione per cercare di spiegare l'influenza delle singole variabili oggetto d'esame sugli indici evidenziati.

L'IMPORTANZA DEL LIVELLO DI SCOLARITÀ E DELL'ORIENTAMENTO POLITICO DEL CAMPIONE

Target privilegiato delle fake news sembrano essere le utenze con bassa scolarità, probabilmente perché maggiormente vulnerabili alla disinformazione (Agcom, 2018), non essendo in grado di

poter valutare se ciò che si ha di fronte sia vero o falso, spesso per mancanza di competenze specifiche sull'argomento e per conseguente o collegata incapacità di cercare fonti a supporto nei canali più idonei.

Strettamente collegato alle emozioni scaturite dalla lettura delle notizie, poi, l'impatto delle notizie di stampo politico sul lettore, per la forte attrazione generata nel pubblico (Pennycook e Rand, 2019).

Le fake news di stampo politico attirano facilmente l'attenzione del pubblico, che discute attivamente argomenti incoerenti con la propria ideologia politica mentre accetta passivamente argomenti che la supportano (Strickland, Taber e Lodge, 2011).

Nonostante l'utilizzo di notizie neutrali da un punto di vista politico, **è stato osservato anche il ruolo dell'orientamento politico dei soggetti.**

I dati dei soggetti raggruppati in due gruppi per le variabili di *discernment* e *fake accuracy* sono stati analizzati attraverso il test di Levene, per verificare l'omogeneità delle due varianze. Successivamente, con l'analisi della varianza (ANOVA), **è stato** verificato se fossero presenti differenze significative tra i dati.

In merito alla scolarizzazione, solo quando si utilizza il *discernment* come variabile dipendente si evidenziano delle differenze significative ($F = 2,531$; sig. = .020), al contrario di quando si utilizza come variabile dipendente la *fake accuracy* ($F = 1,537$; sig. = .164). Tramite le analisi di *post-hoc* con il test di correzione Bonferroni si è sottolineato come i soggetti con licenza media inferiore tendano ad avere un *discernment* più basso rispetto a soggetti con licenza media superiore (sig. = .209), laurea triennale (sig. = .018), laurea magistrale (sig. = .026) e specializzazione (sig. = .044); con altri titoli di studio (master e dottorato) non sono presenti differenze significative probabilmente per la scarsa numerosità di soggetti nel campione analizzato.

Per quanto riguarda l'orientamento politico, invece, sono state evidenziate differenze significative con il *discernment* ($F = 13,097$; sig. = $p < 0.001$) e con la *fake accuracy* ($F = 9,567$; sig. = $p < 0.001$). Le analisi successive di *post-hoc* hanno sottolineato come i soggetti con orientamento politico di sinistra/centrosinistra abbiano punteggi più alti di *discernment* rispetto ai soggetti con orientamento di destra/centrodestra (sig. = .003), M5S (sig. = .001) e anche rispetto a coloro che non si interessano di politica (sig. = $p < 0.001$).

RICORSO ALL'IMPULSIVITÀ

Lo stile di risposta e di pensiero risulta fondamentale se lo si collega al *discernment*.

Si sottolinea come l'indice di discernimento correli positivamente con i risultati ottenuti nel CRT ($r = .245$; sig. = $p < 0.001$) e negativamente con la *fake accuracy* ($r = -.277$; sig. = $p < 0.001$).

Dai risultati ottenuti dal CRT è stato possibile osservare, inoltre, la contrapposizione tra i due stili di pensiero teorizzati da Pennycook e Rand (2019), stile intuitivo e stile deliberativo.

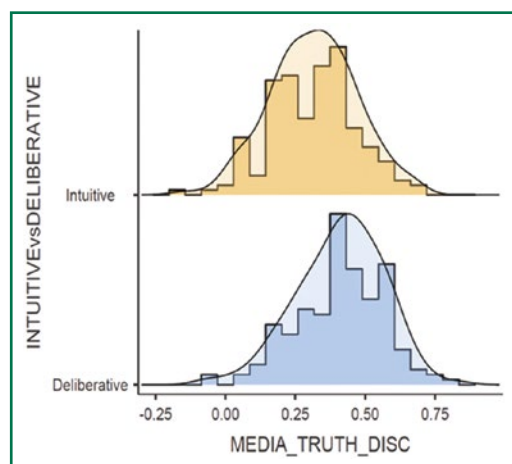


Figura 1 - Distribuzione dei punteggi medi di discernimento in relazione agli stili di pensiero

Guardando la distribuzione dei punteggi medi di discernimento della verità in funzione delle prestazioni al CRT (Fig. 1), si devono tenere in considerazione il primo quartile e l'ultimo, laddove rispettivamente ad uno stile intuitivo corrispondono punteggi di 0 - 1 - 2 al test, mentre ad uno stile deliberativo punteggi di 5 - 6 - 7. Si può notare come i punteggi dei soggetti con stile deliberativo risultino spostati a destra e siano in media più alti; si deduce che il CRT conti nel discernimento delle notizie presentate.

IMPATTO EMOTIVO DELLE NEWS

Il *discernment* è stato confrontato con le risposte dei soggetti alle domande poste all'interno della prima sezione del protocollo in merito alle emozioni suscitate dalla presentazione di notizie.



Si è osservata, in particolare, una correlazione negativa tra *discernment* e l'emozione della paura ($r = -.236$), e con le emozioni positive ($r = -.173$).

Le stesse emozioni correlavano positivamente con la *fake accuracy* ($r = .485$ per la paura; $r = .200$ per le emozioni positive). Non si osserva alcuna relazione significativa con l'emozione della rabbia.

Correlando le stesse emozioni con i risultati al test CRT si osserva una relazione significativa solo con l'emozione della paura ($r = -.134$; sig. = $p < 0.05$).

INDICE DI DISCERNIMENTO E TRATTI DI PERSONALITÀ

È stato possibile osservare relazioni significative tra il *discernment* e alcune dimensioni di personalità: convinzioni ed espressioni inusuali, disregolazione percettiva, grandiosità, impulsività e sospettosità (sig. = $p < 0.001$). Le stesse dimensioni presentavano una relazione significativa anche con la *fake accuracy* (sig. = $p < 0.001$).

Relativamente agli altri tratti studiati, non si sono evidenziate relazioni significative.

Inoltre, i soggetti con convinzioni ed espressioni inusuali, disregolazione percettiva e impulsività presentavano una relazione significativa con i punteggi ottenuti nel test CRT: rispettivamente $r = -.264$, $r = -.200$ e $r = -.209$ (sig. = $p < 0.001$).

ANALISI DELLA REGRESSIONE

Lo studio dei dati è stato ultimato con l'analisi della regressione, con lo scopo di verificare l'esistenza di una possibile relazione tra una variabile dipendente e una (o più) variabili indipendenti.

La prima analisi di regressione ha visto come variabile dipendente il *discernment*, e come predittori i punteggi totali al CRT, l'emozione della paura, l'aver letto notizie vere e false, l'orientamento politico e alcuni tratti di personalità (impulsività, ansia, convinzioni ed espressioni inusuali e sospettosità).

Modello	R	R ² corretto	Stima dell'errore standard	Statistiche del cambiamento	
				F di cambiamento	Sig. F di cambiamento
Punteggi totali CRT	0,246	0,059	0,15444	30,905	0,000
Emozione di paura	0,325	0,102	0,15085	24,156	0,000
Lettura di notizie vere	0,398	0,153	0,14651	29,761	0,000
Lettura di notizie fake	0,429	0,177	0,14442	14,992	0,000
Impulsività	0,450	0,194	0,14292	11,028	0,001
Ansia	0,473	0,214	0,14115	13,030	0,000
Convinzione ed espressione inusuale	0,489	0,228	0,13983	10,019	0,002
Orientamento politico	0,504	0,241	0,13866	9,031	0,003
Sospettosità	0,511	0,247	0,13812	4,667	0,031

Tabella 2 - Analisi di regressione per la variabile dipendente del *discernment*

I punteggi al CRT spiegano il 5,9% della varianza totale, la paura il 4,3% in più, l'aver letto notizie vere il 5,1%, l'aver letto fake news il 2,4%, il tratto di impulsività l'1,7%, il tratto di ansia il 2%, il tratto di convinzioni ed espressioni inusuali l'1,4%, l'orientamento politico dei soggetti l'1,3% e infine il tratto di sospettosità lo 0,6%.

Il modello finale spiega il 25% circa della varianza ed è significativo ($F = 0,031$). Nella seconda analisi di regressione, invece, **è stata utilizzata come** variabile dipendente la *fake accuracy* (Tab. 3):

Modello	R	R ² corretto	Stima dell'errore standard	Statistiche del cambiamento	
				F di cambiamento	Sig. F di cambiamento
Emozione di paura	0,483	0,232	0,5205	148,344	0,000
Punteggi totali al CRT	0,527	0,275	0,5055	30,376	0,000
Convinzione ed espressione inusuale	0,547	0,295	0,4986	14,635	0,000
Depressività	0,558	0,305	0,4949	8,201	0,004
Orientamento politico	0,565	0,312	0,4926	5,614	0,018
Emozioni positive	0,570	0,317	0,4908	4,488	0,035
Sospettosità	0,575	0,321	0,4893	4,070	0,044

Tabella 3 - Analisi di regressione per la variabile dipendente *fake accuracy*

Si può notare come l'emozione di paura spiega il 23,2% della varianza totale, seguita dai punteggi dei soggetti al CRT (4,3%), dal tratto di convinzioni ed espressioni inusuali (2%), dal tratto di depressione (1%), dall'orientamento politico dei soggetti (0,7%), dalle emozioni positive (0,5%) e infine dal tratto di sospettosità (0,4%). Il modello finale spiega il 32% circa della varianza e risulta significativo ($F = 0,044$).

INDICE DI DISCERNIMENTO E CREDIBILITÀ DEGLI UTENTI

Il punto di partenza della ricerca è stata l'idea che

esistessero delle variabili che influenzassero il processo di discriminazione delle notizie *fake* da parte degli utenti.

L'idea che i processi euristici possano influire sul *discernment* è nuova in letteratura: la presenza di due modelli di pensiero (Evans e Stanovich, 2013) influenza enormemente l'impegno del soggetto e la qualità e quantità di risorse cognitive impiegate. L'utilizzo di un pensiero più intuitivo, anche se veloce e meno dispendioso, può essere però fonte di errori. Se il problema non è particolarmente importante, in genere si tende ad ignorare

la dissonanza cognitiva generata da informazioni discordanti e si tende ad accettare ciò che dicono le precedenti convinzioni (Nickerson, 1998): da qui, la propensione a credere alle informazioni presentate, basandosi su una sensazione impulsiva. L'utilizzo del CRT per testare i processi euristici dei soggetti dinanzi a dei trabocchetti ha svelato una maggiore predilezione per uno stile più intuitivo, a discapito di uno stile più deliberativo. Tuttavia, tale stile risulta essere indicatore di una minore discriminazione delle notizie e di una maggiore attribuzione di verità a notizie *fake* (Pennycook e Rand, 2019).



Un ulteriore punto di forza delle fake news è dato dal loro impatto emotivo, con il quale attirano i soggetti, e utilizzare notizie sconvolgenti o fortemente emotive risulta essere la strategia migliore, data l'elevata condivisione di notizie che colpiscono la vulnerabilità dei soggetti (Tufekci, 2015).

L'emozione condiziona le preferenze delle persone, agendo anche ad esposizioni molto brevi – appena 1/250 di secondo (Slovic, Finucane, Peters e MacGregor, 2007). Se poi si considera il frequente utilizzo dei social network e l'abitudine degli utenti di scorrere rapidamente i *feed* dei social media, carichi di contenuti emotivamente provocatori, il discorso diventa più interessante, data la percezione subliminale delle emozioni durante lo scorrimento (Dehaene, 2014).

Tra lo spettro di emozioni esistenti sono state analizzate rabbia, paura e le emozioni positive. Una paura sufficientemente forte potrebbe portare all'accettazione del messaggio inducendo prima l'interesse per lo stesso e poi sollecitando una successiva ricerca della soluzione al problema presentato (Ray e Wilkie, 1970); bisogna, tuttavia, considerare che i livelli di paura non debbano comunque essere troppo alti, altrimenti si rischia la possibile elusione difensiva del messaggio, con l'intento di negare così la minaccia. Dalle analisi condotte, si è osservato come l'emozione di paura spieghi il 23,2% della varianza totale, ed è molto probabile che la paura generata nei partecipanti dinnanzi alle fake news li abbia indotti a crederci senza porre in dubbio il fatto che potessero effettivamente essere dei falsi.

Bisogna specificare però che i dati emersi potrebbero essere dipesi dal materiale utilizzato: le fake news utilizzate risultano, per lo più, di stampo complottista (8 su 10), pertanto è molto probabile che i soggetti che hanno creduto alle fake news più complottiste abbiano provato sentimenti di paura e paranoia, mentre coloro che

hanno creduto alle fake news più "piacevoli" abbiano provato dei sentimenti più positivi. Da qui, la presenza di relazione significativa anche con le emozioni positive.

Non si osserva una relazione significativa con l'emozione della rabbia e questo risultato è alquanto inaspettato ma al tempo stesso anche molto logico. L'emozione della rabbia è molto forte, porta ad un evidente stato di attivazione e l'idea era che le fake news potessero irritare il lettore, data la promozione di un ragionamento motivato parziale e intuitivo (MacKuen, Wolak, Keele e Marcus, 2010); l'errore, tuttavia, è stato quello di non essere precisi nell'indagare tale emozione; la rabbia misurata, infatti, potrebbe essere letta con una duplice valenza: nel momento in cui i partecipanti riferivano di provare rabbia dinnanzi alla notizia letta, questa poteva essere spiegata come emozione provata dal fatto che la notizia fosse palesemente una bufala oppure dal contenuto stesso della notizia. Di conseguenza, dai risultati non si possono trarre inferenze su un'eventuale correlazione tra impatto emotivo della rabbia e la discriminazione e accuratezza delle fake news.

Ulteriori fattori considerati: la tendenza alla chiusura mentale, misurata con la scala NFC, e il bisogno di non perdersi alcuna esperienza online e il desiderio costante di rimanere connessi, attraverso la scala FoMO.

La presenza di un tratto di chiusura mentale porta i soggetti ad essere più fermi sulle proprie convinzioni, rientrando in un circolo vizioso simile a quello del confirmation bias. Esiste, inoltre, anche una relazione tra credenze nelle teorie cospirative e la necessità di una chiusura cognitiva (Leman e Cinnirella, 2013). Si ipotizzava che soggetti con tale caratteristica potessero essere più inclini a sbagliare nel discernimento tra notizie vere e false, proprio per via delle loro convinzioni e di credenze dettate anche dall'influenza altrui. Confrontando l'indice di



discernimento con i risultati dei partecipanti al test, però, non sono stati osservati risultati statisticamente rilevanti.

Alla stessa conclusione si è giunti confrontando i risultati dei partecipanti al FoMO con l'indice di discernimento: nessuna relazione statisticamente rilevante. Un costante bisogno di rimanere connessi espone i soggetti ad un'elevata mole di informazioni. Dinnanzi a tali informazioni, forte potrebbe essere l'influenza altrui nel determinare una presa di posizione dei soggetti, che per poter essere accettati dal gruppo accettano acriticamente l'informazione senza riflettervi secondo le giuste tempistiche.

Si ha la tendenza ad associarsi e a legarsi a chi mostra preferenze e credenze simili: si può sottolineare come per gli utenti polarizzati la frazione di amici con la stessa polarizzazione è molto alta e cresce con l'intensificarsi dell'attività informativa svolta nella propria comunità (AgCom, 2018).

Nonostante le ipotesi iniziali e i dati della letteratura, i dati ottenuti non permettono ulteriori riflessioni. Si può comunque riflettere su due aspetti: non solo l'utilizzo di un test molto valido come il CRT potrebbe aver "abbassato" la significatività dei restanti test, ma anche l'utilizzo di una versione ridotta del NFC potrebbe aver influito sui punteggi ottenuti.

Non potevano non essere considerati nell'analisi lo stile e le caratteristiche di personalità dei partecipanti; sono state osservate delle relazioni significative tra il *discernment* e alcune dimensioni: convinzioni ed espressioni inusuali, disregolazione percettiva, grandiosità, impulsività e sospettosità (sig. = $p < 0.001$). Il tratto di impulsività richiamerebbe il concetto già noto con il CRT, mentre le restanti dimensioni di personalità richiamerebbero la dimensione dello psicoticismo. La letteratura ha dimostrato come una certa continuità con i sintomi psicotici presentata da soggetti inclini a disturbi del pensiero potesse renderli maggiormente suscettibili dinnanzi alle



fake news (Van Os, Hanssen, Bijl e Ravelli, 2000; Rössler et al., 2015).

Questi individui avrebbero, infatti, anche maggiori probabilità di avallare teorie cospirative (Dagnall, Drinkwater, Parker, Denovan e Parton, 2015) e di dare valutazioni più assurde per la spiegazione di eventi ambigui (Zawadzki et al., 2012; Bronstein e Cannon, 2017), per cui sembrerebbe che la condivisione di idee e credenze deliranti possa essere associata ad una maggiore vulnerabilità a credere a idee non plausibili. In particolare, si può notare come i partecipanti con tratti di convinzioni ed espressioni inusuali, disregolazione percettiva e impulsività presentassero una relazione significativa con i punteggi ottenuti nel test CRT: i punteggi ottenuti in tale test risultano mediamente più bassi.

CONCLUSIONI

La ricerca si è posta l'obiettivo di comprendere quali potessero essere i fattori di suscettibilità che spingono gli individui a credere alle fake news.

Dai risultati registrati emerge che uno stile di pensiero euristico risulterebbe decisivo nel *discernment* dei soggetti, poiché è proprio uno stile più intuitivo, anche se più veloce, a risultare più propenso ad errori di attribuzione di verità a notizie false.

Inoltre, emerge il ruolo attivante della paura, nella discriminazione delle fake news: è risaputo come le fake news utilizzino il forte impatto emotivo per attirare il pubblico e tale ipotesi è stata confermata per tale emozione.

Degno di nota risulta anche l'analisi delle caratteristiche di personalità dei soggetti, che inciderebbero sul modo di pensare e di agire degli stessi: in particolare, uno stile di personalità tendente al versante psicotico sembrerebbe essere correlato ad un basso indice di *discernment* e ad

una maggiore propensione a valutare come vere le fake news.

La ricerca condotta ha ripreso quanto espresso in letteratura: le fake news attirano il pubblico attraverso notizie sorprendenti, fortemente attivamente e accattivanti – meglio ancora se analizzano temi politici. Mirano ad un target poco scolarizzato o generalmente poco informato e giocano sulla mancanza di informazioni e sull'impulso di credere a ciò che si vede/sente piuttosto che ricercare informazioni aggiuntive e verificarne le fonti.

Bisogna, tuttavia, specificare che i risultati registrati sono stati ottenuti da un campione numeroso e le caratteristiche psicometriche dei test utilizzati dimostrano che i soggetti hanno risposto in maniera coerente, nonostante la relativa lunghezza del protocollo (che, in media, ha richiesto 30 minuti di tempo circa) che avrebbe potuto generare stanchezza e distrazioni nella compilazione. Inoltre, l'utilizzo di fake news quasi interamente complottiste potrebbe aver influenzato i risultati, soprattutto in merito al ruolo della paura.

Sarebbe interessante approfondire il ruolo delle emozioni negative usando test *ad hoc* standardizzati e ampliare lo spettro di stili di personalità valutati per un assessment più comprensivo dei soggetti.

Credere alle fake news e condividere notizie false sono fenomeni dall'enorme ricaduta sociale che non risparmiano nessuno, a prescindere dalla cultura o dal livello di intelligenza.

Studiare approfonditamente le variabili psicologiche implicate in questi fenomeni potrebbe aiutare ad arginare il fenomeno, favorendo una maggiore consapevolezza nell'utente finale.

BIBLIOGRAFIA

- AgCom, A. (2018). News vs. Fake News nel sistema dell'informazione. *Interim Report. Indagine conoscitiva del*, 309, 16.

- Allcott, H., & Gentzkow, M. (2017). Social media and fake news in the 2016 election. *Journal of economic perspectives*, 31(2), 211-36.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bronstein, M. V., & Cannon, T. D. (2017). Bias against disconfirmatory evidence in a large nonclinical sample: Associations with schizotypy and delusional beliefs. *Journal of Experimental Psychopathology*, 8(1), 1-39.
- Casale, S., & Fioravanti, G. (2020). Factor structure and psychometric properties of the Italian version of the fear of missing out scale in emerging adults and adolescents. *Addictive behaviors*, 102, 106179.
- Dagnall, N., Drinkwater, K., Parker, A., Denovan, A., & Parton, M. (2015). Conspiracy theory and cognitive style: A worldview. *Frontiers in Psychology*, 6, 206.
- Dehaene, S. (2014). *Consciousness and the brain: Deciphering how the brain codes our thoughts*. Penguin.
- Evans, J. S. B., & Stanovich, K. E. (2013). Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate. *Perspectives on psychological science*, 8(3), 223-241.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Frederick, S. (2005). Cognitive reflection and decision making. *Journal of Economic Perspectives*, 19, 25-42.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of personality and social psychology*, 77(6), 1121.
- Leman, P. J., & Cinnirella, M. (2013). Beliefs in conspiracy theories and the need for cognitive closure. *Frontiers in psychology*, 4, 378.
- Levine, J. M., & Prislun, R. (2013). Majority and minority influence.
- MacKuen, M., Wolak, J., Keele, L., & Marcus, G. E. (2010). Civic engagements: Resolute partisanship or reflective deliberation. *American Journal of Political Science*, 54, 440-458.
- Newman, N., Fletcher, R., Kalogeropoulos, A., Levy, D. A., & Nielsen, R. K. (2016). Digital news report 2016. *Reuters Institute for the Study of Journalism*.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of general psychology*, 2(2), 175-220.
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2019). Lazy, not biased: Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. *Cognition*, 188, 39-50.
- Pennycook, G., Cannon, T. D., & Rand, D. G. (2018). Prior exposure increases perceived accuracy of fake news. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147, 1865-1880.
- Pennycook, G., De Neys, W., Evans, J. S. B., Stanovich, K. E., & Thompson, V. A. (2018). The mythical dual-process typology. *Trends in Cognitive Sciences*, 22(8), 667-668.
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841-1848.
- Ray, M. L., & Wilkie, W. L. (1970). Fear: The potential of an appeal neglected by marketing. *Journal of Marketing*, 34(1), 54-62.
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2011). Item selection and validation of a brief, 15-item version of the Need for Closure Scale. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 90-94.



- Ross, L., & Anderson, C. A. (1982). Shortcomings in the attribution process: On the origins and maintenance of erroneous social assessments.
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Rodgers, S., Müller, M., & Hengartner, M. P. (2015). Subclinical psychosis syndromes in the general population: Results from a large-scale epidemiological survey among residents of the canton of Zurich, Switzerland. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(1), 69–77.
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): the Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale*, 16(2), 141–170.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177, 1333–1352.
- Strickland, A. A., Taber, C. S., & Lodge, M. (2011). Motivated reasoning and public opinion. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(6), 89–122.
- Taylor, D. G. (1982). Pluralistic ignorance and the spiral of silence: A formal analysis. *Public Opinion Quarterly*, 46(3), 311–335.
- Thomson, K. S., & Oppenheimer, D. M. (2016). Investigating an alternate form of the cognitive reflection test. *Judgment and Decision making*, 11(1), 99.
- Tufekci, Z. (2015). Algorithmic harms beyond Facebook and Google: Emergent challenges of computational agency. *Colorado Technology Law Journal*, 13(2), 203–218.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1), 11–20.
- Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359, 1146–1151.
- Zawadzki, J. A., Woodward, T. S., Sokolowski, H. M., Boon, H. S., Wong, A. H. C., & Menon, M. (2012). Cognitive factors associated with subclinical delusional ideation in the general population. *Psychiatry Research*, 197(3), 345–349.





CURARSI DEI FENOMENI

UNA RECENSIONE A “LA COSCIENZA PAZIENTE. ESERCIZI PER UNA CURA FENOMENOLOGICA”¹

AUTORE Lorenzo Calvi

PUBBLICATO DA Giovanni Fioriti Editore

RECENSIONE A CURA DI Paolo Colavero, Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica

La Coscienza Paziente, terzo lavoro ad uscire in pochi anni dalla penna e dagli incontri clinici di Lorenzo Calvi, si apre con una magistrale introduzione clinica al testo di Gilberto Di Petta intitolata *Lorenzo Calvi: il canone fenomenologico della cura*.

Di Petta, allievo principe di Bruno Callieri e rappresentante di spicco della generazione che sta traghettando gli insegnamenti dei Maestri ai neofiti della psicopatologia, giovani psichiatri e, permettetemi di dire, finalmente giovani psicologi, dà prova nel suo scritto non solo della perfetta conoscenza dell'insegnamento di Calvi (che definisce, non senza un sorriso, come un *curante fenomenologo malgré soi*, p. 12) ma anche della

sua personale *fede* nel potenziale clinico-terapeutico insito nell'*atteggiamento*, nel *fare tecnico* e quindi negli strumenti della fenomenologia stessa. In un passo del suo saggio ammette: «Io appartengo a coloro che sostengono con forza le potenzialità terapeutiche dell'atteggiamento fenomenologico e pertanto introduco *La coscienza paziente* dove la psicopatologia fenomenologica di stretta osservanza husserliana si fa, questa volta *intenzionalmente*, strumento (psico) terapeutico» (p. 12).

Di Petta ci ricorda come il testo di Calvi, redatto sotto la guida del dispositivo multiplo *epochè-int-*

¹ Recensione a Lorenzo Calvi, *La coscienza paziente*, Fioriti, Roma, 2013.



LORENZO CALVI

LA COSCIENZA PAZIENTE

Esercizi per una cura fenomenologica



GIOVANNI FIORITI EDITORE

enzionalità-empatia, sia il primo tentativo esplicito di sistematizzazione della cura fenomenologica e di confronto quindi con le altre psicoterapie, confronto che ora, grazie alle procedure esplicite della via fenomenologica *pura* di Calvi (in *termini rigoro-*

samente trascendentali, p. 26), pare essere finalmente possibile². Di Petta si fa portavoce del tentativo, a mio parere riuscito, della stessa psicopatologia fenomenologia di farsi psicoterapia fenomenologica o *fenomenologia clinica* (p. 25):

«Del resto, tra una generazione e la successiva, è frequente che si instauri un rapporto rovesciato: il più anziano produce l'uva giusta, conosce la terra, le stagioni, i tempi, la cura amorevole delle essenze costitutive, ma è poi il più giovane a fare il vino, a imbottigliare, a distillare, a diffondere. Pertanto, al consumatore, che sta a tavola con gli amici, o da solo, la sera, accanto al fuoco, non deve sfuggire che ciò che sta bevendo è il frutto di manifatture diverse. Una è la mano che ha raccolto la tradizione e l'ha innestata nel presente, l'altra è la mano che ha consegnato quel prodotto al futuro, individuando e definendo la procedura che porta l'uva dalla vite alla bocca.»

Il libro si conclude con un saggio di Federico Leoni dal titolo *La fenomenologia come esercizio*, riflessione che va ad approfondire il versante più strettamente filosofico del fare clinico di Calvi. Il noto esponente della gloriosa scuola filosofica milanese, discendente del versante italiano della *banda Husserl*³, al qua-

menologia come esercizio, riflessione che va ad approfondire il versante più strettamente filosofico del fare clinico di Calvi. Il noto esponente della gloriosa scuola filosofica milanese, discendente del versante italiano della *banda Husserl*³, al qua-

² A questo riguardo si veda anche la testimonianza video di Federico Leoni che, in una recente uscita video sulla fenomenologia di Jaspers, accomuna la fenomenologia e la psicoanalisi sotto il comune ombrello della ricerca di senso e d'opposizione al riduzionismo, comune anche a certe psicoterapie (FEDERICO LEONI, 2012).

³ «Questa mattina ha fatto ancora molto chiasso, non voleva nemmeno guardare fuori dalla finestra, per salutare i Sieveking. Li fa aspettare, poi inveisce terribilmente contro la banda Binswanger. L'infermiera avrebbe ucciso ieri sua moglie nella stanza da bagno», LUDWIG BINSWANGER, ABY WARBURG, *La guarigione infinita*, Neri Pozza, Vicenza, 2005, p. 84.

le per altro dobbiamo il nuovo saggio introduttivo alla *Psicopatologia Generale* di Jaspers (2012) (che si va ad aggiungere a quello classico di Galimberti), così principia il suo dire (p. 177):

«La fenomenologia è un esercizio, non un sapere. Lorenzo Calvi lo sa e lo mostra ad ogni pagina con chiarezza e coerenza che pochi altri possiedono. È un saper fare, uno svolgere certe sequenze di mosse, un addestrarsi a tenere una certa posizione di fronte agli oggetti che si studiano. Non un possesso, non un archivio di proposizioni vere intorno a un certo campo che si tratta di esplorare, non un patrimonio di conoscenze che si tratta di costituire e poi custodire.»⁴

Leoni approfondisce il discorso sull'esercizio fenomenologico, e quindi sul movimento incessante di rimandi tra il soggetto conoscente e l'oggetto conosciuto. I gesti della conoscenza, l'osservazione, l'epochè e la mimesi, si fanno centrali, *tornano finalmente in primo piano* (p. 179). L'esercizio è cura, si fa *in comune* (p. 179), diviene comune *vedere fenomenologico* (p. 217) che dice, in perfetto stile, non tanto dell'oggetto o del contenuto quanto delle operazioni stesse della conoscenza, della coscienza e quindi del senso (p. 180):

«C'è qualcosa di simile a una *performance*, in questo modo di procedere. Conta l'operazione, non l'opera [...] Entrambi i soggetti apprendono a tenere una postura, non un contenuto. Entrambi i soggetti fanno un'esperienza, non verificano un sapere. Entrambi i soggetti fanno esperienza dell'esperienza, in una strana torsione che ha molto a che fare con il 'rivolgimento' di cui parlava Husserl. Postura che proprio in quanto tale andrà

ripresa e riattivata ogni volta da capo. [...] Non è la verità, il punto di mira. È il gesto.»

La vera introduzione a *La coscienza paziente* però, anche facendo solo caso alla data di stesura, è la *Premessa* al testo, redatta dell'autore stesso nel 1979 (*L'incontro con il malato come premessa per l'esercizio fenomenologico*, p. 27). Questa contiene buona parte del programma e del percorso che porterebbe il clinico, a partire da un atteggiamento ingenuo di fronte alla cosiddetta naturalità del mondo, a sviluppare un atteggiamento fenomenologico verso se stesso e le cose del proprio mondo, in una pratica di sospensione dei pregiudizi che rende possibile l'incontro con l'altro e con il singolo *mondo della vita*.

I concetti presenti nella premessa verranno quindi sviluppati lungo tutto il testo, e appariranno sempre in forma di incontro: con il *metodo*, con i *pazienti* ed infine con i *maestri*, rispettivamente le tre parti di cui si compone il testo che qui esaminiamo, l'inedita strada che Calvi invita a percorrere insieme a lui. La *Premessa* ci avverte anche che la lettura del testo non sarà semplice, non di un manuale infatti si tratta: se vorrà essere utile e leggera la lettura dovrà farsi quotidiano confronto con il fare clinico e terapeutico, con l'essere-nel-mondo dello psicopatologo che s'appresta a studiare e quindi allo stesso tempo a studiarci.

La fenomenologia di Calvi, di stretta e sincera scuola husserliana, si caratterizza in qualche modo per l'essere continuamente in cammino, sempre di nuovo (*immer wieder*) messa alla prova nell'incontro con l'altro. Non a caso la parola che più spesso si ripete nel testo è *esercizio*. L'eserci-

⁴ In un passo del suo Diario fenomenologico, Enzo Paci scrive di un'osservazione magistrale, un comando ed allo stesso tempo una preghiera a coloro che, da fenomenologi, sono alle prese con le cose (1961, p. 25): «Perciò stai tranquillo. Non forzare le cose. Lascia che si presentino. Non sei il loro padrone», ENZO PACI, Diario fenomenologico, Il Saggiatore, Milano, 1961, p. 25.



zio, nella visione fenomenologico-clinica di Calvi, si applica in ogni caso: è esercizio l'applicazione continua dell'*epochè*⁵, è esercizio il lento accosto à cotè del paziente (come discusso da Di Petta a pag. 22), esercizio la pratica della visione e l'intuizione visiva e atmosferica delle essenze.

Altro caposaldo caratteristico dell'esercizio fenomenologico di Calvi è la descrizione della *figura antropologica* del malato di cui, tra tutti, proverò a dire qualcosa di seguito sperando di non banalizzare l'insegnamento dell'Autore.

Quando la semplice diagnosi mondana non soddisfa il clinico, e l'immagine abituale del paziente non è più sufficiente a ritrarlo e permettere così al terapeuta di prendersene cura, è forse il caso di sospendere ciò che si crede di sapere e confidare invece nella possibilità del soggetto stesso di farsi *vedere* per la prima volta. È il momento di porsi attivamente in atteggiamento d'attesa, pronti a notare e scovare il paziente nel suo proprio *mondo di senso* (*Lebenswelt*). Il curante fenomenologo quindi, attraverso il faticoso esercizio dell'*epochè*,

si mette in contatto con lo spartito nascosto del paziente (il testo del mondo della vita del soggetto che ha di fronte) nel quale si celano le coordinate di senso del singolo mondo vissuto (e quindi, se vogliamo, dei *così detti* sintomi).

È proprio a partire da queste coordinate che, in un auspicabile e ricercato cortocircuito tra visione e prassi mimetica, va sorgendo come all'orizzonte la figura antropologica propria del paziente. Questa altro non è che un ritratto per immagini dell'intenzionalità e delle coordinate vissute del malato, un ritratto che appare alla coscienza del curante per via di immagini-ponte tra il fenomenologo clinico e l'altro di cui s'è fatto alter ego e compagno d'*epochè*⁶. La figura antropologica, che principia da note concrete, descrizioni e caratteristiche del singolo, e si apre poi alla trascendenza ed alla visione eidetica, è un'apparizione di un attimo, un'immagine che arriva inattesa ma attivamente ricercata, un profilo che va colto all'alba del fenomeno, testimone dell'avvenuto incontro trascendentale ed allo stesso tempo *appiglio* che permette un salto di qualità conoscitivo nel rapporto terapeutico⁷.

⁵ L'*epochè* appare come la carta necessaria e vincente sia per la comprensione del malato, nel tentativo di riconoscerlo compagno di strada, che per la cura dello stesso, nello sforzo di sollievo dal delirio e dalla passività. Calvi ne fa un uso pressoché continuo, nel suo movimento tra la posizione mondana e quella trascendentale. Che la definisca scelta o la chiami lima, l'*epochè* viene ad essere la vera chiave di volta per il lavoro del fenomenologo, per il sollievo dall'opacità della carne (p. 42): «Con una progressione specifica: prima medico e/o psicologo, poi psichiatra e/o psicoterapeuta, infine 'curante fenomenologo'. Che dovrebbe potersi chiamare così quando la lima dell'*epochè* ha lavorato fino a portarlo ad una trasparenza tale che anche la sua carne diventi strumento di sollievo.»

⁶ La cura degli alter-ego di Calvi, come li definisce Di Petta (p. 3), appare così come un percorso comune di affiancamento nell'*epochè* tra il paziente ed il clinico, una operazione di livellamento delle *epochè*, un percorso tra mito e metafora che permetta il transito da un'alienità autistica ad un'alienità condivisibile, che vale quanto l'alterità (p. 86).

⁷ «Qui siamo ben lontani dalla semplice intuizione psicologica, da quel mondo 'mondano', pratico e corrente di comprensione empatica che è la percezione dello stato d'animo altrui. Come nel caso dell'immagine poetica, la visione è destituita di ogni valore pratico, non serve ad orientare le mie reazioni nei confronti della persona a cui si riferisce, non dà un'informazione empirica su di lei. E tuttavia, questa 'smondanizzazione' della figura del paziente sembra, nei casi migliori, aprire anche al paziente uno spiraglio di conoscenza su qualcosa che lo concerne molto profondamente, quasi gli offrisse, entro la relazione, una possibilità di incontro con se stesso», ROBERTA DE MONTICELLI, La coscienza paziente, in LORENZO CALVI, Il tempo dell'altro significato, Mimesis, Milano, 2005, p. 18.

Ben note ai cultori di psichiatria fenomenologica che hanno letto Calvi sono alcuni celebri esempi di figure antropologiche, tra cui quella di Luisa (la talpa) (2005, 83) e di Giuseppe (2007, 61):

«Non devo aspettarmi niente di nuovo da vedere con gli occhi. Quello che aspetto è una visione eidetica, cioè un'immagine della fantasia. [...] La visione che alla fine mi si offre, è quella di Giuseppe con l'aspetto d'un bambino piccolo, un neonato, coricato, scoperto a metà come se lo si stesse cambiando, avvolto nell'ovatta al posto dei pannolini. Questa fugace figura antropologica di Giuseppe è più significativa di quella abituale, perchè trascende il piano psicologico della fattualità e dischiude il piano trascendentale della costituzione» (2007, 63-64).

L'identità del soggetto malato viene quindi ricostruita e ricomposta nel racconto che si fa andando, nel continuo ed allo stesso tempo imprevedibile contatto tra i mondi della vita del terapeuta fenomenologo e del paziente. In questo senso Calvi richiama spesso in seduta figure della vita del paziente insieme a personaggi letterari derivanti dalle letture dei due consoci alla cura. L'identità, parrebbe dirci l'autore, deriva da una molteplicità di rimandi e specchi, dal racconto vivo di singoli e gruppi, personaggi noti o meno, tutti testimoni del mutare e del definirsi comu-

ne delle identità: si rendono possibili in questo modo dei veri e propri *ménage-à-trois* trasformativi (p. 117) tra paziente, curante e testimoni, siano questi reali, mitologici o immaginari (cfr. la nota su Kafka, p. 123)⁸.

La co-costruzione del percorso conduce dal supposto sapere al *noi due* della coppia, un *noi due*, attenzione, non *per noi*, ma un *noi due per le cose stesse* (REMO BODEI, 2009: p. 36).

A partire quindi dall'esercizio delle rispettive sospensioni, Fernanda, Zenaide, Giorgio, Giulia, Antonio e don Marco si pongono qui a fianco del lettore a dispiegargli le proprie coordinate di mondo, sulla via del *senso del come* delle esperienze patologiche⁹.

L'incompiutezza, i rifiuti, l'anamorfosi, la cosificazione, la scrittura nella carne e l'esaltazione accompagnano i nomi propri dei singoli soggetti, arricchendoli di una definizione vitale, della caratteristica principale del loro mondo vissuto apparsa agli occhi allenati alla *visione* di Calvi, che fiero impersona il motto secondo cui *si può che parlare solo ed unicamente di ciò di cui si è fatta diretta esperienza*.

Il resto è consegnato al mondano, e spesso sterile campo, del *sentito dire*¹⁰.

⁸ Siano essi personaggi reali o presenze richiamate dal passato, dalle letture o dallo studio dello psicopatologo, queste sono le parole fondamentali di Calvi sulle figure che appaiono durante la terapia (p. 89): «Il nuovo arrivato viene accolto nella coabitazione, che possiamo chiamare categoriale, già esistente tra me ed il paziente, e così si instilla in questi un'ulteriore carica di fiducia nel procedere verso quella intersoggettività, che è chiamata a sanare la sua alienità.»

⁹ «La fenomenologia, specialmente al suo livello descrittivo, è spiegazione del senso essenziale e delle condizioni di possibilità dei fenomeni offerti all'esperienza [...] ma l'essenza non è la causa e la costituzione fenomenologica non è la genesi causale», ARTHUR TATOSSIAN, *La fenomenologia delle psicosi*, Fioriti, Roma, 2003, p. 119.

¹⁰ «Questa è infatti un'iniziazione alla fenomenologia, condotta nell'unico modo in cui ci si può veramente iniziare alla fenomenologia, facendone», ROBERTA DE MONTICELLI, *La conoscenza personale*, Guerini, Milano, 2000, p. 37.



Le parole d'ordine cliniche di Lorenzo Calvi sono poche ma precise¹¹, disegnano il percorso terapeutico dal primo contatto alla pratica dell'epochè, sino alla condivisione dello stile fenomenologico; valga per tutti l'introduzione che l'autore scrive al caso di Giulia, parole che chiariscono, tra l'altro, il senso e l'importanza del lavoro sui *casí paradigmatici* nella ricerca in psicoterapia (p. 112): «Questa è la relazione d'una storia clinica, che comincia in un modo piuttosto comune ma poi prende una piega decisamente singolare.»

Il clinico viene invitato ad utilizzare le parole con precisione (p. 101) ed a cercare nel *surplus*¹² (p. 107), e nell'obliquo che appare nel racconto che il paziente fa di se stesso, l'ingresso al trascendentale, sino ad arrivare a comprendere quello che Calvi definisce (p. 102) il *metodo della sragione* del singolo soggetto. Apprendiamo qui che altro, oltre all'*evidente*, non v'è da cercare, tutto ciò che della cosa, e quindi del paziente, si mostra è sufficiente ed allo stesso tempo indispensabile.

Quella che si compone nell'ultima parte de *La coscienza paziente* cui, in una sorta di biografia

culturale dell'autore, si potrebbero aggiungere i primi capitoli de *Il tempo dell'altro significato* (2005), è il racconto della sua formazione. Il lettore è invitato a conoscere la storia, o se si preferisce il percorso formativo-culturale di quel Lorenzo Calvi che l'amato Bruno Callieri, in una delle sue ultime interviste, ha indicato come colui il quale è arrivato ad *incarnare la fenomenologia di Husserl*.

Calvi ricorda con affetto Enzo Paci, amato filosofo milanese, caposcuola insieme a Banfi e a pochi altri della *banda Husserl* italiana di cui si diceva, definito e scelto dal nostro come il *rappresentante latino* del pensiero fenomenologico europeo (p. 145): «Proprio perchè la mia adesione ai temi ed allo stile della ricerca antropofenomenologica era tanto spontanea ed entusiastica quanto radicale, sentivo che il linguaggio abbisognava d'un adeguamento allo spirito latino»¹³.

Tra citazioni e ricordi Calvi si fa storico del pensiero e ricostruisce la storia di Paci e della *Daseinanalyse*, dell'amore e della filiazione husserliana, i rapporti con gli psicoanalisti italiani come

¹¹ Valgano a precisa esemplificazione dello stile personale di Calvi, dell'uomo come del clinico e fenomenologo, gli indici delle sue precedenti raccolte di saggi (2005, 2007) come della presente: *Metafora e medicina* e *La stagione dell'ansia* (2005) a Lucia, Filippo, *La seduttività della morte* (2007) e i più recenti *Zenaide* e *i rifiuti*, *Don Marco* e *l'esaltazione* (2013) ci dicono della responsabilità e della chiarezza didattica con cui Calvi s'accosta alle cose, e quindi ai pazienti, e della fiducia nel gradiente comunicativo delle immagini che appaiono alla sua visione e quindi traspaiono limpide dalle sue parole.

¹² «La presenza di un vago surplus di senso ancora da allocare, che traluce prima che le cose siano normalizzate nel passaggio dalla logica del sogno a quella della veglia, o dal buio alla luce», REMO BODEI, *La vita delle cose*, Laterza, Bari, 2009, p. 11. A questo proposito Calvi citerebbe la centralità dello studio dell'ironia nel percorso terapeutico e conoscitivo del mondo vissuto del paziente, a partire dalle parole e dalle sue proprie espressioni.

¹³ Il testo di Calvi permette di entrare in contatto con l'inquietudine propria dell'uomo Paci, della quale si trova chiara testimonianza nel suo *Diario fenomenologico* (1961), testo in cui spesso Paci si descrive come sorpreso dalla vita delle cose che gli sono intorno: «Sono le tre e mezza della notte. Mi affaccio alla finestra. Rumorio lontano di camion. Le case sono incomprensibili. mi sembra impossibile che restino lì, indifferenti, con tanta vita umana rinchiusa tra le mura. passa un ubriaco. Grida», ENZO PACI, *Diario fenomenologico*, Il Saggiatore, Milano, 1961, p. 25.

quelli con Binswanger e Heidegger, sino a dirci (p. 150) delle ottime reazioni di Paci stesso al suo lavoro ed alla ricerca sull'oggetto fobico (1963, 2005, 59)¹⁴.

Danilo Cargnello appare al lettore nella descrizione della zona di Sondrio che Calvi tratteggia pesando affetti e ricordi, memorie d'allievo ed esperienze in comune. Cargnello si presenta così attraverso le immagini e le descrizioni del suo allievo, appare per intuizioni e metodo, personalità e silenzi (p. 157): «E ci mette a disagio il suo insistito richiamo all'atteggiamento di 'fredda neutralità', se si pensa al 'modus amoris' binswangeriano, e, nello stesso tempo, non è facile sottrarsi alla suggestione che la 'fredda' illuminazione modale fosse chiamata ad equilibrare una 'calda' empatia.»

La nota sulla precisa consonanza tra la personalità di Cargnello e l'isolamento valtellinese, sul conflitto tra esposizione e riflessione, tra centro e periferia, pare non essere sufficiente a placare il rammarico che investe il racconto che Calvi fa del proprio Maestro primo (p. 157):

«Dedicandosi all'esposizione dell'opera del Maestro, egli ha alleggerito quasi del tutto i saggi di Binswanger dei loro elementi eidetici ed empatici e non li ha sostituiti con altri, come avrebbe potuto fare, attingendo al grande patrimonio, che gli era offerto dalla sua esperienza clinica. Ogni studioso, si dirà, ha diritto di fare la sua scelta e di occuparsi di quel che gli aggrada. Ma ci mancano i contributi personali che avrebbe potuto darci! [...] Non concedeva nulla alla mondanità, corrispondeva con pochi, viveva in una provincia, la Valtellina, che in Italia è sentita come una 'marca di confine'. Tutto questo ha contribuito a creare intorno alla figura di Cargnello un alone quasi mi-

tico, tale da sottrarlo a ogni critica, a distogliere finora da lui (quasi) ogni voce di valutazione veramente scientifica.»

Il vero ricordo di Cargnello, quello che appare più in contatto con la stessa figura umana del Maestro e con il suo insegnamento personale, è quello a chiusura del capitolo sullo psichiatra di Sondrio. È un breve ricordo, pronunciato durante un congresso del 2002 e pubblicato sul numero 12 di *Comprendre, Archive Internationale pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phenomenologiques*, nel quale, in brevi e sentite righe, l'autore ricorda e si ricorda in compagnia di Cargnello lungo i viottoli intorno all'ospedale, a confronto con le metafore del Maestro, con la propria inadeguatezza e la prima splendente rinuncia all'indifferenza verso le cose (p. 160):

«Come sanno tutti coloro che masticano qualcosa di filosofia esistenzialista, è necessario trovarsi in situazione. Quel viottolo è stato appunto lo scenario dove s'è creata la situazione favorente il mio apprendimento. Ma una situazione d'apprendimento non è altro che l'alone accompagnante la figura e la parola d'un Maestro. Cargnello è stato il Maestro.»

Ferdinando Barison, fondatore della rivista *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, fa il suo ingresso nel novero dei Maestri come colui che più ha contribuito a portare il pensiero e la riflessione di Calvi da una posizione husserliana di *pura osservazione*, per come lo stesso autore ce la descrive, ad una posizione aperta, invece, anche alla curiosità pratico-terapeutica e psicoterapeutica in fenomenologia.

Calvi approfitta del ricordo di Barison, di quel suo *non aver voluto abbandonare la terapia nelle mani*

¹⁴ Si consiglia a questo proposito la lettura del recente saggio di Carlo Sini sulla figura e la storia accademica di Enzo Paci, uscito per Feltrinelli nel 2015.



di coloro che pretendevano di operare nel nome della scienza (p. 162), per fare il punto sul contributo della fenomenologia nel variegato campo della psicoterapia.

Se *fenomenologia è psicoterapia* (p. 169) allora l'approccio propriamente fenomenologico è da analizzare e valutare in un campo affollato di tecniche che fanno troppo spesso del mondano il più significativo quando non l'unico strumento di cura. Calvi, mischiando *le carte del setting*, parte invece dalla posizione del terapeuta con il paziente che da *vis-à-vis* passa ad essere di fianco (à coté), suggerendo così non una tecnica ma una posizione (p. 169):

«Fare terapia, nel senso medico della parola, vuol dire usare strumenti mondani: il farmaco, l'interpretazione, l'empatia, mentre la fenomenologia (husserliana) si muove in una sfera che trascende la mondanità, cercando di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione. [...] Anch'io, qualche volta, 'faccio qualcosa'. Qualche volta mi azzardo ad inserirmi nell'esistenza altrui con un consiglio, con una direttiva [...] Ma mi sento veramente fenomenologo quando mi siedo accanto al malato come a colui che è vittima d'un più o meno crudele, ma mai innocuo esperimento della natura e cerco di farglielo rivivere come esercizio fenomenologico.»

In questo movimento di smarcatura prima, il terapeuta può rivivere e condividere con il proprio paziente il passaggio tra l'atteggiamento naturale e quello invece trascendentale, fenomenologico, e fare così insieme ad esso *esercizio* di ritorno e d'*oscillazione* tra i due opposti poli (p. 169):

«Il malato conosce per esperienza diretta l'illuminazione e la rivelazione fenomenica, il discorso delle cose e l'erompere del senso. Egli soffre d'una visionarietà incontrollata di modo che la sovrabbondanza dei vissuti carica la sua esistenza d'un peso insostenibile. È come se al malato fosse imposto di sopportare una duplice

realtà: quella empirica della vita quotidiana e dei suoi rimandi funzionali e quella trascendentale del senso e dei suoi nessi non sempre e non facilmente estraibili. Il mio sforzo è di fargli capire che nella sfera della visionarietà egli non è solo.»

Il capitolo su Barison permette quindi a Calvi di riprendere e rivisitare la sua idea di psicoterapia fenomenologica, ripartendo da ciò che lo stesso Barison aveva scritto (1993, 886): «E così io mi permetto d'interpretare il pensiero di Calvi: fenomenologia è psicoterapia; lo è e lo è sempre stato.»

A mio parere *La coscienza paziente* non è un testo semplice da avvicinare.

È un manuale *sui generis*, una sorta di *manuale trascendentale* di psicopatologia e fenomenologia clinica che va affrontato, in ogni caso, con una buona consapevolezza del *guaio* in cui ci si sta cacciando.

Gli insegnamenti e le esperienze di Calvi, infatti, richiedono una scelta precisa e preparano il lettore a quella che appare come una netta presa di posizione: quella cioè che prevede un cambio di prospettiva, ovvero la modificazione del paradigma mondano a favore di quello trascendentale. La fenomenologia di Calvi è pratica ed esercizio di cura, trasformazione e salvezza, è messa alla prova del senso delle parole e del sintomo. È confronto quotidiano con i pregiudizi e scontro sempre rinnovato con l'ovvietà naturale della scienza riconosciuta.

Nella sua postfazione al più volte richiamato *Il tempo dell'altro significato* (2005), Riccardo Dalle Luche, scrivendo della leggerezza del dire e del fare clinico, disegna la posizione terapeutica di Lorenzo Calvi e della sua fenomenologia clinica, parole queste con le quali ci piace chiudere questa nostra re-visione del testo:

«Con grande sicurezza, leggerezza ed ironia, Calvi procede senza il timore di trattare la tassonomia come un catalogo sempre incompleto e provvisorio di zoologia fantastica [...] e di dissolvere la psicopatologia in antropologia. Ciò lo rende – ovviamente – una figura unica ed isolata (in campo psichiatrico), consapevolmente eccentrica e fuori dal tempo (fuori dal tempo mondano ma dentro l'ambiguità precategoriale della sfera della temporalità): una figura, per chi conosce la realtà mondana della psichiatria e della psicopatologia, quasi eroica, ingiudicabile secondo le comuni categorie interpretative. Per comprenderlo, per sintonizzarsi con lui è necessaria, in un'attuazione prassica e mimetica della sua opera, fare a nostra volta epochè, sottrarsi alla faciloneria e ai giudizi distanzianti, attendere che il suo logos susciti nuove risonanze eidetiche»¹⁵.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Comprendre, Archive Internationale pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phenomenologiques*, 12/ 2002, La Garangola, Padova.
- FERDINANDO BARISON (1983), *Il movimento esistenzialista-fenomenologico. Recensione a L. Calvi: Prospettive antropofenomenologiche*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", 1983, V, pp. 881-887.
- LUDWIG BINSWANGER, ABY WARBURG, *La guarigione infinita*, Neri Pozza, Vicenza, 2005.
- REMO BODEI, *La vita delle cose*, Laterza, Roma, 2009.
- EUGENIO BORGNA, Giù le mani dalla psiche. Ecco perchè il DSM-5 sbaglia, *L'Espresso*, 27.3.2014.
- LORENZO CALVI, *Il tempo dell'altro significato*, Mimesis, Milano, 2005.
- LORENZO CALVI, *Il consumo del corpo*, Mimesis, Milano, 2007.
- DANILO CARGNELLO, *Alentà e alterità*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- ROBERTA DE MONTICELLI, *La conoscenza personale*, Guerini, Milano, 2000.
- KARL JASPERS (1913), *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Milano, 2012.
- FEDERICO LEONI, *Collana La Psicologia: Jaspers*, "La Repubblica", Roma, 2012.
- ENZO PACI, *Diario fenomenologico*, Il Saggiatore, Milano, 1961.
- CARLO SINI, *Enzo Paci*, Feltrinelli, Milano, 2015.
- ARTHUR TATOSSIAN, *La fenomenologia delle psicosi*, Fioriti, Roma, 2003.



¹⁵ RICCARDO DALLE LUCHE, L'esercizio dell'esercizio fenomenologico, in LORENZO CALVI, *Il tempo dell'altro significato*, Mimesis, Milano, 2005, p. 144.



INDIVIDUAL PRESENTATION PROPOSAL

2022 APA ANNUAL CONVENTION USA

PRINCIPAL AUTHOR **Antonio Bitetti, PhD**

ABSTRACT

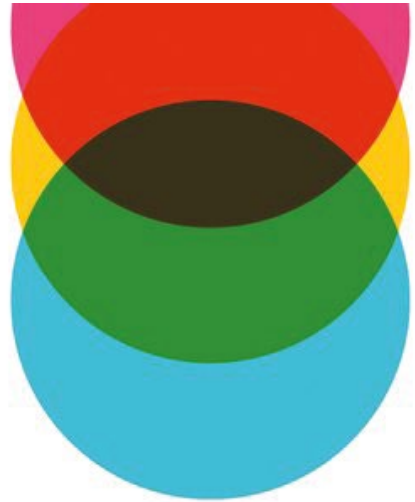
When they are alone in their room, and not being judged by anyone else, stammerers never stutter. It is the presence of others that triggers a whole series of negative ideas, and affects emotions and behaviour.

An underlying sense of self deprecation gives rise to a fear of the judgement of others. This in

turn leads to a desire to control speech, in the irrational belief that in this way they can better control the situation.

These are mistaken cognitive ideas that can become permanent in adulthood, with a negative influence on speech fluency. The stammerer is constantly influenced by one type of thought, where the fundamental element is control of

APA 2022



the word. In infancy styles of education and the family atmosphere at home are important, if parents are very demanding and perfectionists they can push the child to extreme forms of behavior that can condition the performance of the child instead of helping him to grow up normally. In general case studies it can be seen that nearly all stammerers have greater difficulty in the presence of strangers or people felt to be in authority.

The example of the child who is afraid of being questioned by the teacher is emblematic. On a relational level, the stammerer feels prisoner of his disorder and has difficulty and suffers in his social relations.

For example he fears having to speak out in any group relationship, he feels uncomfortable and embarrassed if he is asked to repeat something he has already said and his worst moment is on the telephone, which becomes a painful experience and even a real block.

Sometimes, fearing his difficulties he will tend to delegate

the making of phone calls to others, also because when telephoning there is no longer the chance to see the interlocutor. Integrated Approach is an innovative method for treating adult and child stammerers. The therapy has a positive effect on the physical symptoms, by removing the control element, but also on the stammerer's way of thinking.

This article discusses stammering from a cognitive, emotional and relational point of view. It examines the tendency of stammerers to suppress their inner energy, which then becomes a psychological block and an impediment to fluent speech.

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION



psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
giugno 2022
Vol. 29

ERIK ERIKSON

Psicologo e psicoanalista tedesco,
teorizzatore delle fasi dello sviluppo
psicosociale.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 29 - GIUGNO 2022

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

Via F.Ili Sorrentino, 6 - Bari
Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.

DIRETTORE SCIENTIFICO






dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Ferdinando Ignazio De Muro
dott. Massimo Frateschi



SEGRETERIA ORDINE

 Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari
 +39 080 5421037
 +39 080 5508355
 segreteria@psicologipuglia.it
 www.psicologipuglia.it