

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

maggio 2024
Vol. 30

ISSN 22239-4001

AARON BECK

Psichiatra e psicoterapeuta statunitense, considerato il fondatore degli approcci classici in psicoterapia cognitiva.

IN QUESTO NUMERO

✍ EDITORIALE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- 04 Domanda di Psicologia e stato di (NON) attuazione delle norme regionali e nazionali in Puglia

✍ ASPETTI DEONTOLOGICI DELLA PROFESSIONE

- 07 Il Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani. Introduzione.

📘 RICERCHE

- 18 Il bambino vulnerabile alla dipendenza
29 Abilità cognitive in giovani e anziani sani: l'effetto dell'ascolto musicale su alcune funzioni cognitive
41 Per una medicina experience based: Riflessioni a partire da "Phenomenology and its application in medicine" di Havi Carel
48 Lo Psicologo Scolastico in Puglia: indagine esplorativa rivolta agli Psicologi su ruolo, competenze e attività

▢ RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 68 La comunicazione in Polizia tra cultura e humour

78 Psicoterapia di terza generazione: Acceptance And Commitment Therapy (ACT)

85 Endometriosi: una patologia ginecologica "tabù"

96 La promozione del benessere nella terza età: dall'invecchiamento attivo alla prevenzione delle demenze

98 Cani e bambini: aspetti comportamentali e relazionali

101 Lo strepitio del silenzio: Il dramma della guerra nella poesia di Clemente Rebora - analisi di Viatico e cenni di psicologia della religione

107 All'origine della violenza

120 I serious virtual reality games (giochi seri in realtà virtuale) nella riabilitazione neuropsicologica

🕒 METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

131 Mild Cognitive Impairment: diagnosi e riabilitazione neuropsicologica - case report

💡 ESPERIENZE SUL CAMPO

145 Analisi di un caso di disturbo bipolare con manifestazioni psicotiche: profilo psicologico, obiettivi e tecniche di intervento

154 L'Analisi Neuropsicologica in Soggetti affetti da Meningioma: studio di un caso

167 La psicologia clinica a dialogo in Senato per la giornata mondiale della famiglia

177 Lilliput e Gulliver: I passaggi identificativi di un adolescente in psicoterapia in una comunità educativa nel pre e post crisi pandemica

SPAZIO NEOLAUREATI

188 Lo studio e la prevenzione del suicidio nelle forze di Polizia

NOVITÀ IN LIBRERIA

195 Change - incontrare il dolore, condividere il cambiamento nei contesti di vita quotidiana e in psicoterapia

197 La giusta complessificazione del "normale": Recensione del libro Divenire genitori e divenire figli. Le nuove sfide della psicologia perinatale

203 Progetti segreti, trame militari e governative, improbabili sperimentazioni: Un mondo fantascientifico ed entusiasmante tra incredibili studi, teorie e ricerche che abbracciano tanto la psicologia quanto la fisica. Un viaggio affascinante, ai confini dello spazio e del tempo

205 All'ombra della luce della luna: Emozioni in poesia

206 Separazione, divorzio e affidamento con la riforma Cartabia. Novità, prospettive e sfide.

208 Carissima dottoressa

IN EVIDENZA

210 1 FEBBRAIO 2024 - Equo compenso: proposta CNOP per aggiornare i parametri e ampliare le prestazioni

211 15 FEBBRAIO 2024 - Linee di Indirizzo del Consiglio Nazionale a supporto dei rappresentanti ordinistici nei Comitati presso i Tribunali per la tenuta degli Albi dei CTU (ex DM 109/23)

212 18 FEBBRAIO 2024 - La Professione Psicologica compie 35 anni (Legge 56/89)

213 19 FEBBRAIO 2024 - Un percorso per istituire lo psicologo scolastico



DOMANDA DI PSICOLOGIA E STATO DI (NON) ATTUAZIONE DELLE NORME REGIONALI E NAZIONALI IN PUGLIA

Giuseppe Luigi Palma

La recente indagine Axa ci dice che una persona su 3 ha problemi di salute psicologica. E la percentuale sale al 39% tra i giovani nella fascia di età 18-24.

Questi dati sono confermati anche dall'indagine dell'Osservatorio Sanità e UniSalute: il 27% degli italiani soffre d'ansia e il 32% di tensione e nervosismo, percentuali che salgono, rispettivamente, al 34% e 40% tra i giovani under 30.

Come noto, il distress psicologico costituisce uno dei principali fattori di rischio per le malattie mentali, ma anche per quelle fisiche, come le cardiovascolari e metaboliche. Questa condizione ha ricadute, e costi, sullo sviluppo, sulle relazioni, lo studio e il lavoro.

Le agenzie nazionali ed internazionali indicano la necessità di attivare una rete in grado di promuovere il benessere psicologico, fare prevenzione ed intercettare precocemente le forme di disagio potenziando i servizi territoriali.

5 milioni di persone che dichiarano di aver rinunciato ad un aiuto psicologico per mancanza di risorse economiche (Istituto Piepoli 2023).

L'urgenza della domanda di psicologia si è ulteriormente evidenziata il 18 marzo scorso, quando si è aperta la possibilità di richiedere il bonus psicologo per il 2024. Il sistema informatico dell'INPS è andato in tilt per i numerosi accessi e richieste, in meno di 48 ore sono pervenute oltre 170mila richieste. È dunque evidente che il sistema sanitario nazionale non è stato, e non è, in grado di dare una risposta adeguata. L'offerta pubblica di servizi psicologici è chiaramente insufficiente.

Sono necessari nell'immediato nuovi interventi normativi per garantire il diritto alla salute psicologica delle persone.

Esaminiamo, in Puglia, lo stato di (NON) attuazione delle norme regionali e nazionali in materia di servizi psicologici regionali:

1. La Legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36, all'art. 26, lett. I prevede che in ogni Distretto Socio Sanitario della nostra Regione l'attivazione di una unità operativa di "Assistenza Psicologica" territoriale. I Distretti Socio Sanitari in Puglia sono 40 e quindi dal 1994 ad oggi, dovrebbero essere state attivate 40 Unità Operative di Assistenza Psicologica, ma attualmente risulta che non ve ne sia neanche una.

2. Legge regionale 16 dicembre 1998, n. 30, sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale. L'art. 2 lettera c), nell'ambito dell'organizzazione del DSM, prevede il "... servizio di psicologia clinica diretto da uno psicologo di II° livello dirigenziale". Il servizio di psicologia clinica viene, quindi, qualificato in maniera inequivocabile come unità operativa complessa (U.O.C.) prevedendo a capo della stessa un dirigente psicologo di 2° livello, quindi con incarico apicale. Nessuna uni-



tà operativa complessa di psicologia clinica all'interno del DSM, ad oggi, dopo quasi 30 anni, è attiva in Puglia.

- E questo ha implicazioni *negative* rilevanti:
- il fabbisogno di psicologi viene definito da *non psicologi*;
- la valutazione dei dirigenti psicologi viene effettuata da *non psicologi*;
- i bisogni formativi e l'aggiornamento ECM in psicologia sono definiti da non psicologi;
- difficoltà nell'espletamento di concorsi per psicologi.

3. La Legge regionale 4 dicembre 2009, n. 31, *Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione*, (integrata con LR 46/2019), all'art.12 prevede l'Unità regio-



nale di *Psicologia Scolastica*. L'art. 14 della legge prevede che l'organizzazione e le modalità di funzionamento dell'unità, insieme ai criteri e modalità di concessione dei finanziamenti da attuarsi con avviso pubblico, sono definite dalla Giunta Regionale con regolamento da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Sono trascorsi oltre 5.000 giorni e il regolamento non è stato ancora approvato.

- 4.** Unica Funzione Aziendale - l'art. 20-bis, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, prevede che "*Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare le attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale*". L'organizzazione delle attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale consente di ottimizzare le risorse migliorando la qualità e l'efficacia degli interventi stessi. Le Aziende Sanitarie nella nostra Regione sono 6 e, pertanto, sarebbe possibile attivare 6 Unità Operative (complesse), ma anche qui siamo ancora a zero.

- 5.** Sulla psicologia ospedaliera. Questi alcuni riferimenti normativi specifici:

- a)** La Delibera G.R. n. 1429/02 - *Rimodulazio-*

ne del piano di riordino della rete ospedaliera, prevede un servizio di psicologia per l'assistenza psicologica ai pazienti oncologici e familiari.

- b)** PSR 2002-2004 "...il sostegno nei confronti di quei gruppi di operatori più esposti al rischio di burn-out e mobbing, in particolare nei settori di terapia intensiva, oncologia, psichiatria, dialisi/trapianto ed ove sono affrontate patologie acute e croniche spesso a prognosi infausta: tali attività di sostegno possono coinvolgere anche gruppi di pazienti e/o i loro familiari".
- c)** Il Piano regionale di salute - Legge regionale n. 23 del 19 settembre 2008, al punto 2.3 è prevista l'attivazione in ambito ospedaliero dell'unità operativa di Psicologia. In alcuni Ospedali della Puglia sono presenti gli Psicologi, ma solo in pochissimi casi sono state attivate le specifiche unità operative di Psicologia Ospedaliera.

Non servono nuove norme, ma solo la volontà di dare attuazione a quelle già esistenti!

E nonostante recenti segnali positivi (psicologo di base, bonus psicologico, psicologia scolastica), lo stato di attuazione delle norme in materia di servizi psicologici in Puglia è deludente.

La salute è un diritto garantito dalla nostra Costituzione e l'aumento del disagio psicologico impone ai decisori politici e agli Amministratori delle Istituzioni pubbliche e private un impegno straordinario per dare risposte. Serve - come ricordato da David Lazzari, Presidente del CNOP - una strategia nuova, non basta aggiustare l'esistente, è necessario creare strategie e servizi pensati per i nuovi scenari culturali e sociali. In Puglia molti strumenti normativi ci sono già, ma devono essere riempiti di contenuti, di professionisti e di uno sforzo di attuazione imponente.



IL CODICE DEONTOLOGICO DELLE PSICOLOGHE E DEGLI PSICOLOGI ITALIANI

INTRODUZIONE

Salvatore Nuzzo
Psicologo Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Il testo del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è stato proclamato il 17 gennaio 1998 in seguito a consultazione referendaria indetta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6 lettera c) della Legge n. 56/89 ed è entrato in vigore il 16 febbraio 1998. Gli articoli 23 e 40 (relativi al compenso professionale e alla pubblicità) sono stati modificati dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in data 8 luglio 2009 dopo il recepimento delle indicazioni del Garante della Concorrenza e del Mercato. Il Codice è stato poi ulteriormente modificato, in seguito a una nuova consultazione referendaria riguardante l'articolo 1 (prestazioni a distanza), l'articolo 5 (obbligo di aggiornamento) e l'articolo 21 (insegnamento della psicologia), in data 5 luglio 2013.

L'ultima modifica è stata apportata con il referendum del 21-25 settembre 2023 che, con la vittoria del Sì, ha portato alla totale modifica del testo del codice che è entrato in vigore il 01 dicembre 2023.

PAROLE CHIAVE

Etica, Deontologia, Codice Deontologico

La professione di psicologo nasce in Italia, dal punto di vista normativo, il 18 febbraio 1989, con l'approvazione della Legge n. 56, *Ordinamento della professione di psicologo*, che ambiva a realizzare i seguenti obiettivi:

1. dare forma a un mercato già esistente (quello della psicoanalisi e della psicoterapia), par-



zialmente liberalizzandolo e svincolandolo dalle continue diatribe (innumerevoli cause per esercizio abusivo della professione) con i medici che pretendevano di avere l'esclusiva su tale mercato;

2. consentire agli psicologi di avere pari dignità professionale rispetto ai medici all'interno del servizio pubblico sanitario nazionale;
3. costruire la comunità professionale degli psicologi (psicoterapeuti) mediante l'istituzione dell'Ordine degli Psicologi;
4. legare la formazione in psicoterapia ad un riconoscimento pubblico da parte dello Stato.

Istituito l'Albo e costituiti gli Ordini territoriali, la prima versione del *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani* è stata predisposta da un comitato di "saggi" (alcuni erano avvocati oltre che psicologi), sulla base della propria esperienza, della propria conoscenza delle Leggi civili e penali e tenendo conto dei codici italiani di altre professioni, di altri codici europei degli psicologi e del codice americano.

Il testo del Codice Deontologico è stato proclamato il 17 gennaio 1998 in seguito a consultazione referendaria indetta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine: entrato in vigore il 16 febbraio dello stesso anno, ha completato la sua funzione il 30 novembre 2023.

In quanto insieme di principi, insegnamenti ed orientamenti il Codice deontologico è «uno strumento da adottare non solo per essere corretti, ma anche per essere bravi nell'esercizio della pratica professionale. Se è vero, infatti, che un adeguato percorso formativo favorisce l'adozione spontanea di comportamenti professionali corretti sul piano deontologico, è vero pure il contrario, cioè, che studiare il codice deontologico e la deontologia in generale e riflettere su di essi rappresenta una pratica formativa professiona-

le, una strada ulteriore e non secondaria per imparare ad essere bravi professionisti» (Madonna, 2002, p. 51).

Va tenuto presente, però, che l'etica professionale non si esaurisce nel rispetto del Codice deontologico bensì corrisponde ad un'*attitudine mentale e relazionale* che informa ogni scelta e condotta, sia nell'esercizio della professione sia nella partecipazione alla vita della società civile. Nell'attuale contesto di mutamenti strutturali e culturali che riguardano la professione dello psicologo l'adozione di regole deontologiche vincolanti costituisce un criterio di *legittimazione* e di *consenso sociale della psicologia*, in quanto contribuisce ad offrire e a salvaguardare una determinata immagine pubblica dello psicologo, una sorta di modello di "professionista ideale", competente e responsabile.

Molte cose sono cambiate da quel 17 gennaio 1998. In particolare, negli ultimi dieci anni sono intervenute numerose leggi dello Stato che hanno richiesto un adeguamento e un aggiornamento del Codice Deontologico. Basti citare tra le altre:

- il Decreto Legislativo 28 dicembre 2013, n. 154, che ha sancito un cambiamento epocale con la trasformazione della "potestà genitoriale" in "*responsabilità genitoriale*";
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cosiddetta Legge "Gelli-Bianco") sulla responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria, in capo ai quali l'articolo 5 prevede l'obbligo di seguire le *raccomandazioni indicate dalle linee guida* o, in mancanza di queste, l'obbligo di attenersi alle *buone pratiche clinico-assistenziali*;
- la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 che disciplina in maniera organica la materia del *consenso informato*, comprendendovi tutte le attività dei vari professionisti che operano in ambito sanitario;

- la Legge 11 gennaio 2018, n. 3 (cosiddetta "Lorenzin") sul riordino delle professioni sanitarie, che *annovera definitivamente la nostra Professione tra quelle sanitarie*.

Ognuna di queste leggi influenza la nostra Professione e, di conseguenza, il nostro codice di comportamento sancito dai precetti deontologici, e ha reso necessaria e opportuna una rivisitazione del testo in vigore dal 16 febbraio 1998.

Il referendum nazionale svoltosi online dal 21 al 25 settembre 2023 ha fornito un nuovo testo, precedentemente votato all'unanimità dal Consiglio Nazionale dell'Ordine con deliberazione n. 14 del 28 aprile 2023, che è entrato in vigore il **1º dicembre 2023**.



Convegno Bari - 14 ottobre 2023

Al testo precedente

sono state apportate diverse modifiche, tra cui:

- l'introduzione di una *Premessa Etica*, che contiene i quattro principi fondamentali e imprescindibili per un corretto agire professionale, che operano in modo indipendente dall'articolato dei precetti ma fungono da cornice etica per l'intero apparato, tratteggiando e sagomando un professionista che fonda la propria etica professionale sulla scienza e sulla tecnica;

- la *titolazione* degli articoli, che consente il ri-

chiamo per argomento, favorisce la pronta consultazione e rende più fruibile il senso dell'articolo stesso;

- l'adeguamento al *linguaggio di genere*, considerato che la percentuale di psicologhe è dell'84% e sale al 92% nella fascia di età sotto i 29 anni;
- la sostituzione del termine "soggetto" con il più neutro e adattabile termine di "*persona*";



- diverse *precisazioni lessicali*, di natura scientifica, culturale e normativa;
- la modifica del titolo, che ora è *Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani*;
- un *maggior rispetto per la persona minorenne* che nel nuovo Codice ha diritto di parola, mentre nella precedente versione non l'aveva: dovrà essere ascoltata prima di essere coinvolta in un trattamento psicologico o psicoterapico, e la sua volontà dovrà essere tenuta in considerazione in base alla sua età e al suo grado di maturità. Secondo il vecchio Codice i genitori potevano imporre un trattamento sanitario al proprio figlio senza che questi venisse preventivamente ascoltato dallo Psicologo;
- 17 articoli modificati, trascritti e aggiornati secondo le normative vigenti e alla luce del processo di cambiamento al quale la professione è andato incontro dal 1989 ad oggi.

Non si tratta, pertanto, di uno stravolgimento quanto, piuttosto, di un aggiornamento del precedente Codice o, come dice Parmentola, di una "versione adulta", indispensabile per operare in un mondo che Ceruti (2018) definisce "complesso", ovvero:

- *incerto*, perché non possiamo prevedere tutto e non sappiamo tutto ciò che sta per succedere;
- *contraddittorio*, in quanto ci sono flussi continui di informazioni, a una velocità gigantesca, in un modo così vario da contraddirsi, poiché la contraddizione è inherente alla complessità;
- *emergente*, poiché sotto ciò che si vede c'è sempre qualcosa che si muove, qualcosa di nuovo in gestazione.

Da qui il senso e l'importanza della *Premessa Etica* che, sebbene non sia stata oggetto di quesito referendario, accompagna, precede e introduce il

nuovo Codice Deontologico, risultando vincolante per tutti gli iscritti all'Ordine.

La *Premessa Etica* si ispira liberamente al meta-codice EFPA (Federazione Europea delle Associazioni di Psicologi) che fornisce le linee guida per i contenuti dei Codici Etici delle Associazioni che ne fanno parte e pone le basi per una valida deontologia della professione di psicologo. Essa esordisce precisando che:

«Scopo del Codice Deontologico è costituire il riferimento per la condotta di tutte le psicologhe e di tutti gli psicologi, qualunque sia il loro orientamento teorico-applicativo, l'ambito scientifico e di ricerca, la metodologia e gli strumenti utilizzati, la loro attività professionale.

Le psicologhe e gli psicologi fondano le loro ricerche e la loro pratica professionale su conoscenze scientifiche specifiche, discusse e condivise dalla comunità scientifica internazionale e nazionale: l'oggetto di questa scienza è l'insieme dei rapporti reciproci tra la vita psichica, le dimensioni relazionali e i comportamenti individuali, di gruppo, di comunità.

Tutto questo impegna le psicologhe e gli psicologi a prestare particolare attenzione alle conseguenze delle proprie scelte e delle proprie azioni professionali.

La *buona pratica* professionale è la pietra angolare all'interno della relazione tra professionista e cliente (o paziente o utente) e nasce dall'integrazione dei quattro principi etici che caratterizzano la professione. Tale *buona pratica* esclude ogni intervento, orientamento teorico, metodo o tecnica psicologica che possa confliggere con tali principi.»

La *Premessa Etica* definisce, dunque, la *cornice identitaria* entro cui si colloca il Codice Deontologico e contiene i *Quattro Principi Etici* fondamentali e imprescindibili per la pratica professionale perché ispirano e guidano tutti gli articoli della carta deontologica: Rispetto e promozione dei diritti e della dignità delle persone e degli animali; Competenza; Responsabilità; Onestà e integrità, lealtà e trasparenza. Tuttavia i capoversi presenti nel preambolo non costituiscono norma deontologica.

PRIMO PRINCIPIO ETICO

RISPETTO E PROMOZIONE DEI DIRITTI E DELLA DIGNITÀ DELLE PERSONE E DEGLI ANIMALI

«Le psicologhe e gli psicologi rispettano e promuovono i diritti fondamentali della dignità e del valore di tutte le persone e degli animali. In particolare, operano per la promozione della libertà, dell'autonomia e del benessere psicologico, nel rispetto della soggettività di ciascuna persona, gruppo o comunità.»

Questo primo principio si ispira alla *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, e all'art. 3 della Costituzione della Repubblica Italiana che recita: «*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*».

Rimanda perciò automaticamente all'articolo 4, che costituisce il fondamento etico della struttura del Codice Deontologico, in quanto tratteggia il profilo di «un professionista assolutamente laico e aperto nell'accogliere le differenze», dal momento che «un esercizio professionale non laico sottenderebbe che lo psicologo non ha compreso cosa significa 'professione giuridicamente istituita'; non ha caratteristiche personologiche adatte a questa professione; non ha chiare né l'epistemologia né la clinica della professione psicologica. Verrebbe addirittura da chiedersi perché voglia esercitare una simile professio-

ne, non avendola compresa a nessun livello ed essendo destinato a fare lo psicologo senza esserlo, a vivere la penosa condizione di psicologo senza psicologia» (Parmentola, Leardini, 2020, pp. 302-304).

Articolo 4

Principio del rispetto e della laicità

«La psicologa e lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, forniscono all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le proprie prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza.

Riconoscono le differenze individuali, di genere e culturali, promuovono inclusività, rispettano opinioni e credenze e si astengono dall'imporre il proprio sistema di valori.

La psicologa e lo psicologo utilizzano metodi, tecniche e strumenti che salvaguardano tali principi e rifiutano la collaborazione ad iniziative lesive degli stessi.

Quando sorgono conflitti di interesse tra l'utente e l'istituzione presso cui la psicologa e lo psicologo operano, questi ultimi devono esplicitare alle parti, con chiarezza, i termini delle proprie responsabilità ed i vincoli cui sono professionalmente tenuti.»

SECONDO PRINCIPIO ETICO

COMPETENZA

«La competenza delle psicologhe e degli psicologi è data sia da conoscenze teoriche acquisite all'Università e attivamente integrate e aggiornate, sia da una pratica sottoposta al confronto tra pari e alla supervisione di colleghi o colleghi esperti e altamente qualificati.

Le psicologhe e gli psicologi assicurano e mantengono alti standard di formazione e competenza nell'ambito professionale in cui operano; riconoscono i limiti delle loro specifiche competenze e i confini dei loro ambiti di intervento;



utilizzano solo metodi, strumenti e tecniche per i quali si sono preparati attraverso una specifica e adeguata formazione scientifica, un costante training, un'attiva esperienza professionale. La loro formazione è sottoposta ad un continuo aggiornamento scientifico e metodologico.»

Per *competenza* si intende il possesso di particolari "abilità" derivanti a loro volta da una specifica "formazione" acquisita attraverso uno specifico percorso di studio. Tale competenza (nella duplice forma della "consapevolezza" tecnica e dell'"autoconsapevolezza" delle proprie capacità e dei propri limiti) implica il possesso di determinate "teorie della tecnica" che consentono di compiere una serie di "atti professionali" tecnici fondati su basi scientificamente accettate.

Nei principi generali del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi si trova l'articolo 5, che è chiamato l'articolo della *competenza*:

Articolo 5

Competenza professionale

«La psicologa e lo psicologo sono tenuti a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali operano.

La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale.

Riconoscono i limiti della loro competenza e usano, pertanto solo strumenti teorico-pratici per i quali hanno acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione.

La psicologa e lo psicologo impiegano metodologie delle quali sono in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici e non suscitano nella persona cliente e/o utente aspettative infondate.»

L'articolo non fa riferimento agli specifici percorsi di formazione dello psicologo e, quindi, alle abilità professionali possedute da uno psicologo del lavoro, da uno psicologo scolastico oppure da uno psicoterapeuta. L'attenzione viene posta, invece, su una disciplina normativa della competenza – come devono essere acquisite e usate le abilità – che non si limita a porsi come fattore esterno di controllo, ma che si propone di diventare una componente interna della coscienza professionale di ciascun psicologo.

Competenza tecnica e deontologia sono necessarie l'una all'altra perché occorre molta tecnica per essere etico ma, in modo speculare, occorre molta etica per essere sufficientemente tecnici.

TERZO PRINCIPIO ETICO

RESPONSABILITÀ

«Le psicologhe e gli psicologi hanno la responsabilità professionale e scientifica verso le persone che a loro si rivolgono, verso la comunità e verso la società in cui lavorano e vivono, e verso l'ambiente che li circonda.

Pertanto, le psicologhe e gli psicologi si assumono la responsabilità della scelta dei metodi, degli strumenti e delle tecniche, della loro applicazione e delle prevedibili conseguenze, prestando attenzione affinché le loro prestazioni non vengano usate in modo strumentale e in contrasto con il principio del rispetto dei diritti e della dignità delle persone e degli animali.»

La *responsabilità* è uno dei concetti cardini dell'etica professionale. Il termine "responsabilità" deriva dal verbo latino "*respondeo*" (rispondere) che, a sua volta, deriva da un altro verbo, cioè "*spondeo*". Entrambi i verbi venivano impiegati nelle ceremonie matrimoniali e indicavano l'assunzione di un impegno solenne.

"*Spondeo*" veniva utilizzato quando un padre impegnava la figlia in matrimonio e indicava, quindi, l'impegno che prendeva con il promesso sposo dandogli in sposa la figlia. "*Respondeo*" era il ver-



Convegno Foggia - 13 gennaio 2024

bo che veniva impiegato dal promesso sposo in risposta allo "spondeo" del padre della sposa. Lo sposo esprimeva così la volontà di fornire delle assicurazioni di fronte alle possibili incertezze del futuro, di ricambiare, di rispondere all'impegno del padre rendendosi responsabile del proprio agire mediante una promessa solenne in merito alla vita matrimoniale futura.

La responsabilità ha, dunque, un significato di *risposta*, ma anche un significato di *sollitudine*

e *impegno*. Infatti la responsabilità richiede ascolto e capacità sia di rispondere sia di cogliere la rilevanza della realtà che ci sta di fronte. "Responsabile" è chi è tenuto a rispondere, cioè a rendere ragione e a subire le conseguenze di un'azione o di uno stato di cose. La responsabilità allude alla qualità o alla condizione di chi promette qualcosa o si impegna in qualcosa: indica, perciò, un impegno che si riferisce alla dimensione futura delle proprie azioni.

In termini psicologici, la responsabilità è considerata un *costrutto relazionale* (Schulz, 1988; Zamparini, 1998), che trascende la singola persona, poiché fa riferimento a un orizzonte etico che include due o più persone,

senza che mai venga meno la responsabilità *personale* intesa come:

- impegno derivante dalla consapevolezza di dover rispondere degli effetti delle proprie azioni;
- obbligo di risarcire un danno (capacità riparativa);
- garanzia, assicurazione, un modo di dare salvaguardia, di mettere al sicuro, di dare protezione.



Per comprendere appieno la figura di *professionista responsabile*, delineata dal Codice deontologico, dobbiamo rivolgere un rapido sguardo al contesto socio-culturale contemporaneo. Oggi abbiamo a che fare con un uomo "senza gravità", come dice Melman (2009); viviamo in una società "debole" nella quale la personalità dominante si caratterizza per un narcisismo edonistico ed espressivo; siamo immersi in una cultura "egologica" (cfr. Lasch, 1982; Sennet, 1982), che trova il suo precipitato nel culto dell'autorealizzazione, in progetti di vita che spesso fondono la propria dimensione etica su preferenze soggettive; un fenomeno che MacIntyre (1988) definisce come il trionfo dell'*etica dell'emotivismo* e, aggiungo io, dell'estetica della sensazione. La modernità liquida è la convinzione che «il cambiamento è l'unica cosa permanente e che l'incertezza è l'unica certezza» (Bauman, 2011).

In questo senso i confini del *pubblico* si sono ristretti in favore del *privato*. Un privato caratterizzato però da un pluralismo etico che vede il declino dei sistemi morali fondati su prescrizioni sociali e l'avvento di etiche della pre-

ferenza. Secondo MacIntyre (1988) abbiamo assistito al passaggio dalle società tradizionali alle società post-tradizionali, nelle quali non si manifesta più una grande autorità in grado di produrre stabilmente, in modo quasi automatico, atteggiamenti di aderenza e di obbedienza. La frammentazione dell'*ethos*, a livello sociale, ha prodotto una moltiplicazione di micro-autorità e, conseguentemente, una complessificazione del sistema di obblighi a cui una persona deve fare riferimento.

Di fronte a questa espansione del mondo privato possiamo considerare la proliferazione delle deontologie, che caratterizza la società contemporanea, come una sorta di reazione del pubblico nel campo dell'*etica* e della *moralità* (Williams, 1990).

Anche la psicologia, come ogni altra scienza evoluta, è chiamata a confrontarsi con principi etici e deontologici che possano essere vissuti e messi in pratica nel quotidiano, nell'affrontare il problema di garantire il rispetto della dignità delle persone e dei loro diritti, senza irrigidirsi in norme e divieti.



Convegno Lecce - 17 febbraio 2024

QUARTO PRINCIPIO ETICO ONESTÀ E INTEGRITÀ, LEALTÀ E TRASPARENZA

«Le psicologhe e gli psicologi operano affinché i loro interventi e le loro attività professionali siano sempre ispirati da onestà intellettuale, integrità professionale, lealtà umana. L'impegno alla trasparenza nel presentare il proprio ruolo e i propri metodi, ad esplicitare gli stru-

menti utilizzati e ad informare circa le prestazioni e gli interventi offerti è uno dei presupposti fondamentali del *saper fare* e del *saper essere* delle psicologhe e degli psicologi.

Il tempo della comunicazione è tempo di cura.»

L'agire professionale implica sempre *onestà*, un modo di agire leale, ispirato a valori condivisi e alla diligente osservanza delle norme. L'onestà si rafforza attraverso l'*integrità* e, dunque, la correttezza; attraverso la *lealtà* e, quindi, la collaborazione e il rispetto reciproco; attraverso la *trasparenza*, ossia la chiarezza, franchezza e riduzione degli interessi personali e dei conflitti.

Il professionista serio è consapevole delle conseguenze che potrebbero derivare dalle sue decisioni e dal modo di condurre gli interventi qualora venisse a mancare il rispetto delle norme etiche e deontologiche. Ma, d'altra parte, un professionista può definirsi tale solo se è in grado di "professare" gli aspetti fondamentali che lo rendono tale, cioè se è in grado di operare in "*scienza e coscienza*": agire con senso del dovere per il professionista sanitario significa agire avendo come scopo il benessere o la cura della persona.

LA PREMESSA ETICA AL CODICE CONCLUDE RICORDANDO CHE:

«I principi sopra enunciati sono fondamentali e imprescindibili; le psicologhe e gli psicologi si impegnano a rispettarli, ad ispirarsi ad essi ed a difonderne la conoscenza. Sulla base di tali principi regolano i rapporti che intrattengono nella loro comunità scientifico-professionale e quelli che sviluppano con le altre professioni.»

Catello Parmentola (2023), membro della Commissione Deontologia e dell'Osservatorio Permanente del Codice Deontologico presso il CNOP, osserva che «Premessa e Principi rendono il Codice più bello e compiuto: ci ricordano che, per ogni psicologo, c'è 'una base' di vincolo etico prima ancora dei singoli precetti dell'ar-

ticolato, che il vincolo etico non si risolve nel precetto, si misura ma non si sostanzia solo nell'adesione o nella deroga al precetto. Collocare l'Etica in premessa all'articolato deontologico indica anche una direzione: man mano che i Principi si distingueranno dai precetti, il taglio dell'articolato sarà più giuridico-formale, prevedrà articoli di più chiara e diretta applicabilità, con deroghe più agevolmente accertabili, misurabili e sanzionabili.»

Mi fermo qui, senza entrare nel merito dei singoli articoli, consapevole del fatto che nessuna revisione è mai definitiva e mai potrà essere esauritiva: il Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani denota nuove attenzioni e sensibilità ma anche qualche imprecisione, incoerenza, carenza e lascia una responsabilità ineliminabile per il professionista, che ha bisogno di principi etici chiari, ben definiti essendo chiamato a valutare attentamente le proprie azioni in base alla situazione specifica, nel mentre opera secondo i contesti, *dentro e con* le relazioni.

Marco Pingitore (2023), pure lui membro della Commissione Deontologia e dell'Osservatorio Permanente del Codice Deontologico presso il CNOP, si dice certo che, disponendo di un nuovo Codice aggiornato, chiaro e rispondente alle esigenze di tutta la nostra Categorìa e a quelle degli utenti, potrà iniziare finalmente «un processo di cambiamento del Codice Deontologico come non lo è mai stato, [...] un lavoro revisionale costante e condiviso che porterà nuovi cambiamenti e aggiornamenti che non è stato possibile attuare per mancanza di tempo. Mi riferisco ad una migliore disposizione degli Articoli nel Codice e, un tema a me molto caro, affrontare nuove sfide come ad esempio quello dell'etica che incontra l'intelligenza artificiale: l'attuale Codice è sprovvisto di un articolo dedicato o di un riferimento, ma non siamo in ritardo. C'è tempo per rimediare all'indomani della vittoria del Sì.»



Anche David Lazzari (2023), Presidente del CNOP, ritiene che si apra ora «una fase nuova, perché non aspetteremo anni per mettere di nuovo mano al Codice ma avvieremo un lavoro di revisione in progress, che dovrà riguardare non solo la professione ma la società e le sue espressioni più coinvolte ed interessate. Trovare l'equilibrio e la sintesi tra opinioni ed opzioni diverse, magari tutte legittime da diverse

prospettive, è una sfida aperta, così come quella di adeguare le garanzie deontologiche all'evoluzione dei problemi e della società. Uno dei segnali della maturità e della valenza sociale di una professione, è stato osservato, si vede dall'interesse che suscitano, anche al di fuori della stessa, le norme deontologiche che la ispirano e guidano, oltre alle leggi, le prassi professionali. Se questo è vero allora la nostra, pur essendo una delle professioni più giovani, può dire che gli anni trascorsi dalla regolamentazione ordinistica – 35 nel 2024 – non sono passati invano.»

L'esistenza di un Codice Deontologico non crea di per sé l'agire professionale – come la scrittura non crea il pensiero, ma ne è la sua espressione – bensì lo orienta e lo sostiene. Esso si giustifica per molte ragioni, in quanto rende pubbliche e manifeste le norme interne di una professione, forma e stimola la coscienza deontologica, dirige l'azione nei casi concreti, favorisce l'unità professionale e ne incrementa l'autonomia, protegge gli utenti e infine protegge la professionalità in quanto offre le basi non solo per le sanzioni, ma anche per l'autodifesa.



Dott.ssa Loredana Capone - Presidente del Consiglio Regionale

Un professionista competente e motivato deve avere, come base per il suo operare, l'etica professionale, da cui discende l'articolazione delle azioni da compiere alla luce delle regole di deontologia professionale ufficializzate nel Codice Deontologico, che non costituisce un mero elenco di doveri e/o di divieti ma rappresenta, invece, un'espressione di valori etico-professionali e funge da *guida che illumina, orienta e rassicura nell'agire quotidiano*.

«La lezione deontologica più importante da tenere a mente è che spesso nel nostro lavoro, in certe condizioni che abbiamo definito dilemmatiche, non c'è la risposta giusta: il mondo è complesso, la nostra professione è complessa, i problemi complessi hanno sempre soluzioni complesse (un vecchio slogan del MBO – *Management By Objectives*, un metodo classico di gestione delle organizzazioni – diceva che i problemi complessi hanno anche soluzioni semplici, ma purtroppo le soluzioni semplici...sono sbagliate). Svolgendo la professione di psicologo ci si imbatte costantemente con diversi livelli e quote di ambiguità e indeterminatezza; tutto ciò prevede la capacità

di poter risolvere dilemmi e criticità grazie a soluzioni anche creative, bilanciando le regole generali con la particolarità del caso specifico. Sotovalutare o peggio ignorare l'importanza della dimensione deontologica nella pratica professionale per gli psicologi, è uno dei rischi più insidiosi che può correre il professionista». (Stampa, Gibilisco, 2023, p. 78).

CONCLUSIONI

Se il Codice deontologico è «frutto visibile della maturità di una professione perché può esistere solo in quanto si sono sviluppate le condizioni della sua esistenza, costituite dalla vitalità e dal rigore del gruppo professionale che si preoccupa del proprio modo di lavorare, che vuole – ma è anche in grado di – definirlo, articolarlo, pubblicizzarlo e sottoporlo a verifica» (Saviane Kaneklin, 2007, p. 47), esso deve divenire *strumento di riflessione e di continua formazione* perché, nella misura in cui lo conosciamo, lo consultiamo e lo applichiamo, potremo apprezzarlo, potremo rilevarne limiti, inadeguatezze, criticità e potremo concorrere attivamente ad integrarlo e modificarlo, attraverso la critica riflessiva e la partecipazione propositiva.

Da qui l'invito ad usarlo come strumento individuale e collettivo per saper sempre meglio pensare ed agire in modo eticamente corretto.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. (2011). *Modernità liquida*. Bari: Editori Laterza.
- Ceruti, M. (2018). *Il tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lasch, C. (1982). *La cultura del narcisismo*. Milano: Bompiani Editore.
- Lazzari, D. (2023). *Professione psicologica: un codice deontologico di garanzia per una fase nuova*. https://www.huffingtonpost.it/blog/2023/10/09/news/professione_psicologica_un_codice_deontologico_di_garanzia_per_una_fase_nuova-13606267/
- MacIntyre, A. (1988). *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*. Milano: Feltrinelli.
- Madonna, G. (2002). Del bene e del buono. In E. Calvi (a cura di). *Lo Psicologo al lavoro. Contesto professionale, casi e dilemmi, deontologia*. Milano: Franco Angeli.
- Melman, C. (2009). *La nouvelle économie psychique. La façon de penser et de jouir aujourd'hui*. Toulouse: Érès.
- Parmentola, C., Leardini, E. (2020). *Il Manuale deontologico degli Psicologi. - Tra le parti e nella parte -*. Francavilla al Mare (CH): Edizioni Psi-conline.
- Parmentola, C. (2023). *5 motivi per approvare il nuovo Codice Deontologico Psicologhe e Psicologi*.
- <https://deontologiapsicologi.marcopingitore.it/parmentola-5-motivi-per-approvare-il-nuovo-codice-deontologico-psicologhe-e-psicologi/2023/08/24/5994/>
- Pingitore, M. (2023). Referendum, l'intervista: il nuovo Codice e i lavori nel tavolo CNOP. <https://www.ordinepsicologicalabria.it/referendum-lintervista-il-nuovo-codice-e-i-lavori-nel-tavolo-cnop/>
- Sanicola, L. (1985). "Il segreto professionale". *Società e Salute*, n. 1.
- Saviane Kaneklin, L. (2007). Rivisitazione del Codice deontologico per la professione di psicologo. In A. Corradini, S. Crema, M. Lupo, L. Saviane Kaneklin (a cura di), *Etica e Deontologia per Psicologi*. Roma: Carocci Editore.
- Schulz, W. (1988). *Le nuove vie della filosofia contemporanea. Vol. 5: Responsabilità*. Bologna: Marietti Editore.
- Sennet, R. (1982). *Il declino dell'uomo pubblico. La società intimista*. Milano: Bompiani Editore.
- Stampa, P., Gibilisco, S. (2023). Uno sguardo all'etica. In P. Stampa, A. Civitillo e S. Gibilisco, *Atlante illustrato di deontologia per psicologi e studenti di Psicologia*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Williams, B. (1999). Modernità e vita etica. // *Mulino*, 329, XXXIX, 3, pp. 391-403.
- Zamperini, A. (1998). *Psicologia sociale della responsabilità. Giustizia, politica, etica e altri scenari*. Torino: Utet Università.



IL BAMBINO VULNERABILE ALLA DIPENDENZA

RIASSUNTO

La ricerca indipendente che presentiamo indica una possibile soluzione al problema di come riconoscere e diagnosticare un bambino vulnerabile alla dipendenza con largo anticipo sull'insorgenza dei sintomi. Studiando l'infanzia di 32 pazienti dipendenti in trattamento negli ultimi 10 anni è stato possibile individuare tre indicatori precoci predittivi, nella nostra ipotesi, della loro vulnerabilità alla dipendenza. Si tratta di indicatori preclinici che riguardano l'area della gratificazione, dell'affettività e del rapporto con la realtà. Essi si manifestano all'epoca in cui il bambino si affaccia alla scuola primaria, si ripropongono nell'adolescenza e si consolidano definitivamente nell'adulto dipendente.

Se in fase di validazione la nostra ipotesi sarà confermata su un campione statisticamente significativo, diventerà possibile diagnosticare la vulnerabilità alla dipendenza già nella fase presintomatica; a tutt'oggi, invece, la diagnosi precoce viene formulata quando è già cominciato l'uso di sostanze.

INTRODUZIONE

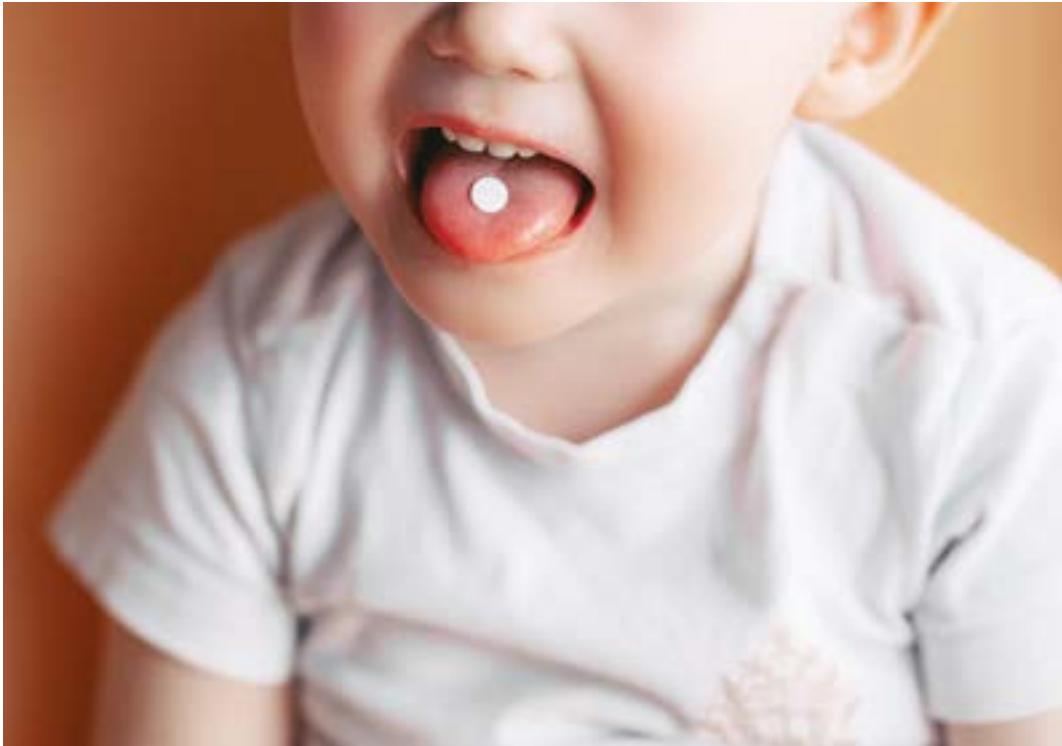
È noto che un certo numero di soggetti comincia a consumare sostanze stupefacenti senza sviluppare una dipendenza, mentre altri particolarmente vulnerabili, pur utilizzando le stesse sostanze, si ammalano di dipendenza. Di questi ultimi non conosciamo il profilo psicologico né sappiamo di ricerche che vanno in questa direzione, pertanto non siamo in grado di individuare e diagnosticare gli adolescenti o preadolescenti che rischiano di sviluppare una dipendenza patologica dopo il contatto con le sostanze. Ancora meno siamo in grado di diagnosticare il bambino vulnerabile alla dipendenza che ogni paziente è stato prima di ammalarsi.

A fronte di conoscenze approfondite sulla malattia e sulle sue manifestazioni, si rileva una carenza di conoscenze sulla "persona" che si ammalà e, più specificamente, sugli "indicatori precoci" della sua vulnerabilità alla dipendenza. Indicatori che, come vedremo più avanti, erano presenti nell'infanzia dei nostri pazienti e che non sono stati in-

Vito Dibari
Psicologo

Rachele Prosperi
Psicologa

Carmela Rizzi
Psicologa



tercettati per tempo; per cui non è stato possibile far partire la diagnosi precoce e la prevenzione con anni d'anticipo rispetto al primo contatto con la sostanza. Vi è dunque una criticità che comporta un ritardo nella diagnosi e posticipa di anni l'avvio di un programma di prevenzione primaria.

Ancora oggi l'unica diagnosi possibile è quella dell'uso di sostanze, anziché della "persona" che ne fa uso e, peraltro, viene formulata quasi sempre 6-8 anni dopo il primo contatto con la sostanza, cioè quando, a volte, è già tardi per prevenire i danni neurologici causati dalle sostanze. Questa è la ragione per cui la Risoluzione dell'ONU n. 51/3 del 2008, di concerto con l'OMS, sollecitava gli Stati alla diagnosi e all'intervento precoce dell'uso di sostanze stupefacenti, prima ancora, delle condizioni di vulnerabilità all'uso e, infine, concludeva: "La diagnosi e l'intervento precoce sono una priorità non più procrastinabile".

Sono passati 14 anni e il ritardo nella diagnosi precoce resta immutato, sia nella prevenzione selettiva offerta ai soggetti che fanno uso di sostanze, sia nella prevenzione indicata riguardante i soggetti "vulnerabili all'uso di sostanze", come i figli di genitori tossicodipendenti, i ragazzi che abbandonano la scuola, quelli che entrano in contatto con le autorità giudiziarie e quelli che sperimentano sostanze. Non vi è ritardo, invece, nella prevenzione universale che interviene già sui bambini di 6 anni, anche se la criticità resta, perché, non conoscendo le caratteristiche psicologiche dei bambini a rischio, non possiamo diagnosticarli, prima e dopo la realizzazione di un programma di prevenzione per poterne misurare l'efficacia. Nella VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze (2021) il Prof. Fabrizio Faggiano solleva il problema della criticità che ancora oggi limita la prevenzione primaria delle dipendenze, quando afferma a proposito della dipendenza e



degli effetti sulla salute: "Non sappiamo identificare quali individui rischiano di avere effetti e quali no. Non sappiamo quindi quali sono le caratteristiche dei soggetti che passano dall'uso, all'uso problematico e alla dipendenza".

Il lavoro di ricerca che presentiamo ci apre una strada nuova verso il superamento della criticità di cui stiamo discutendo. In particolare ci permette di acquisire nuove conoscenze, sia sulle caratteristiche psicologiche del soggetto che in adolescenza si ammala di dipendenza dopo l'assunzione di sostanze, sia sulle caratteristiche psicologiche del bambino vulnerabile che è stato prima di ammalarsi. Le nuove conoscenze riguardano alcuni comportamenti problematici che si manifestavano nell'infanzia di tutti i nostri pazienti nella relazione con la gratificazione, con l'affettività e con la scuola. Questi stessi comportamenti problematici sono, nella nostra

ipotesi, gli indicatori precoci di vulnerabilità alla dipendenza che stavamo cercando nella nostra casistica. Nei nostri pazienti, infatti, erano già presenti quando frequentavano la scuola primaria, si sono ripresentati nell'adolescenza e, successivamente, del tutto consolidati nella loro struttura adulta di personalità. Ci ha colpito un dato riguardante gli indicatori e in particolare la loro presenza nei pazienti da noi trattati, sia se dipendenti da sostanze, sia se dipendenti senza sostanze. Vi è dunque un profilo psicologico, costituito da comportamenti problematici, alla base di qualsiasi dipendenza, cioè un denominatore comune a tutte le possibili declinazioni della dipendenza? Sembra di sì e sembra anche che lo stesso denominatore comune, con delle sfumature diverse, sia altrettanto presente in chiunque abbia un rapporto problematico con una sostanza o con il cibo, il sesso, il gioco, eccetera. La scoperta di un comune denominatore presente



nelle dipendenze da sostanze e senza sostanze ci apre, dunque, all'ipotesi che esista uno "spettro della dipendenza" piuttosto ampio rispetto a quello che immaginiamo. L'ipotesi sembrerebbe confermata dal fatto che gli stessi genitori, come anche i fratelli o le sorelle dei nostri pazienti ritrovavano spesso in se stessi alcuni tratti psicologici che emergevano nelle anamnesi dei nostri pazienti.

D'altro canto tutti noi abbiamo sperimentato una fisiologica dipendenza dai nostri genitori e non è così semplice crescere in autonomia. Dipendenti, pertanto, non si diventa, semmai si resta, ovvero si resta vulnerabili alla dipendenza quando non si riesce ad affrancarsi dalla fisiologica dipendenza che ciascuno di noi sperimenta sin dalla nascita. Ciascuno di noi può, senza saperlo, non aver del tutto superato la condizione psicologica di dipendenza, può quindi far parte di uno spettro della dipendenza molto ampio rispetto a quello che percepisce. Le tante manifestazioni che compongono questo ampio spettro le abbiamo viste chiaramente nel sistema famiglia di cui il bambino a rischio fa parte, così come le abbiamo viste nel macrosistema di cui tutti facciamo parte e possiamo coglierle in noi stessi se la nostra mente si apre al riconoscimento dei comportamenti che caratterizzano una dipendenza non del tutto superata nella nostra struttura di personalità. Se quanto da noi ipotizzato fino a questo punto sarà confermato nella fase di validazione, potremo dire che non esiste solo una vulnerabilità alla dipendenza, ma un'ampia gamma attraverso cui essa si manifesta. Potremo altrettanto affermare che non si manifesta soltanto nel paziente, ma anche nel sistema di cui fa parte. Ecco perché ci sembra corretto auspicare che lo stesso sistema in cui il bambino cresce sia informato e preparato a riconoscere gli indicatori precoci di una vulnerabilità alla dipendenza.

Questa è la ragione per cui abbiamo previsto una seconda fase della nostra ricerca in cui sperimentare a scuola la diagnosi precoce di vulne-

rabilità alla dipendenza con la collaborazione di genitori e insegnanti, adeguatamente preparati a riconoscere i segnali precoci di tale vulnerabilità. Rendere competente la comunità educante a riconoscere il bambino vulnerabile alla dipendenza è indubbiamente il primo passo per una "prevenzione partecipata" che operi in ottica sistematica. D'altro canto se non operassimo in tal senso come sarebbe possibile contrastare con strumenti che si rivolgono soltanto a una parte del sistema - *i soggetti in età evolutiva* - un fenomeno che, secondo il modello bio-psico-sociale, ha carattere sistematico e, pertanto, è anche il prodotto del sistema stesso in cui si manifesta? La diagnosi precoce formulata nel momento in cui il bambino incontra il mondo della scuola è indubbiamente un passo avanti importante nella prevenzione primaria delle dipendenze, ma da sola non basta se il sistema in cui il bambino a rischio vive resta impreparato a decodificare i segnali di disagio inviati dal bambino e continua a promuovere, senza volerlo, una cultura della dipendenza.

Non basta, anche perché continueremmo a delegare al sistema sanitario, alla scuola o alla famiglia la responsabilità della prevenzione primaria delle dipendenze e ad aspettarci un cambiamento poco probabile nei bambini, in particolare in quelli vulnerabili alla dipendenza che, più di tutti, sono psicologicamente dipendenti dal sistema in cui vivono e crescono. Per concludere, vogliamo sottolineare che la seconda fase della nostra ricerca non si limita soltanto alla sperimentazione della diagnosi precoce a scuola, ma serve a capire come capitalizzare al meglio, nella prevenzione primaria, le nuove conoscenze acquisite sulla "persona" che si ammalia di dipendenza o che ne resta vulnerabile. Pensiamo che, se la ricerca da noi svolta ai fini della prevenzione primaria delle dipendenze, ci fornirà la base teorica per formulare una diagnosi precoce di vulnerabilità alla dipendenza, potrà altrettanto orientarci sulla strada da scegliere quando si dovrà decidere il programma di prevenzione da avviare e di cui misurare l'efficacia.



METODO

Il metodo di lavoro che ci preparamo a descrivere fa riferimento alla prima fase della nostra ricerca, durata 10 anni, il cui scopo era andare a cercare gli indicatori precoci della vulnerabilità alla dipendenza nel bambino che si affaccia alla scuola primaria. La seconda fase, cui abbiamo accennato nell'introduzione e della quale non descriveremo il metodo, riguarda la validazione degli indicatori, la sperimentazione a scuola della diagnosi precoce di vulnerabilità alla dipendenza e, infine, la sperimentazione di un modello di "prevenzione partecipata" dai genitori e dagli insegnanti. C'è anche una terza fase cui accenneremo nel capitolo sulle conclusioni.

Perché abbiamo scelto di andare a cercare gli indicatori di una vulnerabilità alla dipendenza nella fase evolutiva in cui il bambino si affaccia al mondo della scuola? Lo abbiamo fatto perché in quel periodo il bambino è chiamato a "separarsi" dalla famiglia, dal modo di strutturare il suo tempo e dalla fisiologica dipendenza dai genitori, per "entrare in una relazione educativa" con la scuola, dove poter sperimentare nuovi apprendimenti e una crescente autonomia. Nella relazione educativa il bambino ha davanti a sé un educatore, un insegnante, cioè una persona con un ruolo, un ruolo che segna un confine tra sé e il bambino da educare, come anche tra quest'ultimo e il docente. Stare dentro questo confine richiede al bambino una nuova competenza: sapersi separare dall'altro, essere a suo agio quando è solo con se stesso e deve pensare con la sua testa, prendere decisioni, risolvere problemi, in altri termini, quando è chiamato a sperimentare una sana solitudine che ogni ruolo, compreso quello di scolaro, comporta. Se il bambino ha sperimentato in famiglia soprattutto relazioni fusionali, quindi non è stato dentro una relazione educativa in cui imparare ad amministrare se stesso, ma è stato continuamente accontentato o controllato da genitori intrusivi, oppure è stato iper-protetto, difficilmente si sente a suo agio quando a scuola è solo e deve amministrare se stesso nel ruolo di scolaro.

Abbiamo avuto riscontro di tale difficoltà nei racconti anamnestici in cui i genitori erano entusiasti del rendimento dei figli a scuola, mentre gli stessi pazienti ci confessavano di aver studiato solo per compiacerli. Un paziente, affetto da alcolismo, ci ha riferito che durante la lezione pensava ai cartoni animati che avevano lasciato a casa, mentre un altro, affetto da gioco d'azzardo, disturbava continuamente le lezioni con battute inopportune e in tal modo trasformava un contesto di lavoro in uno spazio ludico in cui gratificarsi e ricevere conferme dai compagni. C'era, infine un altro paziente, affetto da tossicodipendenza, che ha pianto per tutto il periodo dell'asilo, perché non voleva andarci, preferendo restare a casa a giocare con il nonno. Sono esempi della difficoltà del paziente a stare dentro una relazione educativa e ad identificarsi nel ruolo che gli adulti si aspettano da lui quando si affacciava al mondo della scuola.

Dopo aver spiegato le ragioni per cui abbiamo pensato di andare a cercare gli indicatori precoci della vulnerabilità nel bambino che si affaccia al mondo della scuola, vediamo ora qual è il processo di lavoro che abbiamo messo in atto per andarli a cercare.

Il metodo che abbiamo scelto è la costruzione di un'intervista, costituita da domande chiuse da rivolgere ai genitori dei nostri pazienti, al fine di acquisire una maggiore conoscenza dell'infanzia dei nostri pazienti e soprattutto degli indicatori che stavamo cercando. Abbiamo preferito le domande chiuse, perché quando abbiamo posto domande aperte spesso i genitori mostravano la tendenza a presentare un'immagine ideale relativa all'infanzia dei nostri pazienti, mentre noi stavamo cercando il bambino vulnerabile alla dipendenza nel bambino reale che era stato ogni nostro paziente. È nata così l'idea di cominciare tutte le nostre interviste successive con una domanda che stimolasse i genitori a parlare del figlio reale. La domanda che abbiamo scelto è la seguente: "Ci sono stati in vostro figlio compor-

tamenti che vi impensierivano nel periodo in cui cominciava a frequentare la scuola elementare?".

Ascoltando le risposte dei genitori si capiva che c'erano nell'infanzia dei nostri pazienti alcuni "comportamenti problematici" nella relazione con la scuola, con l'affettività e con la gratificazione. Ci chiedevamo se i comportamenti problematici riferiti in queste tre aree fossero gli indicatori che stavamo cercando, dato che ci venivano riferiti da tutti i genitori dei nostri pazienti. Seguendo questa intuizione, abbiamo continuato a lavorare sulle domande per costruirle in modo che risultassero il più possibile efficaci rispetto alla funzione che dovevano svolgere.

Non tutti i genitori ci hanno segnalato spontaneamente la presenza di comportamenti problematici in tutte e tre le sfere appena citate. Di volta in volta ci parlavano esclusivamente dei problemi di cui erano consapevoli, per esempio del rapporto problematico con la scuola; mentre non ci parlavano, perché non consapevoli, della problematicità che il bambino di allora presentava nella sfera affettiva e/o in quella della gratificazione. Pertanto, toccava a noi cercare le domande chiave in grado di fornire, attraverso le risposte, informazioni utili a far emergere le problematicità che non erano spontaneamente evidenziate dai genitori. Non avendo domande già pronte, di volta in volta le abbiamo cercate e sperimentate per selezionare quelle che si sono rivelate più utili al raggiungimento del nostro obiettivo.

Per ragioni di spazio non descriveremo nei dettagli tutto il lavoro svolto sulle domande; però possiamo fare qualche esempio su quelle che abbiamo testato. Abbiamo chiesto se il bambino manifestasse la sua affettività e spesso la risposta è stata affermativa se la domanda restava aperta. Il dato cambiava man mano che la domanda si faceva più specifica, per cui abbiamo scelto tra le domande la più efficace nel rivelare la presenza di problematicità. Ecco un esempio: "Quando vostro figlio finiva di giocare veniva a

cercarvi per darvi un bacio, una carezza, per abbracciarsi, per dirvi che vi voleva bene?". In nessun caso la risposta è stata affermativa e qualche volta i genitori ci facevano notare che anche in loro c'erano pochi slanci affettivi. Per essere ancora più certi che ci fosse una problematicità nella sfera affettiva del bambino abbiamo imparato a chiedere se il nostro paziente parlava volentieri di sé ai genitori, se si apriva o se, invece, teneva per sé le sue difficoltà e non si apriva a una relazione intima con i genitori. Anche la risposta a questa domanda è stata unanime: nessuno dei nostri pazienti riusciva a parlare di sé ai genitori.

Abbiamo seguito lo stesso criterio per le domande riguardanti la relazione del bambino con la scuola quando i genitori ci dicevano che tutto andava bene. Bastava chiedere informazioni su cosa diceva l'insegnante o informazioni sui voti che prendeva il nostro paziente per capire che, invece, c'erano dei problemi. Qualche volta abbiamo chiesto al paziente se fosse interessato alla scuola e non sempre è arrivata la conferma di ciò che ci era stato riferito dai genitori. Utilizzando questo metodo ci siamo resi conto che nell'infanzia dei nostri pazienti c'era un pattern comportamentale che si ripeteva in tutta la nostra casistica e che evidenziava una sproporzione tra un totale investimento nella gratificazione e un assoluto disinteresse verso le relazioni affettivamente significative e verso il mondo della scuola. Nei nostri pazienti, adolescenti e adulti, ritroviamo lo stesso pattern comportamentale, quando i loro genitori ci parlano di un totale disinteresse per la scuola, di un interesse unico verso la gratificazione che procura l'oggetto della loro dipendenza e quando ci parlano della distanza affettiva verso i genitori di cui si ricordano solo se hanno bisogno di soldi. Nel pattern che stiamo descrivendo i tre "indicatori primari" diventano quattro quando aggiungiamo il tratto ossessivo, indispensabile per poter formulare una diagnosi precoce di vulnerabilità alla dipendenza. Ai primi quattro indicatori se ne aggiungono altri, man-



mano che il bambino cresce: li abbiamo raccolti in una dispensa preparata in occasione di un corso di formazione sulla psicologia della dipendenza, organizzato per alcuni psicologi interessati alla nostra ricerca. Successivamente li abbiamo studiati per approfondirne le correlazioni e per comprendere la loro correlazione con la dipendenza; abbiamo, infine, provato a tracciare il profilo psicologico di un soggetto dipendente, comprensivo di tutti gli indicatori a noi noti. Con quest'ultimo passaggio si conclude la prima fase della nostra ricerca.

RISULTATI

Il punto d'arrivo della nostra ricerca è la conoscenza della psicologia di una "persona" dipendente e del profilo psicologico del bambino che ogni paziente è stato prima di ammalarsi.

Il nostro primo paziente, affetto da una dipendenza net-gaming, è stato descritto dai genitori, durante l'anamnesi, come **un bambino solitario** che spesso si isolava nella sua stanza per giocare ai videogiochi. Nella relazione con i genitori non era intimo, cioè non parlava mai di sé, non chiedeva aiuto se aveva un problema personale e, se sollecitato a parlare di sé, era **evasivo**, impenetrabile, blindato. I genitori raccontano che, col passare del tempo, ha consolidato questo tratto del suo profilo, nel senso che ha imparato a nascondere il suo mondo interno e a presentare un'immagine di sé diversa da quello che era. Sembrava che ci fossero in lui due persone, che avesse una doppia vita, perché in fondo non si fidava degli altri, non vi si abbandonava, non sviluppava un attaccamento agli altri. Nelle relazioni tutti i pazienti della nostra casistica, con le dovute sfumature, erano stati bambini solitari, fondamentalmente diffidenti, pertanto il mondo esterno non riusciva mai ad entrare nel loro mondo interno. C'era una barriera del bambino solitario nei confronti degli adulti, una barriera che gli impediva di entrare in una relazione educativa e di ripensare il suo mondo interno. Ecco la ragione per cui i nostri pazienti, da bambini, non si lasciavano educare, non

imparavano a ripensare se stessi, a conoscersi, a riconoscersi e a riconoscere l'altro. Il loro mondo interno restava l'unico punto di riferimento possibile e, di conseguenza, il bambino solitario restava **un bambino fondamentalmente centrato su di sé**. Di qui la sua difficoltà ad uscire da se stesso, quindi a sviluppare un interesse verso la relazione, un attaccamento all'altro e un interesse ad esplorare il mondo esterno, a conoscerlo. Questa è la ragione per cui sul mondo interno si baserà tutta la costruzione della sua personalità e, come vedremo, nel suo mondo interno il bambino solitario resterà centrato sulla **ricerca delle gratificazioni** che diventerà la principale motivazione dei suoi comportamenti.

Un nostro paziente alcolista si è descritto come un bambino distratto durante le lezioni scolastiche da un gioco ripetitivo con le matite che, nella sua fantasia, rappresentavano i personaggi dei cartoni animati da lui preferiti e da cui mal volentieri si separava tutte le mattine in cui andava a scuola. Un altro paziente affetto da gioco d'azzardo patologico disturbava continuamente le lezioni con battute che attiravano l'attenzione dei compagni e provocavano l'irritazione dell'insegnante. Ecco tre esempi di bambini solitari che erano tali perché, piuttosto che vivere il "qui ed ora", avevano la mente polarizzata su ciò che li gratificava. Nel primo caso era gratificante pianificare l'apprendimento a scuola in funzione del ritorno a casa, nel secondo lo era fuggire dall'apprendimento trasformando le matite in cartoni animati, mentre il nostro terzo paziente si gratificava trasformando la lezione in un palcoscenico da cui gli arrivavano molte conferme attraverso cui gratificarsi. Nel bambino vulnerabile di allora non c'era, dunque, un interesse ad apprendere, non c'era partecipazione alla vita scolastica e piuttosto che essere "dentro" il mondo della scuola, restava centrato su di sé, quindi solitario, ovvero assorto nei suoi pensieri attraverso cui **pianificare strategie** che gli permettessero di trasformare un contesto di lavoro in un'occasione per **gratificarsi**. Ecco come il bambino vulne-



rabile di allora si costruiva una realtà artificiale esercitando un potere sulla realtà che in quel momento era rappresentata dal mondo della scuola. Se ci pensiamo, non fa la stessa cosa il paziente dipendente quando assume le sostanze che procurano artificialmente stati d'animo gratificanti, anziché entrare in contatto con i sentimenti reali che sperimenta dentro di sé? D'altro canto un bambino solitario che mette al centro della sua vita la gratificazione e **l'evitamento di tutte le frustrazioni**, un bambino che non ha imparato a riconoscere, ad accettare e a dare risposte ai propri vissuti spiacevoli, all'interno di una relazione educativa, un bambino solitario che, in altri termini, non può contare sugli altri per risolvere i propri problemi interni e che si sente impotente nella ricerca di una risposta ai propri stati d'animo spiacevoli cosa può fare se non trasformare la propria impotenza in un potere sulla realtà tanto forte da cancellare il problema con le

sostanze che rimettono al centro la gratificazione? Viene da chiedersi: "Perché la gratificazione è così centrale, così pervasiva, del profilo psicologico di un bambino vulnerabile alla dipendenza e, successivamente, nel paziente dipendente?" Nella nostra ipotesi la ricerca di gratificazioni nei nostri pazienti ha il carattere della ossessione piuttosto che della passione, in altri termini è presente già nell'infanzia dei nostri pazienti **un tratto ossessivo** che è alla base della psicologia di un bambino vulnerabile alla dipendenza e, più in generale, di una "persona" dipendente.

L'interesse per il gioco catturava del tutto i nostri pazienti, da bambini, al punto che non trovavano altri interessi, perché la loro mente era esclusivamente polarizzata sull'oggetto gratificante, senza possibilità, per i genitori o per l'insegnante, di poter interrompere questa sequenza. In questa fenomenica della vulnerabilità alla di-



pendenza c'erano delle sfumature nell'infanzia dei nostri pazienti, infatti uno di essi piangeva continuamente prima di andare a scuola, perché desiderava restare a casa a giocare con il nonno, mentre alcuni altri, più compiacenti verso i genitori, riuscivano anche a separarsi dai giochi, ma la loro mente restava su di essi polarizzata, per cui riuscivano a conseguire anche ottimi risultati a scuola, ma non c'era un reale interesse verso l'apprendimento. Così come non c'era un reale interesse verso la relazione in genere e, in particolare, verso i genitori, non c'era un desiderio di lasciare il gioco per andare a trovarli, per abbracciarli, per stare con loro.

Un nostro paziente, cui abbiamo chiesto di parlarci della sua affettività, ci ha risposto con una domanda: "Come faccio a parlare di qualcosa che non conosco?" Al nostro paziente sembrava naturale ciò che per noi era un **impoverimento della sua affettività**, così come gli appariva naturale vivere in famiglia appartato senza partecipare alla vita familiare. I bambini vulnerabili alla dipendenza, come tutti i bambini, nascono per essere in relazione, ciononostante manifestano un netto disinteresse verso l'affettività, di conseguenza i loro legami sono problematici e lo restano anche quando diventano adulti, con i loro genitori, con il partner, con i figli, con i colleghi di lavoro, con un terapeuta, con gli operatori sanitari, con gli operatori delle comunità di recupero, eccetera. L'unico legame che resta in piedi è quello con l'oggetto della dipendenza, in una relazione che resta fusionale, perché non consente al bambino di separarsi dall'oggetto e quindi di "viversi soggetto", per cui il bambino non fa l'esperienza di stare con se stesso in una **sana solitudine, non impara a prendersi cura di sé**, non fa l'esperienza di ascoltarsi, di conoscersi, di riconoscersi e di riconoscere gli altri, quindi non si predispone a crescere in autonomia neanche quando diventa adolescente e adulto. Privo di una sua soggettività, di una sua individuazione, di una sua identità cerca di costruirsi un'immagine di sé più che una identità. Per costruirselà esercita un potere su di sé, cercando di diventare

ciò che pianifica di diventare nelle sue **aspettative ideali** caratterizzate da un **perfezionismo** che gli impedisce di avere un rapporto umano con sé e con gli altri. In forza delle sue aspettative ideali e del suo perfezionismo diventa spesso autoritario e, a volte, persino violento. E questo suo **autoritarismo**, al di là del clima di paura che produce, nasconde alla base tutta la sua dipendenza psicologica dagli altri, ovvero un bisogno di conferme estorte all'altro attraverso le minacce.

Il quadro della condizione esistenziale in cui vive il bambino solitario è ancora più completo se a questo aggiungiamo che gli adulti presenti nella sua vita non sono consapevoli di ciò che gli sta accadendo internamente; pertanto, sono impossibilitati ad aiutarlo.

Senza la possibilità di diagnosticare precoce-mente questo bambino e di intervenire in prevenzione primaria, la sua esistenza si trasforma in una lotta solitaria per la sopravvivenza. Ogni tappa evolutiva, a partire dal suo ingresso nella scuola, lo vede in ritardo, sempre più disadattato rispetto alla realtà, con una personalità fragile che non ha potuto evolversi verso l'autonomia e che, a volte, esita in una o più comorbilità.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dopo la descrizione della principale criticità presente nella prevenzione primaria e l'indicazione di una possibile strada per superarla è necessario passare alla seconda fase in cui auspicabilmente validare i risultati raggiunti e dare una base scientifica su cui costruire la diagnosi precoce di vulnerabilità alla dipendenza e il relativo programma di prevenzione primaria. Perché si possa formulare una diagnosi dovranno essere presenti tutti e quattro gli indicatori di vulnerabilità alla dipendenza: il tratto ossessivo, quindi la ricerca ossessiva di gratificazioni, l'impoverimento dell'affettività e il conseguente disinteresse verso le relazioni e verso il mondo esterno. Dopo la validazione degli indicatori e la sperimentazione della diagnosi precoce che prevenzione ipotizza-

mo? Come immaginiamo che debba essere una prevenzione primaria che punti a ridurre, se non ad eliminare, il rischio che un bambino vulnerabile alla dipendenza si ammali? Cominciare a lavorare su questa domanda ci proietta nella terza fase della nostra ricerca, una fase che parte dalla consapevolezza delle nuove conoscenze acquisite che ci attribuiscono nuove competenze e nuove opzioni da mettere al servizio di un nuovo progetto di prevenzione, ancora tutto da definire.

Ancorare la prevenzione a conoscenze scientificamente validate sulla vulnerabilità alla dipendenza, significa poter intervenire sulla struttura stessa della vulnerabilità diagnosticata nel bambino a rischio. Ecco il punto di partenza per cominciare a definire una visione nuova della prevenzione. Se pensiamo di agire sulla struttura della vulnerabilità alla dipendenza di un bambino a rischio, da quale parte di essa ipotizziamo di dover partire? In altri termini, pensiamo di intervenire sull'impoverimento dell'affettività e sperimentare un programma di prevenzione che punti a stimolare nel bambino la componente affettiva che dentro di lui non è mai partita? Oppure ci sembra più realistico ipotizzare un programma di prevenzione che punti ad interrompere nel bambino la relazione ossessiva con la gratificazione che cattura del tutto il suo interesse e paralizza la sua volontà? Può essere, invece, più utile intervenire sulla difficoltà del bambino ad aprirsi, a farsi conoscere, a parlare di sé? D'altro canto, se il bambino vulnerabile alla dipendenza è nato, come tutti i bambini, per essere in relazione e non può esistere "dentro" la relazione in cui potersi aprire e sperimentare il riconoscimento dell'altro, l'attaccamento all'altro, come farà ad autoriconoscersi? Dovrà necessariamente restare psicologicamente dipendente dalle conferme che arriveranno dagli altri, quindi continuare ad ostentare un'immagine di sé non vera, pur di accattonare conferme. Senza una capacità di autoriconoscersi come potrà accettare le sue parti vere, cioè i suoi vissuti spiacevoli? Non potrà fare altro che cercare nelle sostanze il modo per sop-

primere i vissuti spiacevoli che non sa accogliere dentro di sé. L'esperienza insegna che un adulto dipendente supera la sua dipendenza se decide di farsi aiutare, cioè di uscire dal suo isolamento e di aprirsi alla relazione. In tal caso accetta di andare in comunità e si predisponde psicologicamente ad aprirsi, a parlare di sé in gruppo, incoraggiato da chi lo ha fatto prima di lui e dalla presenza di persone con un passato simile al suo. Un bambino vulnerabile alla dipendenza, invece, dove attingerà la motivazione al cambiamento, cioè ad uscire dal suo isolamento autogratificante? Se non lo farà cosa potranno fare gli adulti per facilitare questo cambiamento, ovvero per aiutare il bambino a scoprire la relazione, ad aprirsi, a sperimentare il riconoscimento dell'altro per poi imparare ad autoriconoscersi? Cosa potranno e dovranno fare gli adulti in funzione educativa, le neuroscienze, la psicologia per liberare il bambino a rischio dalla relazione ossessiva, che lo spinge a vivere in funzione della gratificazione e lo porta a precludersi precocemente la possibilità di cresciuta verso l'autodeterminazione? Forse bisognerà provare a diagnosticare il bambino a rischio nella fase prescolare, quando ancora non ha strutturato stabilmente i comportamenti che lo rendono vulnerabile alla dipendenza? Infine, quando conosceremo il bambino vulnerabile alla dipendenza e la sua psicologia, sarà il caso di cominciare a studiare precocemente il funzionamento del suo cervello per capire se e in che senso funziona diversamente dal cervello di un bambino non vulnerabile alla dipendenza? Pensiamo che le risposte alle nostre domande saranno tanto più significative quanto più sarà possibile mettere insieme, nella prevenzione primaria delle dipendenze, il clinico e il ricercatore. Il nostro studio è un esempio di come possa essere decisiva, ai fini del progresso delle conoscenze, l'idea di affiancare, al lavoro clinico, la ricerca finalizzata alla prevenzione. Pensiamo, infine, che la conoscenza che avverrà a scuola del bambino vulnerabile alla dipendenza, ci consentirà di ascoltare per la prima volta i suoi vissuti, i suoi pensieri, ci permetterà inoltre di conoscere i suoi genitori, i suoi



insegnanti e quella sarà la situazione concreta in cui le nostre domande potranno avere risposte concrete.

Altrettanto concreta potrà essere l'idea di come modificare la cultura della dipendenza in cui i bambini vivono, per trasformarla in una cultura che aiuti i bambini a crescere in autonomia.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio profondamente tutti i nostri pazienti e i genitori per la collaborazione che ci hanno offerto e che ci ha permesso di aprire un varco nella conoscenza del bambino vulnerabile alla dipendenza e dell'adulto dipendente. Ringrazio la dottoressa Carmela Rizzi per aver coordinato, sin dall'inizio, il gruppo di lavoro che andava formandosi intorno a un progetto di prevenzione al servizio della famiglia e per aver contribuito a progettare un trattamento psicoeducativo rivolto ai genitori di pazienti dipendenti. Ringrazio la

dottoressa Rachele Prosperi per aver accettato la responsabilità di tutta la parte didattica della nostra ricerca. Il suo contributo ci ha permesso di sperimentare, per la prima volta, la formazione dei genitori a riconoscere i segnali precoci della vulnerabilità alla dipendenza e ci ha permesso di realizzare un corso di formazione sulla psicologia della persona dipendente, rivolto a un gruppo di psicologi psicoterapeuti interessati alla nostra ricerca. Ringrazio il buon Dio per aver trasformato il primo incontro con il padre di un ragazzo dipendente, nella decisione di formare un gruppo di lavoro finalizzato alla prevenzione delle dipendenze.

BIBLIOGRAFIA

- Faggiano, F. (2021) *VI Conferenza Nazionale Sulle Dipendenze- Oltre le fragilità*. Dipartimento per le Politiche Antigroga
- Organizzazione delle Nazioni Unite (2008) *Risoluzione n. 51 /3.*





ABILITÀ COGNITIVE IN GIOVANI E ANZIANI SANI

L'EFFETTO DELL'ASCOLTO MUSICALE SU ALCUNE FUNZIONI COGNITIVE

Claudio Laforgia

RIASSUNTO

Il fenomeno dell'invecchiamento è da ritenersi come certo ed intenso, infatti l'Italia risulta uno tra i Paesi a più alto tasso di longevità. In generale, lo sviluppo della persona assume numerose traiettorie, essendo caratterizzato da guadagni e perdite in stretta interazione dinamica fra loro.

Nell'ottica della plasticità cognitiva può avere un ruolo centrale la musica. Partendo dal *Mozart Effect*, con questo studio, si prenderanno in considerazione le caratteristiche musicali (tempo e modo), le quali, incidendo sull'arousal ed il mood, determinerebbero un miglioramento in alcune performance cognitive (memoria di lavoro, fluen-

za verbale, attenzione). Dunque, allo stato attuale, l'*Arousal and Mood Hypothesis* sembrerebbe la teoria più accreditata per spiegare i miglioramenti che si ottengono in compiti cognitivi, dopo l'ascolto di determinate tracce musicali: Mozart Vs Albinoni. La prima con andamento veloce e con modo maggiore, la seconda ha invece caratteristiche opposte: andamento lento e modo minore. La traccia più indicata per ottimizzare arousal e mood, possiede le seguenti caratteristiche armoniche: andamento veloce e modo maggiore.

PAROLE CHIAVE

Invecchiamento, musica, arousal, mood, *Mozart Effect*, plasticità, cognizione



PREMESSA

L'Italia, nonostante l'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 esplosa nel 2020, la quale ha colpito principalmente la popolazione più anziana, risulta uno tra i Paesi a più alto tasso di longevità (Istat, 2020); da questo deriva il maggiore interesse – specialmente negli ultimi anni – nei confronti dell'invecchiamento. Tale processo è eterogeneo, in quanto la coesistenza di più fattori (fisici, cognitivi, emotivi), determinano cambiamenti legati in diversi aspetti (Borella & De Beni, 2011). Attualmente lo studio dell'invecchiamento segue un approccio multicomponenziale e multidirezionale (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999). Con il primo si sottolinea che il processo di invecchiamento coinvolge molteplici dimensioni, fra cui quelle fisiche, psicologiche e sociali (Baltes, & Smith, 1997); con il secondo si intende sottolineare che, in generale, lo sviluppo della persona assume numerose traiettorie, essendo caratterizzato da guadagni e perdite in stretta interazione dinamica fra loro (Baltes, Staudinger, & Linden-

berger, 1999). Proprio in questa cornice teorica si collocano Baltes e Baltes (1990), teorizzando lo sviluppo per tutto l'arco di vita (life-span): alcune funzioni cognitive possono essere mantenute più a lungo nel tempo e sviluppate. Pertanto, con gli opportuni interventi (e.g. stimolazione cognitiva) è permessa una riorganizzazione delle risorse. Nello specifico, la cosiddetta plasticità consiste nella "quantità di danno che il cervello può accumulare prima di manifestare i primi cenni di declino cognitivo" (Chicherio, Ludwig, & Borella, 2012). Essa riguarda la capacità del cervello di rispondere a cambiamenti relativamente permanenti, reagendo attivamente, permettendo alle persone di ri-adattarsi nei confronti di nuove sfide, impiegando le risorse che si hanno ancora a propria disposizione (Borella, Carretti, Sciore, Capotosto, Taconnat, Cornoldi, & De Beni, 2017).

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si inserisce nell'ambito della psicologia dell'invecchiamento, seguendo un ap-

proccio cognitivo, e ha come obiettivo quello di approfondire il tema dell'invecchiamento in generale, e più nello specifico dei cambiamenti cognitivi che esso comporta. In particolare, si farà riferimento a una ricerca svoltasi su un campione di giovani e anziani, che ha avuto lo scopo di indagare l'influenza della musica sulla prestazione cognitiva, utilizzando specifici compiti. Temi centrali di questo lavoro, dunque, sono l'invecchiamento in persone anziane sane (tra i 65 e i 75 anni) e l'influenza dell'ascolto musicale sulle prestazioni cognitive in relazione all'età. Questa ricerca si inserisce all'interno di uno studio più ampio, con l'obiettivo di indagare se e come l'ascolto di brani musicali con caratteristiche armoniche diverse, rispetto ad una descrizione neutra, influenzino alcune abilità cognitive, valutate in seguito all'ascolto, in giovani (20-30 anni) e giovani-anziani sani (65-75 anni). Nel progetto di ricerca in cui si inserisce il presente studio, l'ascolto proposto predisponde due durate differenti (\approx 2,30 minuti e 7,30 minuti). In questa ricerca, nello specifico, sono state valutate le abilità cognitive in seguito all'ascolto dei brani con durata più lunga (\approx 7,30 minuti).

In letteratura sono state riportate molto spesso delle associazioni fra la musica e le funzioni cognitive, come ad esempio, il ragionamento spaziale, sebbene non si sia sempre riusciti a dimostrare una relazione causale tra i due domini studiati (Deutsch, 2012). I primi effetti positivi dell'ascolto musicale sulla successiva prestazione cognitiva sono stati osservati in seguito allo studio di Rauscher e collaboratori del 1993. Nello specifico, il disegno sperimentale di questo studio – poi diventato "famoso" – prevedeva tre differenti condizioni (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993): la prima delle tre condizioni sperimentali alla quale venivano assegnati gli studenti universitari che hanno preso parte allo studio, era la sonata K 448 di Mozart per due pianoforti. La seconda condizione prevedeva la somministrazione di un audio previsto per il rilassamento; la terza condizione, il silenzio. I risultati hanno mostrato che i

benefici successivi all'ascolto erano presenti soltanto nella prima condizione. Dunque, da queste scoperte si è iniziato a parlare del dibattuto "Effetto Mozart" (Mozart Effect) (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993). Fra le prove utilizzate per valutare le abilità di "ragionamento astratto e spaziale", appartenenti alla scala Standford-Binet (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986) per la valutazione dell'intelligenza, alcune sono state somministrate nello studio di Rauscher, Shaw e Ky del 1993, dopo ogni condizione di ascolto. Queste prove in particolare, prevedevano la rotazione mentale, attraverso una "trasformazione" cognitiva degli stimoli. Un esempio è riportato nella Figura 1.1: il compito richiesto era quello di selezionare l'illustrazione nella riga inferiore che rappresenterebbe il foglio una volta "aperto", dopo aver piegato e tagliato mentalmente le parti contrassegnate rispettivamente dalla freccia e dalla linea in grassetto (Paper cutting and folding task) (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993).

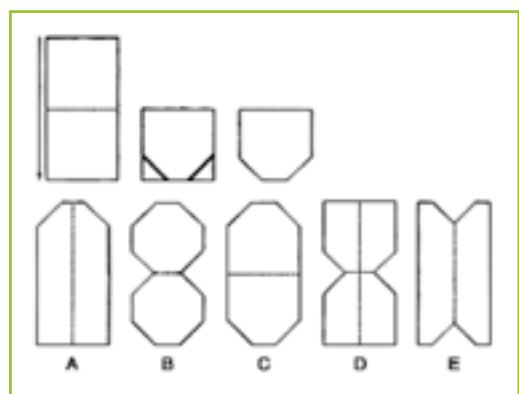


Figura 1.1 - Adattata da (Rauscher et al., 1993), riporta un item del Paper cutting and folding task

I miglioramenti sono stati osservati nella condizione successiva all'ascolto di Mozart, nel *Paper cutting and folding task*. Ciò ha portato così gli autori a ipotizzare che l'ascolto di Mozart genererebbe un miglioramento nel ragionamento spaziale (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993). Alcuni limiti di questa ricerca riguardano il ridotto numero di studenti – unica fascia d'età presa in



considerazione – che hanno partecipato alla ricerca, pari a 36 persone (Newman, Rosenbach, Burns, Latimer, Matocha, & Vogt, 1995). Inoltre, si è osservato un "effetto soffitto" fra i partecipanti: dunque, tale fenomeno potrebbe aver offuscato gli effetti fra le tre condizioni sperimentali, arrivando ad un'ambigua interpretazione dei dati (Newman et al. 1995; Rauscher, Shaw, & Ky, 1995; Steele, Bass, & Crock, 1999). Diverse ricerche hanno tentato di replicare i risultati ottenuti nello studio originario, proponendo lo stesso disegno di Rauscher, Shaw e Ky, (1993), ma riscontrando una piccola dimensione dell'effetto per quanto riguarda il miglioramento delle abilità spaziali, oltre ai benefici limitati a breve termine (10- 15 minuti successivi all'ascolto). Tuttavia, è bene sottolineare che le implicazioni della musica non possono essere spiegate soltanto dal punto di vista cognitivo, ma va tenuto conto anche del punto di vista emotivo (Kivy, 1990), includendo per l'appunto, le esperienze fisiologiche. Infatti, Husain, Thompson e Schellenberg, nel 2002, relativamente al *Mozart Effect*, sostengono che vadano presi in considerazione anche altri fattori, appartenenti alla percezione musicale, e ad altri costrutti cognitivi, proponendo prove di categorizzazione, presa di decisione complessa, problem solving e ragionamento. Hanno tentato, pertanto, di approfondire come si possa riscontrare un miglioramento nelle prestazioni, se vengono manipolate alcune proprietà della musica (tempo e modo), inducendo un diverso livello di *arousal* e *mood* (Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002). Infatti, la musica di Mozart da sola, non sarebbe sufficiente nel poter affermare che vi sia una generale attivazione che porterebbe ad un miglioramento nelle abilità spaziali (tanto meno nell'intelligenza). Pertanto, il famoso e dibattuto "Effetto Mozart" va riconsiderato tenendo conto di tutte le altre variabili e componenti strettamente musicali (e non) che hanno un impatto sulle prestazioni cognitive successive all'ascolto. Per fare ciò è necessario considerare altre variabili: *arousal* (attivazione fisiologica) e *mood* (umore).

Attualmente, l'"*Arousal & Mood Hypothesis*" (Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001) è l'ipotesi più accreditata per "spiegare" l'"Effetto Mozart". È stata infatti avanzata l'ipotesi che siano l'*arousal* e il *mood*, agendo sullo stato emozionale della persona, a generare effetti positivi sulle successive prove cognitive somministrate. Manipolando il tempo – inteso come ritmo, andamento – del brano musicale (lento o veloce), si possono riscontrare dei cambiamenti per quanto riguarda i livelli di *arousal*: un andamento veloce sarebbe responsabile di maggiori livelli di *arousal*, mentre un andamento lento sarebbe responsabile di un decremento dello stesso (Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002). Manipolando il modo del brano (maggiore o minore), si possono riscontrare invece, dei cambiamenti per quanto concerne l'umore: il modo maggiore migliorerebbe l'umore, mentre il modo minore lo renderebbe meno positivo (Nantais & Schellenberg, 1999; Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001; Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002; Schellenberg, Nakata, Hunter, & Tamoto, 2007).

I PARTECIPANTI

La presente ricerca ha incluso un campione di giovani ($n=45$) e uno di anziani ($n=45$), per indagare l'impatto della musica su alcune funzioni cognitive. Il campione originariamente selezionato per lo studio era pari a 90 persone, assegnate casualmente alle condizioni sperimentali previste dalla ricerca, con l'intento di approfondire se e come l'ascolto musicale possa influire sullo stato di *arousal* e *mood* della persona, e sulle successive prove cognitive. Metà campione ($n=45$) erano giovani (età compresa fra i 20 e i 30 anni), mentre l'altra metà ($n=45$) erano anziani sani (età compresa fra i 65 e i 75 anni), senza deficit cognitivi. I partecipanti sono stati reclutati telefonicamente e tramite il passaparola. Le persone hanno aderito allo studio in modo volontario e a titolo gratuito. Tutti, inoltre, parlavano italiano come prima lingua ed erano in buone condizioni di salute.

L'inclusione è stata accertata attraverso la richiesta di informazioni generali come età, titolo di studio, anni di scolarità, stato di salute e utilizzo di farmaci. In particolare, un questionario conoscitivo che ha permesso di indagare diversi

ti sperimentali sono stati attribuiti casualmente alle tre condizioni, randomizzate per età e scolarità. Nelle tabelle 1.1 e 1.2 sono riportate le statistiche descrittive relative all'età e alla scolarità dei partecipanti:

	Mozart (N=15)		Albinoni (N=15)		Controllo (N=15)		TOT. (N=45)	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Età	24.6	2.03	24.4	1.24	26.2	2.62	25.07	2.16
Scolarità	17.87	0.52	18.07	0.26	17.93	0.46	17.96	0.42

Tabella 1.1 - Statistiche descrittive del campione dei giovani

	Mozart (N=15)		Albinoni (N=15)		Controllo (N=15)		TOT. (N=45)	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Età	65.87	0.99	69.40	1.12	72.67	1.23	69.31	3.01
Scolarità	17.87	3.89	7.60	3.40	9.73	4.68	9.49	4.20

Tabella 1.2 - Statistiche descrittive del campione degli anziani

aspetti (titolo di studio, anni di scolarità, impegno lavorativo, pensionamento nel caso delle persone anziane, informazioni sulla composizione del nucleo familiare, stato di salute, attività fisica, hobby ed utilizzo eventuale di farmaci). L'integrità cognitiva e funzionale dei partecipanti è stata accertata tramite il questionario sulla valutazione cognitiva della Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (S. Va.M.A.) utilizzata nella regione Veneto (Gallina, Saugo, Antoniazzi, Fortuna, Toffanin, Maggi, & Benetollo, 2006).

È stata somministrata, inoltre la prova di Vocabolario (WAIS-IV, Wechsler, 1981) che ha permesso di valutare e confermare l'idoneità delle persone a partecipare allo studio: tutti i partecipanti sono risultati adeguati rispetto ai dati normativi dello strumento per la loro età e scolarità. In seguito alla fase di reperimento del campione, i soggetti-

I MATERIALI

Il protocollo di sperimentazione ha previsto una prima fase di screening, una prima somministrazione di alcune prove cognitive, seguita dalla rispettiva condizione di ascolto, e una seconda fase in cui sono state nuovamente somministrate le stesse prove cognitive. Sono stati quindi proposti un totale di otto questionari per la fase di screening, e di cinque diverse prove cognitive (forma A o forma B parallele tra loro). Il consenso informato è stato fatto compilare sia all'inizio dell'esperimento, che alla sua conclusione (solo alla fine è stato spiegato lo scopo della ricerca).

Condizioni d'ascolto

Relativamente alle condizioni di ascolto, sono stati proposti i seguenti brani: fino al primo ritornello del primo movimento della sonata in re maggiore K 448 per due pianoforti di Mozart (≈



7.30 minuti) e l'incipit dell'Adagio in sol minore per organo e archi di Albinoni (\approx 7.30 minuti). La condizione di controllo ha previsto l'ascolto di una descrizione neutra pre-registrata riguardante la storia della televisione italiana (\approx 7.30 minuti), già utilizzata precedentemente con lo stesso scopo in letteratura (Borella et al. 2014).

La riproduzione è avvenuta tramite l'utilizzo di uno smartphone a cui sono state collegate le cuffie Sennheiser HD 280 pro, dotate di isolamento acustico.

FASI	SOMMINISTRAZIONE
Screening	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (SVAMA) (solo per anziani) Vocabolario BEN-SSC Questionario sulle abitudini musicali AFML Positive and negative affect schedule (PANAS)
Pre	Self-Assessment Manikin (SAM pre) Trail Making Test-B (TMT-B) (versione A/B) Span di cifre in avanti (versione A/B) Test di Corsi (versione A/B) AC-FL (versione A/B) Fluenza verbale (versione A/B)
Ascolto	1=Mozart, 2=Albinoni, 3=Controllo
Post	Self-Assessment Manikin (SAM post) Trail Making Test-B (TMT-B) (versione B/A) Span di cifre in avanti (versione B/A) Test di Corsi (versione B/A) AC-FL (versione B/A) Fluenza verbale (versione B/A)

Tabella 1.3 - Prove e condizioni di ascolto proposte

PROCEDURA

La ricerca è stata svolta in una stanza silenziosa (laboratorio dell'Università o il domicilio del partecipante/ricercatore), per ridurre le variabili ambientali di disturbo. È stato previsto un singolo incontro della durata di massimo 90 minuti, all'inizio del quale è stato somministrato il consenso informato per prendere parte alla ricerca (con l'esplicazione delle informazioni generali, durata dell'incontro, i recapiti dei responsabili ed il trattamento dei dati). In secondo luogo è stato somministrato un questionario conoscitivo della persona. Successivamente nella fase di screening, sono stati somministrati, in questo ordine: S.Va.M.A., prova di vocabolario, questionario BEN-SSC, questionario sulle abitudini musicali, questionario AFML, PANAS e le scale SAM, osservando con queste ultime: mood (triste-felice), arousal (calmo/tranquillo-attivo/energico) e dominance (poco-molto controllo).

Nella fase di pre-test, sono state somministrate le prove cognitive in forme (A e B) per ridurre l'effetto apprendimento relativo alle prove svolte (ad esempio la fase di pre-test può aver previsto la somministrazione A delle prove e al post-test la versione B e viceversa). Per quanto concerne la condizione d'ascolto, i partecipanti in base al gruppo sperimentale di appartenenza (1. Mozart, 2. Albinoni 3. Audio di controllo), hanno ascoltato i file audio proposti con delle cuffie insonorizzate.

Terminata la fase di ascolto, sono state nuovamente somministrate le scale SAM, aggiungendo il costrutto dell'*imageability* (evocazione di un'immagine mentale). Nella condizione di post-test sono state nuovamente somministrate le prove cognitive nella versione parallela non presentata precedentemente.

Al termine della ricerca è stato consegnato un ulteriore consenso informato, spiegando in modo completo, gli obiettivi della ricerca.

RISULTATI

Per quanto riguarda l'analisi dei dati, è stata effettuata attraverso il software JASP. Per prima cosa, al fine di indagare se fossero presenti differenze tra gruppi alla baseline, è stata condotta un'analisi univariata (ANOVA), che non ha riportato differenze statisticamente significative tra i gruppi, a indicare una loro omogeneità relativamente a età, scolarità e alle altre misure di screening. Successivamente, è stata condotta un'ANOVA a misure ripetute ($2 \times 3 \times 2$) in cui nel disegno misto sono state considerate le differenze

between tra i gruppi (giovani, anziani), le differenze tra le diverse condizioni di ascolto proposte (Mozart, Albinoni, controllo) e le differenze within legate al tempo di somministrazione ("pre" e "post" ascolto).

Nelle tabelle di seguito (Tabella 1.4 e Tabella 1.5) è riportato un riassunto dei risultati in termini di media e deviazione standard, per quanto riguarda le prove cognitive somministrate ai due gruppi, nella condizione di pre test e di post test.

	GRUPPO GIOVANI											
	Mozart "pre"		Mozart "post"		Albinoni "pre"		Albinoni "post"		Controllo "pre"		Controllo "post"	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
TMT-B	1.14	0.55	0.77	0.52	0.95	0.91	0.52	0.25	1.06	0.27	0.81	0.32
Digit Span avanti	4.40	0.91	4.33	0.98	4.27	1.16	4.27	1.16	3.80	1.37	3.80	1.08
Corsi indietro	4.20	1.15	4.07	0.88	4.20	1.08	4.27	0.88	4.00	1.31	4.00	0.93
AC-FL	39.67	8.57	42.93	6.04	40.13	6.25	43.40	5.38	39.53	7.71	40.93	6.99
Fluenza verbale fonemica	17.20	3.05	18.6	3.33	17.07	3.79	19.33	3.74	15.40	3.74	17.20	3.43

Tabella 1.4 - Statistiche descrittive prove cognitive "pre" e "post", gruppo giovani.
(TMT-B: Trail Making Test-B; AC-FL: Prove di fluenza nelle abilità di calcolo)

	GRUPPO ANZIANI											
	Mozart "pre"		Mozart "post"		Albinoni "pre"		Albinoni "post"		Controllo "pre"		Controllo "post"	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
TMT-B	2.46	0.04	2.09	0.05	2.07	0.03	1.58	0.05	2.38	0.04	2.06	0.04
Digit Span avanti	2.46	0.97	2.77	0.60	2.42	1.16	2.33	0.89	2.42	0.90	2.75	1.13
Corsi indietro	2.23	0.60	2.38	0.87	2.50	0.90	2.25	0.87	2.25	0.87	2.92	1.00
AC-FL	35.85	13.96	39.15	11.04	37.33	13.96	38.08	11.87	34.92	11.24	36.38	8.66
Fluenza verbale fonemica	11.15	3.41	10.85	2.30	12.17	4.45	13.25	3.86	12.42	3.48	13.67	2.53

Tabella 1.5 - Statistiche descrittive prove cognitive "pre" e "post", gruppo anziani.
(TMT-B: Trail Making Test-B; AC-FL: Prove di fluenza nelle abilità di calcolo)



DISCUSSIONE

L'obiettivo della ricerca è stato quello di indagare se e come l'ascolto di brani musicali con caratteristiche armoniche diverse – che si differenziano nell'andamento (veloce vs. lento) e nel modo (maggior vs. minore), rispetto ad una descrizione preregistrata neutra, influenzino la successiva prestazione in alcune abilità cognitive (memoria a breve termine, funzioni esecutive, memoria di lavoro visuospatial, abilità matematiche), valutate in seguito all'ascolto, in giovani (20-30 anni) e giovani-anziani sani (65-75 anni), ascoltando brani di \approx 7,30 minuti di durata. Tali risultati sono stati analizzati alla luce dell'"Arousal & Mood Hypothesis" (Thompson, Schellenbach, & Husain, 2001), che sembra essere l'ipotesi più accreditata per spiegare il cosiddetto "Effetto Mozart". Infatti le proprietà del brano di Mozart (il primo tempo della sonata K 448 per due pianoforti), sommini-

strato nello studio originario per circa 10 minuti (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993), sembrano influire sullo stato emozionale della persona, modificandone i livelli di arousal e mood, con effetti positivi anche sulle successive prove cognitive. In particolare, manipolando il tempo (lento o veloce), si possono riscontrare dei cambiamenti nei livelli di arousal: un tempo veloce sembra responsabile di maggiori livelli di arousal, mentre un andamento lento, al contrario, pare essere responsabile di un suo decremento. La letteratura sembra indicare inoltre il fatto che un livello moderato di attivazione fisiologica possa incidere sulla buona riuscita delle prove cognitive (Mammarella et al. 2007; Vieillard et al. 2008).

Manipolando il modo (maggior vs. minore), invece, si riscontrano, invece, cambiamenti nel mood: un modo maggiore sembra influire po-



sitivamente, mentre un modo minore lo renderebbe più deflesso (Nantais & Schellenberg, 1999; Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001; Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002; Schellenberg et al. 2007). Dunque, anche le variazioni di umore condizionano la successiva prestazione cognitiva: alcune ricerche hanno mostrato infatti miglioramenti nella prestazione dopo l'induzione di un umore positivo (e.g., attraverso l'ascolto di un brano in modo maggiore) (Pietsching, Voracek, & Formann, 2010). Inoltre, il gusto personale della persona sembra determinante nel concorrere ai miglioramenti dei livelli di mood ed arousal, e di conseguenza nei possibili miglioramenti nelle prove cognitive (Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001; Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002). In generale, in linea con la letteratura in tale ambito, si è ipotizzato che la sonata in re maggiore per pianoforte, K 488 di Mozart e l'Adagio in sol minore di Albinoni, abbiano, rispettivamente favorito l'attivazione e uno stato d'animo positivo nel caso di Mozart, o diminuito il livello di arousal e indotto uno stato d'animo opposto nel caso di Albinoni. Nel campione preso in considerazione, l'ascolto musicale sembra aver influito significativamente sull'umore particolarmente negli anziani, che hanno mostrato un positivo aumento del mood in seguito all'ascolto di Mozart – risultato che non è invece stato osservato nei giovani.

Gli anziani, inoltre, hanno mostrato una significativa diminuzione dell'arousal in seguito all'ascolto di Albinoni – dato che, nuovamente, non è stato osservato invece nel campione di giovani. Gli anziani, dunque, sembrerebbero confermare l'ipotesi di Thompson e colleghi (2001): la sonata di Mozart porterebbe a un aumento dell'umore, mentre il brano di Albinoni a un decremento dell'arousal (Thompson et al. 2001; Borella et al. 2017). Le ipotesi iniziali sulla variazione emozionale date dalle differenti condizioni di ascolto musicale hanno trovato pertanto un riscontro parziale nei risultati ottenuti:

l'aumento del mood e la diminuzione di arousal sono infatti stati osservati soltanto nel campione di anziani, e non in quello dei giovani. Tuttavia, trattandosi di uno studio esplorativo che ha coinvolto un numero ridotto di persone, possono essere entrate in gioco altre variabili che potrebbero aver interferito – per esempio, una bassa sensibilità all'ascolto musicale, il tempo di esposizione musicale, o la durata delle prove cognitive: l'effetto Mozart, infatti, sembra essere limitato nel tempo, e solitamente viene osservato in seguito a 10-15 minuti di esposizione musicale (Borella et al. 2014). Relativamente alle prove cognitive, un miglioramento della performance è avvenuto in quasi tutte le prove cognitive somministrate, ad eccezione nel test di Corsi e del Digit span. Tale aumento nei punteggi potrebbe essere legato all'acquisizione di una certa familiarità con la tipologia di compito: l'esercizio delle prove nella fase pre-test avrebbe permesso di apprendere che cosa sarebbe stato richiesto nelle prove successive, e di comprendere quali fossero le migliori strategie e i migliori meccanismi per la risoluzione del compito (Hartley, 1973).

Tuttavia, la scelta di questo disegno sperimentale era necessaria per verificare e accertare la baseline dei partecipanti prima dell'ascolto musicale. Il miglioramento nelle prove osservato sia nel campione di giovani, sia in quello di anziani sembra dimostrare poi come l'apprendimento sia un processo possibile a tutte le età (De Beni & Borella, 2015), e quanto la plasticità giochi un ruolo chiave, la quale in risposta a stimolazioni esterne (con valenza emotiva positiva per la persona), possa permettere la creazione di nuovi circuiti neuronali, compiendo una funzionale riorganizzazione cerebrale (Merzenich, 2005; Bherer, 2015). In linea con la letteratura presente sull'invecchiamento, alcune funzioni cognitive sarebbero maggiormente sensibili all'aumentare dell'età (soprattutto le funzioni esecutive e la memoria di lavoro visuo-spatiale). I risultati hanno messo in



luce inoltre le differenze fra giovani e anziani in relazione a tali specifici compiti (Borella & De Beni, 2011).

Un ultimo aspetto importante da considerare è che nel presente studio sono state raccolte delle informazioni riguardo le abitudini di ascolto dei partecipanti (in cui è emerso che, in misure differenti, la musica ha un ruolo nella vita di tutti), ma non sono state prese in considerazione differenze individuali legate alla preferenza musicale, la quale secondo alcuni autori avrebbe un ruolo nello spiegare l'effetto della musica sulla performance (Nantais, Schellenberg, 1999). Sembra-rebbe, infatti, che l'effetto Mozart sia più forte in coloro a cui piace (o preferiscono) la musica classica, in linea con l'ipotesi della "preferenza" elaborata da Nantais e Schellenberg (1999). La presente ricerca presenta dei limiti legati alla numerosità del campione e alla scelta della fascia d'età; pertanto, prospettive di ricerca future potrebbero considerare anche una popolazione di adulti di mezza-età (40-50 anni) e includendo inoltre un numero più elevato di partecipanti. Bisogna sottolineare che tale ricerca fa parte di un più ampio progetto che include l'ascolto musicale con durate più lunghe e che richiede la partecipazione di un più ampio campione, i cui risultati complessivi potrebbero confermare o variare alcune delle conclusioni emerse dal presente studio.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha avuto l'obiettivo di indagare l'influenza dell'ascolto musicale su alcuni processi cognitivi, considerando un campione di giovani tra i 20 e i 30 anni d'età, e uno di anziani tra i 65 e i 75 anni. Come già approfondito all'interno di questo elaborato, la letteratura in merito alla relazione tra il cosiddetto "Effetto Mozart" e il funzionamento cognitivo specialmente negli anziani è ancora esigua: la maggior parte degli studi si sono concentrati sul funzionamento cognitivo nei bambini, o nei giovani adulti. In vista dei recenti cambiamenti della

società che vedono un aumento dell'invecchiamento della popolazione, risulta necessario arricchire la letteratura scientifica con altre ricerche che indaghino il processo di invecchiamento, e in particolare i cambiamenti cognitivi ad esso associati.

Processi cognitivi come memoria, funzioni esecutive, attenzione, elaborazione delle informazioni e abilità visuospaziali svolgono un ruolo centrale nel poter favorire la promozione dell'invecchiamento sano e attivo, pertanto è importante indagarne i meccanismi sottili e focalizzare la ricerca sui fattori che possono contrastarne il declino. La presente ricerca non ha confermato l'esistenza dell'effetto Mozart "originario" (Rauscher, Shaw, & Ky, 1993), ma ha portato invece alcune prove a favore dell'"Arousal and mood Hypothesis" proposta da Thompson e colleghi (2001), secondo la quale non sarebbe quindi Mozart di per sé ad avere un effetto positivo sulla successiva prestazione cognitiva, ma sarebbero invece le caratteristiche armoniche dei singoli brani – andamento (veloce, lento) e modo (maggiore, minore), in particolare. Infatti, è stato qui osservato un miglioramento dell'umore dopo l'ascolto di Mozart e un decremento dell'arousal in seguito all'ascolto di Albinoni; tuttavia, ciò è stato osservato in questa sede soltanto nel gruppo di anziani, mentre non sono stati osservati nel campione di giovani. Il presente lavoro, pertanto, ha fornito un ulteriore contributo alla psicologia dell'invecchiamento, confermando il possibile declino di alcune abilità e il mantenimento di altre nell'invecchiamento sano. Infine, è possibile osservare come negli anziani e nei giovani, vi sia stato un miglioramento della prestazione in compiti cognitivi, grazie a meccanismi di apprendimento.

Ulteriori prospettive di studio in merito all'influenza della musica sulla cognizione, potrebbero esplorare se la musica – e più in particolare l'ascolto musicale – possa avere un ruolo nell'ottimizzare i processi cognitivi negli an-

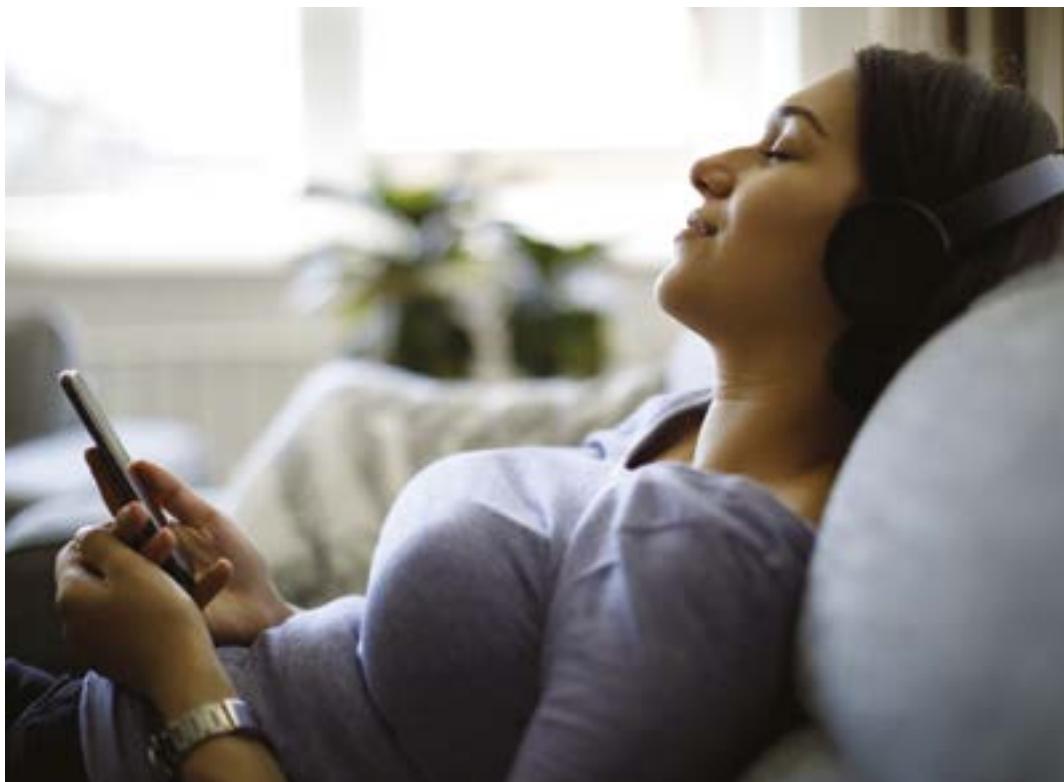
ziani sani, con ripercussioni positive nella loro vita quotidiana; la musica, infatti, avendo un'influenza positiva sull'umore e favorendo l'attivazione, potrebbe avere un impatto positivo non solo sul funzionamento cognitivo degli anziani, ma anche sulla loro qualità di vita generale, contribuendo, indirettamente, ad un loro aumento del benessere. Inoltre, ricerche future, prendendo in considerazione i risultati incoraggianti provenienti dagli studi sugli effetti della musica sulla popolazione di anziani sani, manipolando le proprietà della musica (tempo e modo), con conseguenti variazioni su arousal, mood ed eventuali miglioramenti nelle prove cognitive, potrebbero estendere il loro focus di indagine anche alla popolazione di anziani con demenza.

BIBLIOGRAFIA

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and aging*, 12(3), 395.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50(1), 471-507.
- Bherer, L. (2015). Cognitive plasticity in older adults: effects of cognitive training and physical exercise. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 1-6.
- Borella, E., & De Beni, R. (2011). I meccanismi base della cognizione nell'invecchiamento: memoria di lavoro, inibizione e velocità di elaborazione delle informazioni. *Giornale italiano di psicologia*, 38(3), 573-604.
- Borella, E., Carretti, B., Cantarella, A., Riboldi, F., Zavagnin, M., & De Beni, R. (2014). Benefits of training visuospatial working memory in young-old and old-old. *Developmental psychology*, 50(3), 714. doi: 10.1037/a0034293
- Borella, E., Carretti, B., Grassi, M., Nucci, M., & Sciore, R. (2014). Are age-related differences between young and older adults in an affective working memory test sensitive to the music effects?. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, 298.
- Borella, E., Carretti, B., Sciore, R., Capotosto, E., Taconnat, L., Cornoldi, C., & De Beni, R. (2017). Training working memory in older adults: Is there an advantage of using strategies?. *Psychology and aging*, 32(2), 178.
- Chicherio, C., Ludwig, C., & Borella, E. (2012). La capacità di riserva-cerebrale e cognitiva nell'invecchiamento cognitivo. *Giornale italiano di psicologia*, 39(2), 315-342.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2^a ed.). Bologna: Il Mulino.
- Deutsch, D. (2012). *The Psychology of Music* (3rd ed.). San Diego, California: Department of Psychology University of California.
- Gallina, P., Saugo, M., Antoniauzzi, M., Fortuna, P., Toffanin, R., Maggi, S., & Benetollo, P. (2006). Validazione della scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano (SVA-MA). *Tendenze nuove*, 6(3), 229-264.
- Husain, G., Thompson, W. F., & Schellenberg, E. G. (2002). Effects of musical tempo and mode on arousal, mood, and spatial abilities. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 20(2), 151-171.
- Istat. (2020, 31 Marzo). L'andamento dei decessi del 2020. Dati anticipatori sulla base del sistema ANPR. Disponibile da www.istat.it
- Kivy, P. (1990). *Music alone: Philosophical reflections on the purely musical experience*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Mammarella, N., Fairfield, B., & Cornoldi, C. (2007). Does music enhance cognitive performance in healthy older adults? The Vivaldi effect. *Aging clinical and experimental research*, 19(5), 394-399.
- Merzenich, M.M. (2005). Change minds for the better. *The Journal of Active Aging*, november-december, 22-30.



- Nantais, K. M., & Schellenberg, E. G. (1999). The Mozart effect: An artifact of preference. *Psychological Science*, 10(4), 370-373.
- Newman, J., Rosenbach, J. H., Burns, K. L., Latimer, B. C., Matocha, H. R., & Vogt, E. R. (1995). An experimental test of "the Mozart effect": does listening to his music improve spatial ability?. *Perceptual and Motor Skills*, 81(3_suppl), 1379-1387.
- Pietschnig, J., Voracek, M., & Formann, A. K. (2010). Mozart effect-Shmozart effect: A meta-analysis. *Intelligence*, 38(3), 314-323.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., & Ky, C. N. (1993). Music and spatial task performance. *Nature*, 365(6447), 611.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., & Ky, K. N. (1995). Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: towards a neurophysiological basis. *Neuroscience letters*, 185(1), 44-47.
- Schellenberg, E. G., Nakata, T., Hunter, P. G., & Tamoto, S. (2007). Exposure to music and cognitive performance. *Psychology of Music*, 35(1), 5-19.. doi: 10.1177/0305735607068885
- Steele, K. M., Bass, K. E., & Crook, M. D. (1999). The mystery of the Mozart effect: Failure to replicate. *Psychological Science*, 10(4), 366-369.
- Thompson, W. F., Schellenberg, E. G., & Husain, G. (2001). Arousal, mood, and the Mozart effect. *Psychological science*, 12(3), 248-251.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). The Stanford-Binet intelligence scale. Riverside Pub. Co., Chicago, IL.
- Vieillard, S., Peretz, I., Gosselin, N., Khalfa, S., Gagnon, L., & Bouchard, B. (2008). Happy, sad, scary and peaceful musical excerpts for research on emotions. *Cognition & Emotion*, 22(4), 720-752.





PER UNA MEDICINA **EXPERIENCE BASED**

RIFLESSIONI A PARTIRE DA "PHENOMENOLOGY AND ITS APPLICATION IN MEDICINE" DI HAVI CAREL

Valentina Accoto
Adriana Bramante
Simona D'Amato
Mirko Damico
Nastasia Gerardi
Giovanna Giannoccaro
Marta Gloria
Marta Panareo
Tiziana Bovo
Ilaria Semeraro
Sara Russo
Tutor, allievi ed ex allievi
del Master in Psicologia Adsum
III edizione, Lecce

Luigi Palma
Direttore UOSD Psicologia Ospedaliera,
P.O. "Vito Fazzi", ASL Lecce

Paolo Colavero
Psicologo UOSD Psicologia
Ospedaliera/UO Oncoematologia
Pediatrica, P.O. "Vito Fazzi", ASL Lecce

RIASSUNTO

Il presente lavoro è frutto di un dialogo a più voci su di un articolo di H. Carel riguardo la possibile applicazione del metodo fenomenologico in medicina, alcuni stralci del quale sono riportati nel lavoro stesso. Gli autori si sono confrontati su quanto affermato da Carel sul corpo e il vissuto del corpo, le possibilità del corpo malato e quindi il senso possibile del metodo fenomenologico in medicina. Il concetto di perdita e quello di diagnosi appaiono essere due campi di riflessione

sempre attivi e mai sati, nei quali è possibile provare e provarsi al vero incontro con l'altro, che non è semplicemente parlarci o provare a capirlo, bensì andargli incontro attraverso un autentico interesse per il vissuto di malattia, che può fare la differenza nella creazione dell'alleanza terapeutica e quindi nelle cure.

PAROLE CHIAVE

Psicologia ospedaliera, psicologia della salute, fenomenologia, medicina, corpo, esperienza vissuta.



L'ultima questione è sapere se dal fondo delle tenebre un essere può brillare
Karl Jaspers

La cura ha bisogno di criteri molto forti e di nessuna tecnica
Maria Armezzani

IL MONDO NON PIÙ A PORTATA (RIFLESSIONE DI APERTURA)

Questo breve lavoro è frutto di una lettura di gruppo del lavoro di Carel, del quale seguiranno alcuni stralci, e delle riflessioni da questo scaturite rispetto l'ambito della psiconcologia, che ha visto gli autori confrontarsi a lungo e in più occasioni.

Il corpo in psicologia non è stato e non è ancora al centro dell'attenzione che meriterebbe. Non sempre ricopre il ruolo che dovrebbe avere, quello ovvero di fondamento delle percezioni, delle sensazioni e quindi dell'esperienza del mondo e delle cose, del nostro rapporto con gli altri, del nostro rapporto con noi stessi e con l'ambiente. Il corpo, giustamente e per fortuna, è dato per scontato quale mezzo utile nel rapporto con le cose e il mondo, strumento di viaggio, pensiero, operatività e sosta, di rapporto con gli altri e i progetti di vita che sappiamo mettere in atto o desideriamo portare avanti.

Il corpo, insomma, è dimenticato perché silenzioso. Anzi, potremmo dire che, finché le cose vanno bene, e quindi non ci ricorda di esistere, riusciamo benissimo a farne a meno.

Lo sguardo fenomenologico ci aiuta in questo senso ad osservare ciò che non si osserva (Perec), ovvero ad andare oltre lo strato di insignificanza delle cose (e quindi del corpo), conseguenza delle abitudini, dell'ovvietà del mondo naturale (Husserl) per avvicinarle come per la prima volta e arrivare infine a poterle davvero conoscere.

L'esperienza del corpo dell'atleta, quella del barbone alla ricerca dei mozziconi per strada, quella della ballerina in teatro e del sollevatore di pesi nell'arena, così come quella del bambino sulle scale di casa mentre corre a scuola o incontro al nonno che lo attende, sono tutte esperienze diverse, esperienze nelle quali il corpo e le sensazioni che questo comunica sono a servizio di un fare e di un essere al mondo intenzionato dal corpo che lo percorre, lo danza, lo raccoglie e lo abbraccia.

L'esperienza del malato, in questo senso, è una esperienza specifica di risveglio dal sonno del corpo. Salvo le differenti storie, vulnerabilità e sensibilità, il malato non gode più del mondo che è invece della persona sana, semplicemente perché il suo mondo non è intessuto delle possibilità che il suo corpo gli permette di avere.

Se per la persona sana (meglio ancora se giovane e in forma) il problema del corpo nemmeno si pone, nella sua versione malata e dolorante, l'essere nel mondo (Heidegger) del soggetto è tutto e continuamente alle prese con la possibilità o l'impossibilità, con la nuova sensazione di non poter essere, non poter fare, non poter raggiungere, non poter infine vivere.

A tutti è capitato di andare in edicola, o al bar, mettere la mano in tasca e non riuscire ad arrivare per pochi centesimi all'euro e dieci necessario per il caffè: solo in quel preciso momento ci rendiamo conto che il caffè ha un costo, che non possiamo permettercelo, che non è alla nostra portata. Ecco, il mondo del paziente organico, del paziente che non gode più della piena forma (Stanghellini) del proprio corpo, non è più a portata. Non più un mezzo ma un ostacolo.

Il paziente, dice Carel, ha perso la coincidenza ovvia, naturale tra corpo che sento e corpo di cui dispongo, tra il *Leib* e il *Körper*, tra il corpo che vivo e il corpo che ho, ed è proprio in questo gap inedito, in questo spazio tra i due che si incunea il dis-

gio e la difficoltà, spesso acuita dalla mancanza di comunicazione e di reciprocità che esiste tra paziente e curante.

La questione si pone infatti, e Carel è molto bravo a spiegarla e a cercare una via di risoluzione alla stessa, quando il medico si dedica esclusivamente, potremmo dire, alla biologia, facendosi rappresentante unico del *Körper*, del corpo misurabile, del corpo degli esami di laboratorio e del microscopio, dei peli e delle cellule, e lasciando così il paziente da solo nel suo mondo fatto di angoscia, dolori, ricordi, sensazioni e rumori indescrivibili che il medico non sente e dai quali non ha spesso nessuna intenzione di farsi nemmeno distrarre. I protocolli non prendono in considerazione il vissuto dei malati ed anzi i medici possono fare il loro lavoro sul *Körper* senza neppure, in teoria, parlare con il paziente, ma solo consultando gli esami di laboratorio.

In questo senso, il lavoro della fenomenologia in medicina - che ha senso essendo la fenomenologia non solo una pratica filosofica ma una vera e propria prassi - può essere quello di provare a interrompere questo cortocircuito di solitudini, provare a far riprendere il dialogo tra pazienti e medici che in fondo altro non è che un dialogo tra corpi: un dialogo sospeso tra un corpo che ha perso la parola, quello del paziente, e un corpo che più non sente, quello del medico.

La fenomenologia può aiutare il medico a rifarsi vicino all'esperienza del paziente, alla sua vita, al vissuto e alle sue sensazioni, comprendendo come queste non siano un orpello, non siano un optional del quale è possibile fare a meno, ma invece rappresentino l'intelaiatura stessa del rapporto della soggettività con il corpo, del corpo

con il mondo e gli altri e quindi dell'individuo con il proprio passato, presente e futuro. Chissà che da questo rinnovato dialogo anche il medico possa trarre nuovi ed inattesi frutti.

STRALCI DA LA FENOMENOLOGIA E LA SUA POSSIBILE APPLICAZIONE IN MEDICINA (H. CAREL)¹

La fenomenologia è una corrente filosofica risalente ai primi anni del Ventesimo secolo. Al suo interno ci sono differenti visioni e punti su cui è stato posto l'accento, ma ad un livello più generale, la fenomenologia è un approccio filosofico che si concentra sui fenomeni per come essi ci appaiono, per come li percepiamo, piuttosto che sulle cose per come sono nella realtà. Si concentra su come esperiamo il pensare ed il conoscere, su come i fenomeni si manifestano alla coscienza. La fenomenologia esamina l'incontro tra la coscienza e il mondo, considerando quest'ultimo come strettamente dipendente dal punto di vista dell'osservatore. Come si evince dal suo nome, la fenomenologia è la scienza (*logos*) che lega la coscienza ai *phenomena* (cioè che percepiamo) piuttosto che ai *pragmata* (le cose per come sono)

(...) La fenomenologia è prevalentemente un metodo filosofico descrittivo, che punta ad essere una pratica piuttosto che un sistema filosofico. Data la sua connotazione pragmatica, è stata ripresa da diverse discipline tra le quali la sociologia, la cinematografia, l'antropologia, l'infermieristica, la musicologia e altre ancora.

(...) Un discreto numero di autori ha iniziato a studiare anni fa i modi in cui la fenomenologia possa far luce sull'esperienza incarnata della malattia, attingendo da un vasto corpo di scritti filosofici, da Husserl a Merleau-Ponty, Sartre, Gurwitsch e Heidegger.

¹ La traduzione è a cura del dott. Mirko Damico.



IL CORPO ABITUALE E L'INTENZIONALITÀ MOTORIA

Una caratteristica importante della fenomenologia è la distinzione tra il "corpo oggettivo" (che Husserl definisce *Körper* e Merleau-Ponty chiama *corps objectif*) e il "corpo vissuto" (rispettivamente *Leib* e *corps proper*). Se torniamo alla concezione sul corpo di Merleau-Ponty nei termini di oggetto e soggetto al contempo, possiamo comprendere come questi due termini siano utili alla comprensione della malattia. Il corpo oggettivo è il corpo fisico, l'oggetto della medicina; il corpo vissuto è l'esperienza in prima persona del corpo oggettivo. Nella normale esperienza quotidiana di un corpo in salute, queste due dimensioni sono allineate, in completa armonia.

Il corpo sano è "trasparente", dato per scontato, e questa trasparenza è il marchio distintivo della salute e di un funzionamento normale: di fatti non poniamo mai la nostra attenzione su questi processi in quanto, finché tutto funziona a dovere, questi restano sullo sfondo. Ciò non significa che non abbiamo nessuna esperienza sul nostro

corpo, ma che gli stimoli che ci invia rimangono su un piano tacito e neutrale. Un buon esempio a riguardo può essere la sensazione dei vestiti sulla nostra pelle: notiamo la sensazione che ci donano solo nel momento in cui ci concentriamo su di essa o quando ci svestiamo.

Possono esserci dei momenti di esplicita attenzione al benessere del nostro corpo, come ad esempio quando ci passa un mal di testa o mentre facciamo esercizio fisico, ma è quando c'è qualcosa che non va col corpo che questa sensazione smette di essere sullo sfondo dell'attenzione e passa invece in primo piano. Quando tutto funziona bene la nostra attenzione è tesa verso l'esterno, spostandosi dal nostro corpo a quelle che sono le nostre azioni ed i nostri obiettivi. In questo caso il corpo non è assente, ma è la nostra esperienza di esso che viene spostata sullo sfondo mentre l'oggetto della nostra attenzione è in primo piano. Per contro, quando ci ammaliamo, la nostra attenzione è posta sulla parte malfunzionante, che diventa improvvisamente il focus della nostra attenzione. Ed è in questo momento

che l'armonia tra corpo fisico e corpo vissuto si interrompe.

In quest'ottica possiamo trovare un'analogia con l'analisi degli strumenti di Heidegger. Una penna è uno strumento che usiamo ad esempio per scrivere un assegno, e mentre la usiamo non la notiamo, diventa quasi invisibile. La nostra attenzione è concentrata sullo scopo, lo strumento passa in secondo piano. Ma quando la penna smette di scrivere, o la macchina smette di funzionare, improvvisamente tali strumenti diventano il centro della nostra attenzione. Gli strumenti, dunque, smettono di essere uno sfondo invisibile con l'unico scopo di svolgere una funzione e diventano degli ostinati sabotatori.

Questo concetto di inconsistenza conserva il suo significato sia per gli strumenti che per il nostro corpo. Tuttavia, nonostante sia possibile gettar via la penna che non funziona e prenderne un'altra, ciò non è altrettanto valido per il nostro corpo, in quanto non può essere riparato o sostituito a nostro piacimento. La mia testa dolorante rimane comunque attaccata al mio corpo e diventa costantemente più prioritaria e invalidante. L'intento qui non è affermare che il corpo sia uno strumento, bensì precisare che corpo e strumenti sono interessati dai medesimi processi attentivi. Il corpo differisce dagli strumenti per un sostanziale aspetto: il suo malfunzionamento è maggiormente rilevante, è strettamente legato al nostro concetto di benessere in quanto siamo noi. La malattia è un doloroso e scioccante modo di scoprire l'intrinseca natura corporea del nostro essere.

Un altro motivo per cui la differenza tra corpo oggettivo e vissuto emerge grazie alla malattia, è che il corpo vissuto è tendenzialmente ovvio, lo usiamo con estrema facilità per assolvere determinate funzioni. Le azioni di routine possono infatti essere svolte con efficienza e precisione proprio perché divenute abituali: nel prepararsi per andare a lavoro nessuno si soffrona a pensare sulla grande quantità di azioni che siamo tenuti a svolgere

per lavarci, vestirci, spostarci; è solo quando vediamo qualcuno svolgerle per la prima volta che ci accorgiamo della complessità delle stesse azioni. La facilità con cui svolgiamo le azioni quotidiane spesso svanisce durante la malattia, accentuando la differenza tra corpo oggettivo e vissuto.

Un altro esempio fornito da Merleau-Ponty è il fenomeno dell'arto fantasma. Un arto fantasma consiste nella serie di sensazioni e stimoli dati da un arto che è stato amputato. In questa condizione si possono provare dolore o prurito provenienti dall'arto ormai inesistente. Merleau-Ponty spiega questo fenomeno come una frattura tra il corpo oggettivo e l'esperienza vissuta dello stesso: il corpo oggettivo non ha più l'arto, ma continuiamo a viverne l'esperienza (nei termini di corpo vissuto) come se fosse ancora lì. L'arto fantasma è dunque l'espressione dell'immagine di come il corpo è sempre stato, avendo per diversi anni avuto quattro arti.

Un altro esempio di frattura tra corpo oggettivo e corpo vissuto è il caso de l'anoressia nervosa. Osservando il corpo oggettivo, questo ci appare scheletrico ed emaciato, e la sua magrezza può essere misurata oggettivamente mediante il peso o il calcolo del BMI. Ma se chiedessimo ad un'anoressica di descrivere il suo corpo, potrebbe rispondere che lo percepisce come obeso e tondeggiante. Naturalmente contestare questa sua visione facendo appello ai dati oggettivi sarebbe totalmente inutile. Nell'anoressia la frattura tra corpo oggettivo e corpo vissuto è il punto focale della malattia stessa. In questa prospettiva la malattia non è una semplice disfunzione del corpo, ma una trasformazione sistematica del modo in cui il corpo esperisce, reagisce e compie azioni. I cambiamenti nella malattia non sono locali ma globali, non riguardano la superficie, ma il nucleo stesso del sé.

APPLICAZIONI IN MEDICINA

Il paziente vive la malattia dall'interno, come un'esperienza di trasformazione che intacca tut-



te le dimensioni della vita, nonché come un'interruzione della sua esperienza vissuta precedente. Questo concetto include alienazione corporea, alterazioni della percezione spaziotemporale, frustrazione dell'intenzionalità del corpo, cambiamenti sociali e numerose sfide all'identità e all'integrità del sé. Il paziente non compartimentalizza la malattia, né tantomeno la percepisce solamente come un insieme di sintomi fisici; piuttosto percepisce la malattia come una progressiva presenza che modifica la sua vita non solo sul piano fisico, ma anche sul piano psicologico, sociale, cognitivo, emozionale e temporale.

Adoperando una distinzione tra corpo oggettivo e vissuto possiamo esporre dei problemi di comunicazione nel rapporto medico-paziente. Generalmente il medico considera ed analizza la malattia nei termini di un processo biologico, astraeendola dall'esperienza vissuta. Per il paziente, d'altro canto, la malattia viene esperita nella sua immediatezza qualitativa, profondamente radicata all'esperienza vissuta. Questa distanza tra l'esperienza in prima e terza persona della malattia non è una differenza sul piano conoscitivo, ma riguarda piuttosto l'approccio alla malattia stessa. Dunque, nel momento in cui medico e paziente discutono della condizione di quest'ultimo, non esplicitano se non raramente tutta la possibile serie di presupposti e di conoscenze inerenti all'oggetto della discussione, che condividono. In sostanza, la fenomenologia non vede l'esperienza del paziente come un resoconto soggettivo su una realtà astratta e oggettiva; piuttosto prende questa esperienza per rappresentare la realtà dell'esperienza stessa del paziente.

La fenomenologia può essere usata per sottoporre al medico alcune delle caratteristiche invarianti della malattia per come viene vissuta dal paziente, come ad esempio i cambiamenti fisici e la riduzione delle capacità di portare a termine le proprie azioni quotidiane. Come precedentemente dimostrato, la fenomenologia può essere

impiegata per esaminare la natura della differenza tra il livello di comprensione del medico e del paziente, rendendo esplicite le premesse che sfociano nella distorsione di significato, e aiutare a fornire così un profilo dettagliato della malattia per com'è vissuta. Considerando i loro pazienti come "corpi-soggetto", i medici potrebbero riuscire a comprendere l'impatto che la malattia ha sulle vite dei pazienti non solo come un effetto secondario di un problema fisiologico ma come fenomeno primario."

PER UNA MEDICINA EXPERIENCE BASED (RIFLESSIONE DI CHIUSURA)

Tra le tante questioni in campo, al centro del discorso sul corpo malato c'è, come abbiamo letto, il problema e il momento della perdita. Si tratta di un nodo strategico nel prendersi cura dell'altro, sul quale i clinici devono necessariamente sintonizzarsi raccogliendo al loro interno quanto di strumenti tecnici, antropologici, teorici e personali hanno a disposizione. La "mattina dopo" (Calabresi) è il luogo anche del dolore e quindi del lutto della perdita di una funzione, di una vita, di una capacità o di una parte di sé. Non possiamo dimenticare, tra l'altro, che il dolore della perdita di un paziente (soprattutto per quanto riguarda le pediatrie) è per il medico stesso un momento spesso tragico, un momento che bisogna tenere in conto sin dal primo contatto con il bambino o il ragazzo. Come infatti sappiamo tutti, clinici e non, e come insegna Schopenhauer, ogni perdita porta immancabilmente via con sé qualcosa di unico e irripetibile, nonché una parte di noi stessi:

"Il grande dolore che ci provoca la morte di un buon conoscente ed amico deriva dalla consapevolezza che in ogni individuo v'è qualcosa che è solo suo, e che va perduto per sempre" (1851, 1998).

Una seconda possibile conclusione riguarda inoltre la centralità della diagnosi, del primo incontro e dell'aggancio: come può la fenomenologia prendersi cura, interrogare e descrivere il mo-

mento del lavoro sulla diagnosi e quella della sua comunicazione?

Un primo passo da compiere sulla via del curarsi pienamente del paziente e del suo mondo vissuto, potrebbe e dovrebbe ovvero essere quello di non accontentarsi della diagnosi per come è data ai nostri giorni. Se per Jaspers (1913), per quanto riguarda la psichiatria, la diagnosi dovrebbe essere relegata all'ultimo posto tra le priorità del clinico, in medicina interna e in oncologia la diagnosi ha naturalmente tutto un altro peso e altra urgenza.

La diagnosi in medicina dovrebbe però in qualche modo non fermarsi alla malattia, ma bensì avviarsi oltre sino a comprendere la persona intera, il suo mondo personale, familiare e relazionale in genere, il suo vissuto della malattia ma anche la sua progettualità e il suo passato (in questa prospettiva tanto abbiamo da imparare dall'atteggiamento e dal fare degli operatori di Cure palliative Pediatriche). Anche per questo motivo lo psicologo non dovrebbe mancare nelle équipes che si occupano di malattia cronica, di condizioni mediche complesse e difficili (e si può dire che nelle "pediatricie complesse" lo psicologo non manca quasi mai), ed anzi dovrebbe affiancare in ogni suo passo il team medico, rispettando çava sans dire i tempi e le priorità della medicina, ma allo stesso tempo sottolineando ed esigendo l'attenzione che merita l'esperienza e quindi la vita vissuta del paziente (e della sua famiglia). Come afferma, con parole nette e sincere, Bruno Callieri (1992):

"È qui che si situa in tutta la sua portata l'attesa, il bioniano non-ancora, l'utopia dell'uomo, il suo esser-esodo, sempre e dovunque, come radice costitutiva del soggetto, di ogni soggetto, anche in qualunque ospedale, lazzaretto, ospizio, campo, lager. (...) L'uomo: continua apertura, continua transizione, vita nelle cui pagine c'è sempre qualcosa di cui mai un altro uomo abbia ancora sentito parlare. Tutto ciò, riconosciamolo anche

noi medici una buona volta, non si riesce a cogliere nel momento oggettivante della conoscenza, in quello della classificazione, della diagnosi, dell'e-tichettamento (necessari ma non sufficienti, per la comprensione)".

Oltre e insieme alla prospettiva *evidence based* sarebbe insomma utile, per concludere queste nostre riflessioni a più mani, che la medicina ammetesse di aver bisogno e si permettesse quindi l'utilizzo di una visione e di una partecipazione *life based*, o meglio *experience based*, così da provare a non tralasciare nulla della vita, dell'indispensabile vissuto e quindi dell'esperienza unica e non replicabile della persona malata e dei suoi cari.

Una visione non alternativa ma anzi sfidante e arricchente, che sarebbe utile al paziente, alla sua famiglia e, ne siamo convinti, allo stesso medico che è chiamato, con tutto sé stesso, ad occuparsene.

BIBLIOGRAFIA

- Calabresi, M. (2019), *La mattina dopo*. Milano: Mondadori.
- Callieri, B (1992), l'atto clinico come demitizzazione della nosologia, *attualità in psicologia. Trimestrale di studi ed esperienze in psicologia, psichiatria e neuropsichiatria*, n. 7. Roma: EUR.
- Carel, H. (2011), phenomenology and its application in medicine, *Theor med bioeth*, feb; 32(1): 33-46, doi: 10.1007/s11017-010-9161-x.
- Heidegger, M. (2010), *essere e tempo*. Milano: Bompiani.
- Husserl, E. (2002), *idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica i/ ii*. Milano: Einaudi.
- Jaspers, K. (2010), *psicopatologia generale*. Milano: Masson.
- Perec, G. (2011), *tentativo di esaurimento di un luogo parigino*. Roma, Voland.
- Schopenhauer, A. (1998), *parerga e paralipomena*. Milano: Adelphi.
- Stanghellini, G. (2022), *divina presenza*. Milano: Quodlibet.



LO PSICOLOGO SCOLASTICO IN PUGLIA

INDAGINE ESPLORATIVA RIVOLTA AGLI PSICOLOGI SU RUOLO, COMPETENZE E ATTIVITÀ

RIASSUNTO

Al fine di rendere maggiormente significativa la ricerca nell'ambito della Psicologia Scolastica e dare seguito ad una prima ricerca che ha coinvolto i dirigenti scolastici della Provincia di Foggia in merito ai servizi attivati nelle loro scuole (Liuzzi et al., 2022), si è condotta una successiva indagine esplorativa rivolta agli Psicologi che operano in ambito scolastico, iscritti all'Ordine Psicologi della Regione Puglia.

La ricerca, promossa dall'Università di Foggia e dell'Associazione AIRIPA - Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatolo-

gia dell'Apprendimento, ha lo scopo di indagare la percezione che gli Psicologi Scolastici hanno rispetto al loro ruolo, alle competenze e alle attività svolte negli Istituti Scolastici. Il fine è di delineare e chiarire gli aspetti caratterizzanti la professionalità, in riferimento alla formazione e all'esperienza lavorativa, anche a seguito del recente Protocollo d'Intesa firmato dal CNOP-MIUR nell'ottobre 2020.

L'indagine, realizzata attraverso un questionario inviato agli Psicologi della Regione Puglia e operanti nelle diverse Province, ha avuto l'obiettivo di mappare le buone prassi e promuovere l'istitu-

Eleonora Merlicco

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

Anna Maria Antonucci

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

Irene Marino

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

Federica Liuzzi

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

Paola Palladino

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



zionalizzazione della figura a livello regionale di concerto con la politica nazionale e le linee guida internazionali in materia di Psicologia Scolastica, affinché vi possa essere almeno uno Psicologo per ogni scuola.

PAROLE CHIAVE

Psicologo Scolastico, Psicologia Scolastica, *Life skills*, Scuola, studenti, docenti, sportello d'ascolto.

INTRODUZIONE

Lavorare come Psicologi a scuola ormai è una realtà abbastanza diffusa ma spesso ancora poco condivisa e visibile. In questi ultimi decenni, si è fatta sempre più ampia la consapevolezza del contributo all'attività educativa che la Psicologia Scolastica può offrire. Essa si identifica come ambito del sapere psicologico utile per sviluppare interventi relativi allo svi-

luppo del benessere scolastico e si concretizza nella figura dello Psicologo Scolastico, quale promotore di attività che spaziano dall'orientamento scolastico e professionale alla formazione del personale docente e dei genitori, dalla consulenza per allievi e docenti agli interventi finalizzati al cambiamento organizzativo del sistema scolastico, dalla valutazione degli apprendimenti, dello sviluppo emotivo e sociale alla sperimentazione e ricerca psico-educativa.

La Scuola Italiana presenta una grave mancanza rispetto a tutti i principali Paesi Europei: l'assenza di un Servizio di Psicologia Scolastica come presenza stabile, specifica e autonoma, di supporto alla Scuola e ai suoi attori principali (cfr. Jimerson, Oakland, & Farrell, 2007). In Italia se ne parla da anni, senza risultati: è rimasto il solo Paese Europeo a non avere veri e propri



Psicologi tra i banchi di scuola. Anche indagini internazionali (N.E.P.E.S., 2010) confermano che in tutti i Paesi Europei – tranne l’Italia – gli Psicologi Scolastici hanno un ruolo significativo nel supportare il sistema educativo e contribuiscono anche al miglioramento della *performance* del sistema scolastico (dati PISA, OCSE). Gli Psicologi Scolastici possono intervenire efficacemente nella prevenzione del disagio giovanile e della dispersione scolastica, grazie alle loro competenze professionali specifiche. Varie associazioni internazionali, fra le quali l’Associazione Internazionale di Psicologia Scolastica (ISPA), incoraggiano l’adozione dei principi della Psicologia Scolastica nei contesti educativi, al fine di promuovere il benessere e la salute psicofisica dei bambini e dei giovani nei contesti educativi.

In Italia, a partire dal 2004, anno in cui il Ministro dell’Istruzione istituì una Commissione ministeriale per l’Istituzione di Servizi di Psicologia Scolastica (SPS), sono state avanzate varie proposte di legge senza, però, mai essere realmente discusse. Di conseguenza, in mancanza di una legislazione nazionale, le Regioni hanno agito autonomamente, attraverso la stipula di accordi, convenzioni o attraverso l’emanazione di leggi regionali.

Attualmente, a seguito dell’emergenza sanitaria relativa al Covid-19 e alla più recente guerra in Ucraina, che ha causato un’importante crisi geopolitica mondiale, la figura dello Psicologo Scolastico è sempre più riconosciuta sia al livello pragmatico, attraverso una crescente richiesta dai diversi attori presenti nella scuola, sia a livello legislativo mediante l’impegno del Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi (CNOP), che insieme al Ministero della Pubblica Istruzione nel 2020, hanno firmato un Protocollo d’Intesa per garantire la presenza e regolare il reclutamento dello Psicologo Scolastico all’interno delle Scuole Italiane a tutela del benessere di tutti gli attori scolastici.

In questo scenario l’idea dell’indagine, di cui si presentano qui i risultati, si muove su due aspetti di uno stesso *continuum*: da un lato vi è la necessità di conoscere, nel territorio pugliese, la condizione della Psicologia Scolastica e le caratteristiche professionali dello Psicologo che lavora nella scuola, delinearne quindi un profilo, come una sorta di *identikit* in riferimento ai vissuti e al reale ruolo svolto all’interno della scuola, agli aspetti della sua formazione, necessaria per l’esercizio delle sue funzioni lavorative; dall’altro lato, invece, vi è la necessità di indagare sulle criticità relative alla professione dello Psicologo Scolastico e favorire il dialogo tra gli *stakeholder* che convergono nel mondo della Scuola, soprattutto riguardo all’istituzionalizzazione della figura dello Psicologo Scolastico.

In particolare l’indagine, promossa dall’Università di Foggia e dall’Associazione Airipa (Associazione Italiana per la Ricerca e l’Intervento nella Psicopatologia dell’Apprendimento), è stata rivolta a tutti gli Psicologi iscritti all’Albo dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia. È stato sottoposto un questionario anonimo auto-compilato online, che ha consentito di selezionare, tra tutti gli Psicologi partecipanti all’indagine, coloro i quali operano come Psicologi Scolastici mettendo, così, a fuoco gli obiettivi della ricerca.

LA FIGURA DELLO PSICOLOGO SCOLASTICO NELLO SCENARIO INTERNAZIONALE

L’urgenza in ambito scolastico di favorire negli studenti l’acquisizione di strumenti, competenze e abilità di vita per un futuro in rapido cambiamento ha riscontrato l’attenzione crescente negli ultimi decenni in molti paesi del mondo. L’OCSE, *l’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico*, di cui l’Italia fa parte, contribuisce attualmente ad individuare le migliori politiche a riguardo. Avendo un ruolo di assemblea consultiva per il coordinamento delle politiche locali ed internazionali ha proposto delle linee guida attraverso il *“Teaching and Learning Framework 2030”*, ponendosi due domande specifiche:

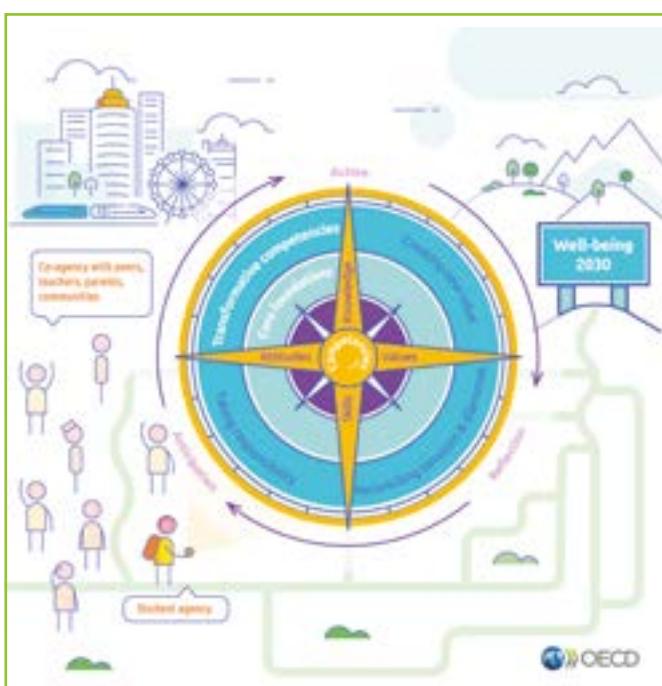
1. "Di quali conoscenze, abilità, attitudini e valori avranno bisogno gli studenti di oggi per prosperare e plasmare il loro mondo?
2. In che modo i sistemi educativi possono aiutare gli studenti a sviluppare queste conoscenze, abilità, atteggiamenti e valori?

In risposta a tali domande è stata concepita una "bussola di apprendimento" che definisce le conoscenze, le abilità, gli atteggiamenti e i valori di cui gli studenti hanno bisogno per realizzare il loro potenziale e contribuire al benessere delle loro comunità, sviluppando sistemi di insegnamento ed apprendimento sulla base della ricerca più aggiornata e di principi condivisi dai sistemi educativi. Sono le Scuole che possono aiutare gli studenti a sviluppare resilienza e autoregolazione, rispettare e valorizzare le idee e le prospettive altrui e insegnare loro come far fronte al fallimento, al rifiuto e alle avversità (OCSE, 2018, p. 2). La cornice quadro dell'OCSE si armonizza con l'Agenda UNESCO 2030 e i 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile entro il 2030; l'Obiettivo

n.4 si propone di "fornire un'educazione di qualità, equa e inclusiva, e opportunità di apprendimento permanente per tutti" sul piano cognitivo, socio-emotivo e comportamentale (UNESCO, 2017, pp. IV e 24-25). L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) fin dal 1999 aveva definito le competenze per la vita, a seguito dello studio di numerosi programmi in tema di *life skills*, identificando cinque aree di base rilevanti in tutte le culture, tra cui: capacità decisionali e risoluzione dei problemi; pensiero creativo e pensiero critico; capacità comunicative e interpersonali; consapevolezza di sé ed empatia; consapevolezza delle emozioni e gestione dello stress (WHO, 1999, p. 1).

Sebbene a livello internazionale le linee guida siano state numerose e di grande valore, gli stati e le comunità locali e nazionali hanno avuto piena libertà di implementarle in tempi e modi differenti. Raccogliere esempi provenienti da altri paesi, passando in rassegna alcuni studi in materia, consente di riflettere sulle scelte di implementazione delle linee guida internazionali e su che ruolo è stato assegnato allo Psicologo Scolastico nei paesi più virtuosi.

È noto – entro il contesto europeo - che in Danimarca, dal 1993, è stata introdotta tra le attività didattiche "l'ora di empatia" - la "*Klassens tid*" – dai 6 ai 16 anni, attraverso cui gli studenti imparano l'arte della comprensione e il senso per il bene comune. In Irlanda, anni fa è diventata obbligatoria una materia scolastica nominata "*Social, Personal and Health Education (SPHE)*", concepita secondo un approccio interdisciplinare e richiedendo una formazione specifica per gli insegnanti in collaborazione con operatori sanitari (Gabbhainn et al., 2010).





In Svezia, a partire dal luglio 2011, gli studenti fino ai 18 anni hanno il diritto garantito di accedere ai servizi di Psicologia Scolastica; inoltre, sono designati i criteri di licenza e formazione specialistica in Psicologia dell'Educazione per gli Psicologi Scolastici svedesi (Schad, 2014).

Il Regno Unito, tra i Paesi Europei, rivela una più lunga storia consolidata nella Psicologia Scolastica, fondando nel 1962 l'Associazione degli Psicologi dell'Educazione (AEP), in rappresentanza di 300 membri, costituenti allora oltre il 90% della professione. L'AEP, come organismo sindacale e professionale, offre supporto agli Psicologi nei rapporti con i datori di lavoro, oltre a fornire servizi professionali e formativi. Attualmente, la maggior parte degli Psicologi Scolastici lavora nel settore pubblico, nei servizi per l'infanzia degli enti locali ma anche in organizzazioni quali *trust*, servizi di salute mentale per bambini e adolescenti (CAMHS), scuole e gruppi scolastici statali e indipendenti, imprese sociali e di consulenza private. Un numero esiguo ma crescente di Psicologi Scolastici sono lavoratori autonomi. La formazione richiesta nel Regno Unito è un titolo di dottorato della durata di tre anni. Il primo anno è in gran parte universitario, mentre nel secondo e nel terzo anno i tirocinanti trascorrono dai tre ai quattro giorni alla settimana in tirocini pratici presso un servizio di Psicologia dell'Educazione. Gli Psicologi dell'Educazione che offrono un servizio al pubblico sono tenuti per legge ad essere registrati presso l'*Health and Care Professions Council* (HCPC), l'autorità di regolamentazione per tutte le professioni sanitarie britanniche.

Una storia lunga e consolidata appartiene anche agli Stati Uniti, promotori di sviluppo della professione entro i confini nazionali e a livello internazionale. Grazie alle idee visionarie di due Psicologi Scolastici Frances Mullen e Calvin Catterall, che avevano viaggiato e lavorato in molte parti del mondo, nel 1972, alla riunione annuale dell'*American Psychological Association* (APA), la già presente Divisione di Psicologia Scolastica costituisce una Commissione sul tema a cui si unisce l'Associazione Nazionale di Psicologi Scolastici (NASP), trasformandosi nel 1982 in un vera e propria associazione, nota come ISPA – Associazione Internazionale di Psicologia Scolastica - che riunisce molti paesi al mondo e dal 1979 collabora a stretto contatto con l'UNESCO.

Gli Stati Uniti, all'interno dei propri confini nazionali, garantiscono studi approfonditi, iniziative di promozione della professione e un alto livello di monitoraggio rispetto all'esercizio della stessa. È conosciuto il rapporto nazionale per l'anno scolastico 2020-21 che è di 1162 studenti per ogni Psicologo Scolastico. Gli standard professionali sanciti dalla NASP nel 2020 raccomandano un rapporto di 500 studenti per ogni Psicologo Scolastico, coerentemente con la ricerca per cui i servizi Psicologici scolastici diminuiscono all'aumentare del rapporto tra studenti e Psicologi Scolastici (Eklund et al., 2017; 2020).

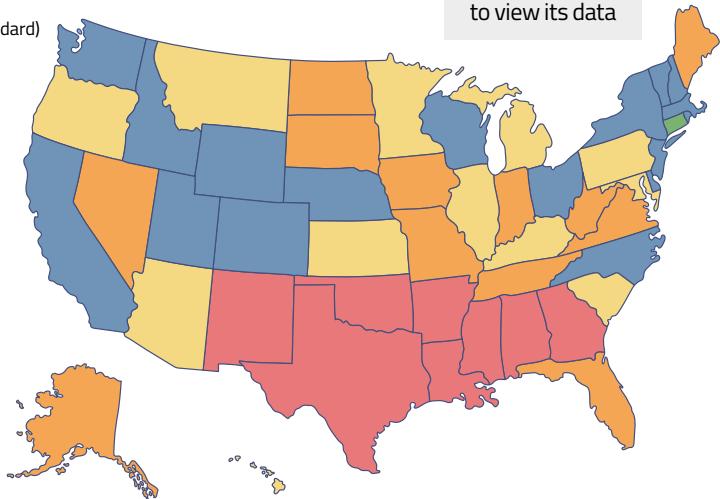
Nella ricerca "*NASP Membership Survey 2020*", sono resi pubblici i dati relativi alla pratica professionale negli USA; su un campione di 1006 Psicologi impiegati nelle scuole, è stato riscontrato che gli Psicologi Scolastici si impegnano maggiormente in compiti relativi alla valutazione realizzando una media di 55 valutazioni l'anno. I servizi di valutazione, intervento e consulenza sono resi in base all'occupazione, alla geografia e alle aspettative professionali. Vent'anni fa, gli Psicologi Scolastici dedicavano la maggior parte del loro tempo a condurre valutazioni, con quasi il 18% che non praticava alcuna forma di consulenza (Curtis et al., 1999). Un decennio dopo, nel 2010, gli Psicologi Scolastici hanno riferito di aver dedicato la maggior parte del loro tempo a valutazioni, con quasi il 30% mai impegnato in pratiche di consulenza (Castillo et al., 2012). Il più recente sondaggio 2015 ha mostrato che il 90% degli Psicologi Scolastici è ancora impegnato in attività relative alla valutazione ma – contestualmente - il 71% ha riferito di aver fornito con-

State Shortages Data Dashboard

Data as of January, 2022

2020-2021 Ratio

- 1 - 500 students (meets NASP standard)
- Between 501 and 1000 students
- Between 1001 and 1500 students
- Between 1501 and 2000 students
- Greater than 2000 students



Select a territory
to view its data

sulenza. I cambiamenti nella pratica professionale coincidono con standard professionali che si sono evoluti per espandere il ruolo dello Psicologo Scolastico nel supportare l'apprendimento e la salute mentale degli studenti. Nel 2010, la NASP ha sviluppato un modello di pratica di servizi psicologici scolastici. Aggiornato ogni 10 anni, la versione più recente è del 2020. In questo modello, ci sono 10 domini di pratica: Processo decisionale basato sui dati; Consultazione e Collaborazione; Interventi Accademici e Supporti Didattici; Servizi e Interventi di Salute Mentale e Comportamentale; Pratiche a livello scolastico per promuovere l'apprendimento; Servizi per promuovere scuole sicure e solidali; Collaborazione familiare, scolastica e comunitaria; Pratiche eque per diverse popolazioni studentesche; Ricerca e pratica basata sull'evidenza; Pratica legale, etica e professionale. Questi standard professionali periodicamente rinnovati riflettono il cambiamento in corso verso una sempre maggiore definizione del ruolo dello Psicologo Scolastico (Farmer et al., 2020, NASP).

Matteucci, ricercatrice dell'Università di Bologna, e Farrel, già presidente ISPA, hanno pubblicato nel 2018 uno studio sul ruolo degli Psicologi Scolastici nel sistema educativo italiano. I ricercatori hanno esplorato la situazione in 83 scuole del nord Italia, intervistando dirigenti, insegnanti, genitori, Psicologi Scolastici e rappresentanti dell'autorità educativa locale. I risultati hanno mostrato che gli Psicologi Scolastici erano presenti nella maggioranza delle scuole ma non in tutte e che gli insegnanti apprezzavano i servizi, sebbene significative erano le barriere al lavoro di supporto per studenti, insegnanti e famiglie (Matteucci et al., 2018). Dunque, la professione è ancora in un processo di sviluppo, risultando il diritto di accesso allo Psicologo Scolastico non garantito a livello nazionale, e la scelta di attivare o non attivare i servizi di Psicologia Scolastica a discrezione delle singole scuole.

Sulla base di questa panoramica internazionale condotta, ci si potrebbe chiedere come mai alcuni paesi hanno sentito più urgentemente la neces-



sità di definire il ruolo dello Psicologo Scolastico e garantirne i servizi in tutte le scuole del proprio territorio nazionale ed altri paesi, invece, hanno ignorato il tema o procrastinato nel tempo l'adozione di misure adeguate. I ricercatori Brown e Jimerson dell'Università della California hanno condotto uno studio al fine di esaminare se il campo della Psicologia Scolastica sia direttamente influenzato dall'economia e dall'istruzione di un paese. Valutando l'effetto del prodotto interno lordo, della spesa pubblica per l'istruzione e del sostegno pubblico all'istruzione sul rapporto tra Psicologi e studenti, livello di laurea offerto e *status* degli Psicologi Scolastici. I dati di questo ampio studio raccolti in 43 Paesi hanno mostrato, inaspettatamente, che nessuna delle variabili in esame prevedeva significativamente il rapporto Psicologi/studenti, livello di laurea offerto e *status* degli Psicologi Scolastici, (Brown et al., 2015).

Dunque, lo sviluppo della Psicologia Scolastica - in risposta agli obiettivi condivisi a livello internazionale, rimane appannaggio del singolo paese. I

paesi con una maggiore esperienza in materia si orientano verso procedure di garanzia di qualità più rigorose e universalmente rispettate (Farrell e al., 2014). In definitiva, tutti i paesi concepiscono la promozione della salute nelle scuole sulla base di una collaborazione interprofessionale in cui è necessario definire il più possibile i ruoli degli insegnanti e i ruoli degli operatori sanitari.

LA FIGURA DELLO PSICOLOGO SCOLASTICO IN ITALIA

Negli ultimi anni, sono avvenuti molteplici cambiamenti dal punto di vista sociale, culturale, politico ed economico che hanno influenzato l'assetto interno delle istituzioni scolastiche in Italia, contribuendo all'emergere di nuove e specifiche necessità. Si è assistito ad un cambiamento nella visione dei processi di apprendimento, di cui oggi si riconosce l'interconnessione fra componenti emotive, affettive e relazionali. Si assiste ad un crescente malessere individuabile a più livelli e a difficoltà relazionali tra i vari attori presenti nei sistemi scolastici (alunni, genitori, insegnanti, personale scola-

stico). Alla luce di tali considerazioni, per una Scuola in continuo cambiamento con esigenze diversificate e complesse, occorre pensare ad una Psicologia più attiva e ad interventi mirati. L'obiettivo dovrebbe essere quello di istituzionalizzare la figura dello Psicologo e realizzare uno specifico piano d'azione di prevenzione, promozione del benessere e intervento in aree di disagio latenti o conclamate. Lo Psicologo Scolastico si porrebbe come sostenitore del cambiamento, operando in sinergia con tutti gli attori del sistema scolastico.

Alla luce di un excursus storico-normativo sulla figura dello Psicologo Scolastico, l'Italia è stata protagonista di una serie di manovre legislative che per molti anni non hanno trovato applicazione concreta. Negli anni '90 si iniziò a prevedere l'ingresso dello Psicologo nelle Scuole tramite i CIC (Centri di Informazione e Consulenza) per attività di prevenzione, educazione e promozione della salute. I CIC si sono inseriti fattivamente come sportelli di ascolto per gli studenti tralasciando la relazione studenti-insegnanti. In seguito, sono proseguite le iniziative per istituire la figura dello Psicologo Scolastico e nel 1997 la Legge Bassanini ha conferito alla Scuola l'autonomia necessaria per poter richiedere l'attivazione di progetti da parte di liberi professionisti.

Nel 2016, il Disegno di Legge n.2613 proposto dalla Senatrice Fasiolo prevedeva l'istituzione dello Psicologo Scolastico per operare in molte aree di intervento, quali: sviluppo di competenze di vita, predisposizione di ambienti di apprendimento motivanti, supporto psicologico per alunni e docenti, individuazione precoce di situazioni di devianza e bisogni educativi speciali, ecc.

In data 06/02/2020 è stata presentata la legge n.2372, approvata dalla Camera dei deputati, oggi al vaglio del Senato, che prevede assetti per prevenire la dispersione scolastica mediante l'introduzione sperimentale delle competenze non cognitive (*life skills*) nel metodo didattico.

Il 26/10/2020 è stata pubblicata la Circolare relativamente al Protocollo d'intesa stipulato tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale degli Psicologi con 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, in base all'autonomia e alle proprie esigenze.

In data 31/01/2022, secondo l'agenzia quotidiana di stampa n. 274, il Consiglio Regionale della Puglia ha espresso interesse a istituire all'interno degli ordini scolastici un Servizio di Psicologia Scolastica in maniera organica e funzionale, assegnando alla Regione, attraverso la struttura competente in materia di istruzione, l'organizzazione del servizio, il ruolo di coordinamento, monitoraggio e valutazione.

Per ciò che concerne le normative a livello nazionale che regolano le aree di intervento dello Psicologo a Scuola, sono vigenti le seguenti disposizioni:

- Circ. MIUR 250/1985 "Azione di sostegno a favore degli alunni portatori di handicap";
- L. 56/1989 "Ordinamento della professione di Psicologo";
- L. 162/1990 in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
- L. 104/1992 sul principio di integrazione sociale e scolastica per la tutela della dignità umana della persona con disabilità.
- L. 59/1997 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa";
- L. 449/1997 "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica";



- D.Interm. 44/2001 sulla gestione amministrativo-contabile delle istituzioni scolastiche;
 - D. Lgs. 165/2001 sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;
 - L. 53/2003 sui livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale e "personalizzazione" dei processi educativi;
 - L. R. 21/2007 in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini ed adolescenti;
 - Circ. 2/2008 del Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella pubblica amministrazione riguardante il ricorso ai contratti di collaborazione occasionale e di collaborazione coordinata e continuativa;
 - L. 107/2010 in materia di disturbi specifici di apprendimento, preparazione degli insegnanti e sensibilizzazione dei genitori a riguardo.
 - D.P.R. 137/2012 recante riforma degli ordinamenti professionali;
 - Prot. CNOP 5/6/2015 n.150000174 sulla professione di Psicologo;
 - L. 107/2015 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione, contrasto delle diseguaglianze socioculturali e prevenzione dell'abbandono scolastico;
 - L. 47/2017 (art.14) sul diritto all'istruzione ai minori stranieri non accompagnati;
 - Circ. Min. 02/8/2017 Prot. AOODGEFID/34815 "Fondi Strutturali Europei - PON 2014/2020 - Attività di formazione – Iter di reclutamento del personale "esperto";
 - L. 71/2017 sul contrasto del fenomeno di cyberbullismo;
 - D. Lgs. 75/2017 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
 - L. 3/2018 sul riordino delle professioni sanitarie;
 - D.L. 41/2021 Art. 31 "Decreto sostegni" agli studenti nell'emergenza Covid-19.
- In riferimento al ruolo e le funzioni che lo Psicologo può svolgere all'interno della Scuola italiana, i Servizi sono molteplici:
- Sportello di Ascolto Psicologico – per la consulenza individuale a studenti, genitori, insegnanti e personale ATA.
 - Orientamento Scolastico - con l'obiettivo di sostenere gli alunni nella scelta loro futuro scolastico/professionale.
 - Corsi Formativi – per genitori ed insegnanti su tematiche di natura psico-pedagogica.
 - Lavoro in rete con la scuola e i servizi territoriali.

I contesti di intervento, dalla scuola dell'infanzia all'università, richiedono allo Psicologo competenze specifiche e, dunque, è estremamente importante la formazione specialistica e continua. Nel panorama internazionale, i Paesi dove la figura professionale dello Psicologo Scolastico è consolidata Stati Uniti, Gran Bretagna, Francia prevedono una formazione universitaria specifica per poter accedere a tale professione. Nella maggior parte dei Paesi Europei, gli Psicologi che lavorano nei sistemi scolastici/educativi hanno ottenuto una laurea magistrale a seguito di un percorso universitario complessivo di cinque anni e un periodo di tirocinio supervisionato di almeno un anno. Tale percorso è in linea con il *Bologna Process* e conforme e allo *standard* di qualità creato dall'EFPA\EUROPSY, ovvero *'The European Certificate in Psychology* (Lunt, Baneke, Berdullas, et al., 2001). Il modello EUROPSY individua degli standard minimi per la formazione degli Psicologi in termini di obiettivi, contenuti e numero di crediti formativi universitari necessari per ognuna delle tre fasi di formazione (primo livello, secondo livello, tirocinio supervisionato). Il primo livello offre una formazione di base in tutte le aree della Psicologia. Il secondo livello prepara gli studenti per la pratica professionale.

Nel 2014, al fine di uniformare gli standard internazionali formativi, l'ISPA ha proposto linee guida in termini di aree di conoscenza e di competenza per lo Psicologo che vuole operare in ambito scolastico, senza imporre un ciclo di studio obbligato, numero di crediti o ore di formazione. Le com-

petenze del futuro Psicologo, secondo le linee guida ISPA, riguardano: l'area dell'*assessment*, dell'intervento, della consulenza, dello sviluppo organizzativo, della supervisione e della ricerca.

In Italia, la Psicologia dell'Educazione è riconosciuta dal Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP) come una specifica area di pratica professionale (CNOP, 2013), ma non esiste una regolamentazione relativa alla formazione universitaria della professione. La Legge 56/1989 che regolamenta la professione di Psicologo non distingue aree di specializzazioni diverse. Nel sistema universitario italiano, le classi di laurea magistrale sono state definite da un decreto ministeriale del 2007 che identifica un'unica classe di Laurea Magistrale per la Psicologia (LM-51) e definisce gli obiettivi formativi qualificanti da raggiungere. È interessante notare che il decreto specifica che gli obiettivi formativi di ciascuna Laurea Magistrale devono far riferimento a uno o a più ambiti d'intervento professionale, includendo nell'elenco sia la Psicologia dell'Istruzione e della Formazione sia la Psicologia Scolastica. Il Ministero riconosce quindi l'esistenza della Psicologia Scolastica come ambito d'intervento professionale specifico dello Psicologo e, di conseguenza, anche come area di approfondimento *curricula* delle Lauree Magistrali. Successivamente alla Laurea Magistrale, il sistema formativo italiano prevede la possibilità di approfondire ulteriormente la preparazione attraverso: Dottorati (terzo ciclo della formazione superiore), Scuole di Specializzazione e Master *Post-lauream*. Oggi, l'offerta formativa italiana consente solo di accedere al terzo livello di specializzazione per la Psicologia Scolastica – con un numero esiguo di offerta formativa e talvolta declinata per ambiti di intervento strettamente settoriali (ad esempio, Disturbi del Neuro-sviluppo, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, ecc.).

OBIETTIVI E SCOPO DELL'INDAGINE

Lo scopo fondamentale dell'indagine è quello di promuovere l'istituzionalizzazione della figura

dello Psicologo Scolastico in quanto professionista che può:

- promuovere il benessere bio-psico-sociale di ciascun attore presente nella scuola, attraverso le attività di sportello d'ascolto psicologico, attività di prevenzione, formazione, intervento, ricerca-azione relativi al contesto scolastico;
- dar vita alla definizione, progettazione e realizzazione di azioni per contrastare il disagio e l'abbandono scolastico dando, così, concretezza operativa anche alle indicazioni ministeriali in materia di DSA, BES, bullismo e cyber-bullismo, ecc.

Pertanto, i precipui obiettivi che l'indagine si è posta sono stati:

- conoscere l'esperienza, le relazioni e il vissuto professionale degli Psicologi Scolastici in riferimento all'esercizio del proprio ruolo, delle competenze e della formazione necessaria per lo svolgimento di tale funzione lavorativa;
- mappare le buone prassi e le attività svolte nella Scuola proprie dello Psicologo Scolastico.

METODOLOGIA

Il disegno di ricerca adottato si pone obiettivi di natura sia qualitativa che quantitativa. Dal punto di vista qualitativo, il fine è stato quello di poter raccogliere informazioni sulla figura dello Psicologo Scolastico, esplorando:

- la complessità del "contesto Scuola" entro cui sono stati attivati o non attivati i servizi di Psicologia Scolastica (modalità di selezione, tipologia di contratto dello Psicologo Scolastico, informazioni utili su problemi latenti o non evidenti, ecc.);
- la sensibilità avvertita relativamente a percezioni, pregiudizi, vissuti dei diversi attori scolastici (alunni, genitori, docenti, personale ATA e dirigente scolastico, nei confronti della figura dello Psicologo Scolastico e dei servizi da questi offerti);
- il bisogno di formazione iniziale e continua nell'ottica del *lifelong learning*.



Il disegno di ricerca presenta dati quantitativi di base, essendo stato esteso a tutti i soggetti presenti in un'area, nella fattispecie gli Psicologi iscritti all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia operanti in tutte le aree provinciali, con un'ulteriore distinzione se operanti a livello scolastico o meno. 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 estendere successivamente la ricerca ad altre regioni attraverso i rispettivi Ordini, per compararne i risultati ed ottenere una mappatura quanto più esaustiva possibile sull'intero territorio italiano.

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 dai destinatari dell'indagine. 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. Il questionario è stato diffuso attraverso gruppi di aggregazione degli Psicologi e Psicologi Scolastici presenti sui *social media* e contatti diretti tra colleghi.

Le domande si sono susseguite secondo un ordine logico, dalle richieste di informazioni caratterizzanti la Scuola (città, tipologia di istituto dove si è prestato esercizio, 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. Nello specifico, per rendere esaustiva ed efficace la raccolta dei dati, nella costruzione del questionario sono state individuate sei aree fondamentali relative a:

- dati anagrafici;
- formazione;
- esperienza lavorativa;
- servizi di Psicologia svolti nella scuola;
- percezione dei vissuti dello Psicologo Scolastico in ambito lavorativo;
- formazione continua e aggiornamento professionale.

Sebbene il questionario sia stato strutturato sulla base di domande chiuse al fine di utilizzarlo sul totale del campione disponibile 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 un piccolo numero di Psicologi Scolastici 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 maggio e giugno 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 singolo partecipante all'indagine. In riferimento alla struttura dello strumento, l'analisi dei dati è stata condotta entro il contesto delle sei macroaree del questionario.

CAMPIONE

Hanno risposto al questionario 470 Psicologi iscritti all'Ordine Psicologi della Regione Puglia di cui 114 sono Psicologi Scolastici.

RISULTATI

1. Le Caratteristiche Socio-Demografiche degli Psicologi

Hanno partecipato all'indagine **470** Psicologi iscritti all'Ordine degli Psicologi della Puglia, l'87,4% sono donne. In riferimento all'età il 37,8% ha meno di 35 anni, il 36,8% ha un'età compresa tra i 36 e 45 anni, il 13,3% ha tra i 46 e 55 anni ed il 12% ha meno di 35 anni.

Come si vede nel grafico 1 il 56% degli Psicologi lavora da più di sei anni.

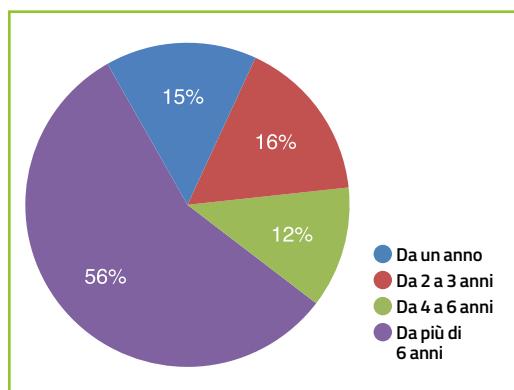


Grafico 1 - Esperienza lavorativa maturata dagli Psicologi

Da un totale di 470 Psicologi che hanno risposto, solo il 24,3% lavora come Psicologo a Scuola. Tra i 356 Psicologi che non lavorano a scuola il 74,4% vorrebbe lavorare come Psicologo Scolastico. L'indagine è pertanto proseguita con gli Psicologi che operano nella Scuola. In riferimento alla città dove viene svolta la propria attività lavorativa, la provincia che registra un maggior numero di risposte è quella di Bari (30,7%).

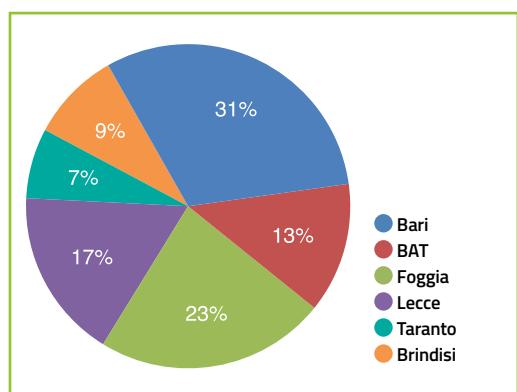


Grafico 2 - Provincia di esercizio della professione di Psicologo presso le Scuole

2. La Formazione degli Psicologi Scolastici

Il profilo formativo che appare dello Psicologo Scolastico sembra essere altamente specializzato. Infatti l'85,1% ha frequentato una Scuola di Specializzazione in Psicoterapia, di cui il 38,3% ad orientamento Cognitivo Comportamentale, il 27,4% Sistemico Relazionale, il 15,1% Psicoanalitico, il 4,2% ad indirizzo Gestaltico, il 15% altri orientamenti. Come si evince nell'istogramma, gran parte degli Psicologi Scolastici, ha almeno un Master di secondo livello.

Gli ambiti della formazione *post-luream* privilegiati dagli Psicologi Scolastici sono quelli della Psicologia e della Psicopatologia dell'Apprendimento, segue la formazione propria in Psicologia Scolastica.

Per quanto riguarda le competenze utili da acquisire per lavorare nella Scuola, il 79,9% degli

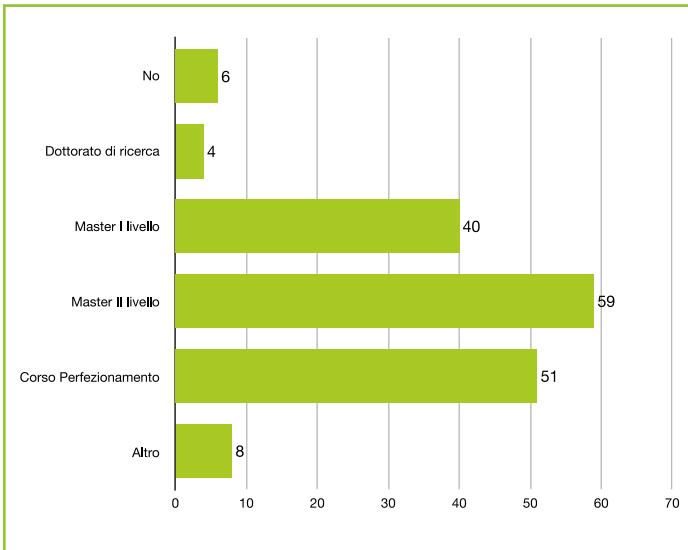


Grafico 3 - Formazione Post-Lauream

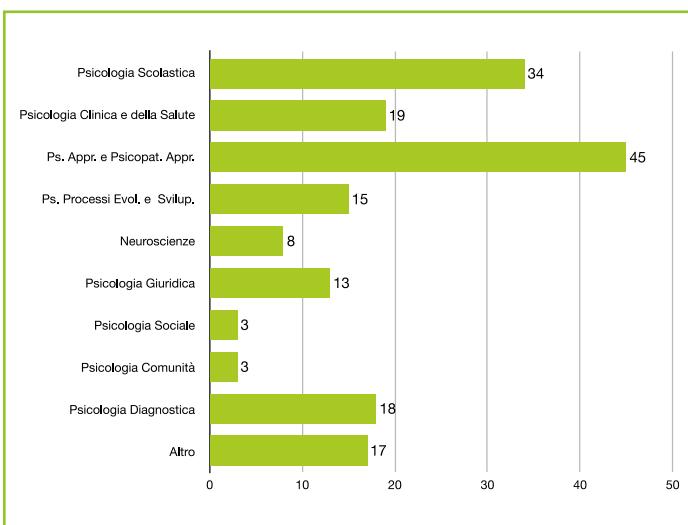


Grafico 4 - Ambiti della Formazione Post-Lauream

Psicologi riferiscono che sia importante formarsi nell'ambito della Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, il 54,5% nei Disturbi del Neuro-sviluppo, il 23,7% nella Psicologia delle Organizzazioni, il 43%, nella Psicologia dell'Orientamento, il 33,3% in Dinamiche di gruppo mentre il 25% in Legislazione scolastica.

3. L'esperienza Lavorativa degli Psicologi Scolastici

Per quanto attiene all'esperienza lavorativa, si è voluto indagare sulle modalità di reclutamento dello Psicologo Scolastico in riferimento all'assegnazione dell'incarico. Come si può vedere dall'istogramma gran parte degli Psicologi sono stati reclutati con bando richiedente titoli e numero di esperienze lavorative.

La scuola Secondaria di Secondo grado con il 30,7% di preferenze, è l'ordine di scuola nella quale gli Psicologi Scolastici hanno prestato servizio con maggiore frequenza.

4. I Servizi di Psicologia Svolti nella Scuola

Tra le attività svolte dallo Psicologo Scolastico, lo Sportello d'Ascolto rivolto ad alunni, docenti genitori e personale ATA, resta ancora il Servizio maggiormente richiesto nella Scuola con l' 86% di risposte date dagli Psicologi. Seguono i laboratori di educazione e formazione e gli incontri formativi con il 44,7%, l'orientamento con il 21,1% e le attività di screening con il 14,9%. Per quanto riguarda lo Sportello d'Ascolto, sono maggiormente richieste le consulenze da parte dei docenti riguardanti le difficoltà disciplinari/comportamentali e devianti (54,4%), dai docenti di sostegno per difficoltà relative all'integrazione e all'inclusione degli alunni, (31,6%) e

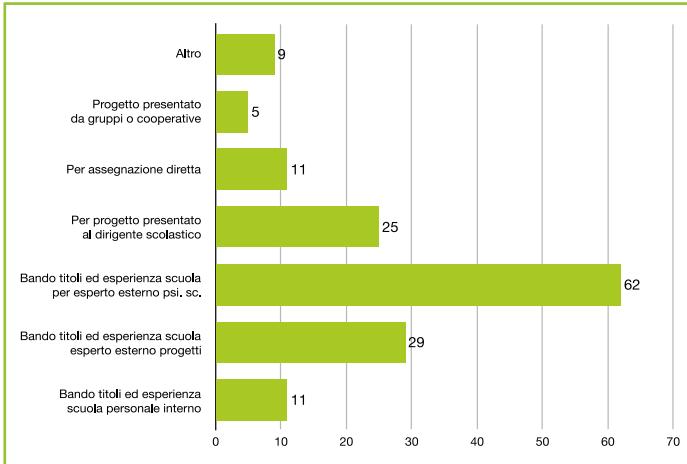


Grafico 5 – Tipologia dei bandi per il reclutamento e l'assegnazione dell'incarico

Il 54,4% degli Psicologi considera che il suo lavoro venga percepito dai docenti come molto utile; il 39,5% abbastanza utile.

Il 48,2% degli Psicologi pensa che il suo lavoro sia percepito dai genitori come abbastanza utile mentre il 42,2% come molto utile, si registra anche un 7,9% di Psicologi che percepisce che il proprio lavoro sia considerato poco utile da parte dei genitori degli alunni.

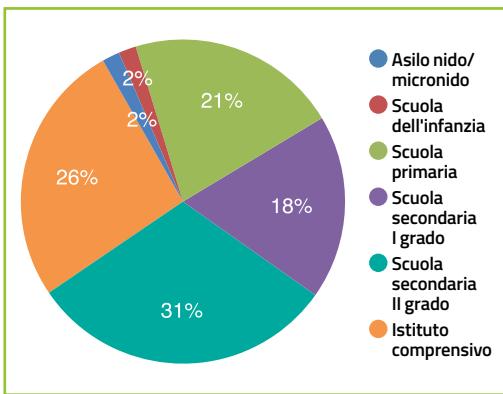


Grafico 6 – Ordine di Scuola in cui si è prestato servizio con maggiore frequenza

dagli studenti per problematiche riguardanti l'ansia, il panico, le fobie, il dismorfismo corporeo, l'autolesionismo, l'identità di genere, i pensieri suicidari, ecc. (55,3%).

5. La Percezione e dei Vissuti dello Psicologo Scolastico

Nell'area della percezione e dei vissuti sembra che il lavoro dello Psicologo nella scuola sia sostanzialmente ben visto e ben considerato dai diversi attori scolastici, in particolar modo il 57% degli Psicologi pensa che il suo lavoro sia percepito come molto utile dagli alunni e il 36% come abbastanza utile.

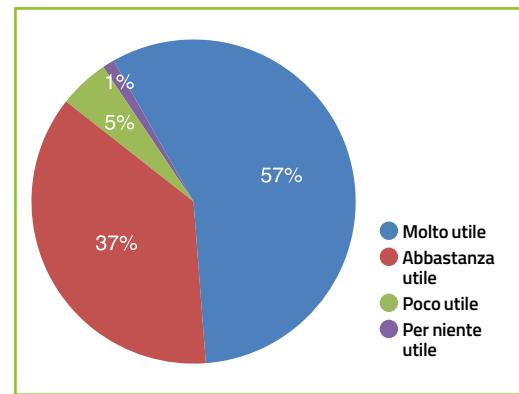


Grafico 7 – Come lo Psicologo pensa che il suo lavoro sia percepito dagli studenti

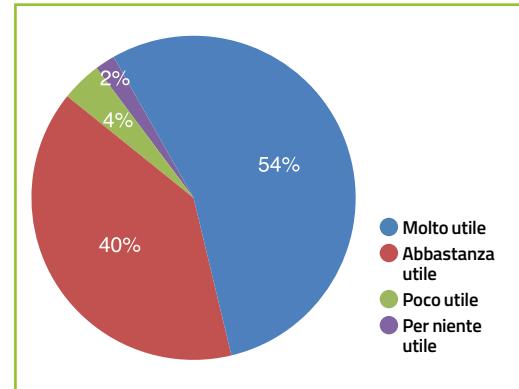


Grafico 8 – Come lo Psicologo pensa che il suo lavoro sia percepito dai docenti

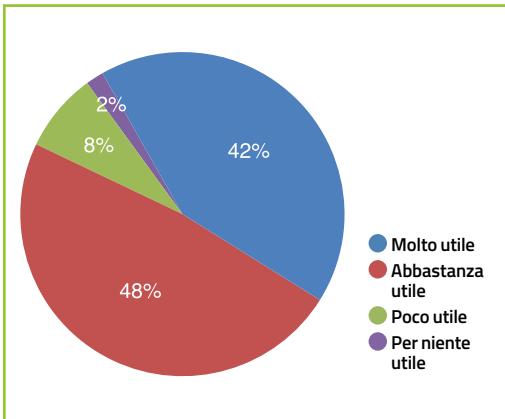


Grafico 9 - Come lo Psicologo pensa che il suo lavoro sia percepito dai genitori

Infine le percentuali si abbassano se si considera la percezione che lo Psicologo ha del suo lavoro da parte del personale ATA.

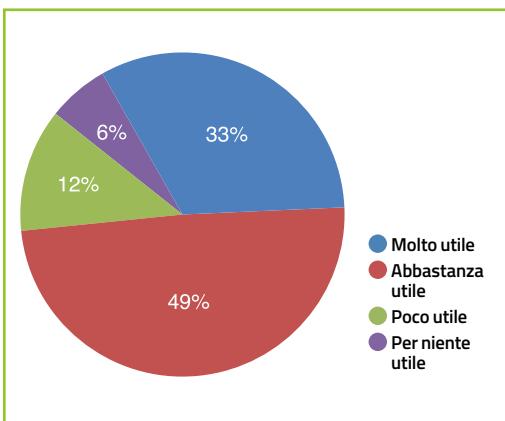


Grafico 10 - Come lo Psicologo pensa che il suo lavoro sia percepito dal personale ATA

In riferimento al carico di lavoro, gli Psicologi Scolastici si dividono nelle percezioni poiché circa la metà (il 49,1%) dichiara di avere un carico di lavoro abbastanza proporzionato rispetto alle ore assegnate per contratto, mentre l'altra metà circa (il 44,7%) non ritiene assolutamente proporzionato il carico di lavoro per ore assegnate.

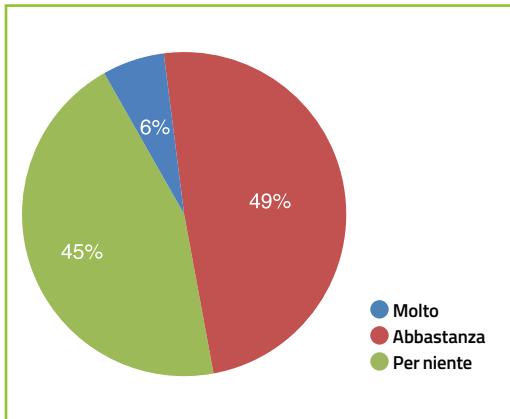


Grafico 11 - Carico di lavoro in riferimento alle ore assegnate

Anche in riferimento al compenso acquisito, la percezione degli Psicologi sembrerebbe essere pressoché discorde. Secondo la maggioranza (il 54,4%) il compenso sembrerebbe abbastanza adeguato al carico di lavoro richiesto, invece per un'altra fetta importante del campione (il 39,5%) il compenso non è affatto adeguato.

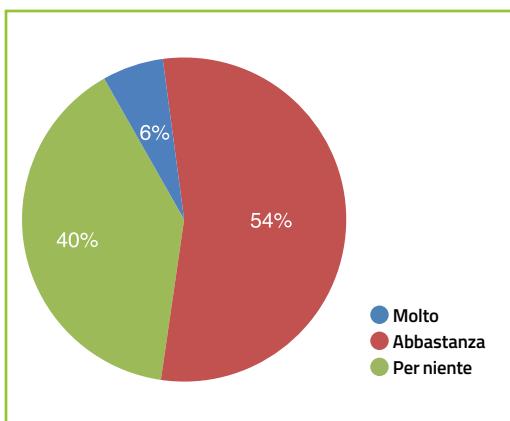


Grafico 12 - Compenso orario relativo al carico di lavoro

Il 64% degli Psicologi Scolastici intervistati riferiscono inoltre di aver incontrato diverse difficoltà durante lo svolgimento del proprio lavoro per le seguenti motivazioni:

- numero di ore insufficiente per rispondere a tutte le richieste (71,1%);
- mancanza di continuità e continuo avvicendarsi



- degli Psicologi in una stessa scuola (47,4%);
- carenza di strutture idonee al Servizio (aula, laboratori, stanze dedicate per lo Sportello d'Ascolto (36,6%);
- percezione da parte dei docenti di intralcio alle attività didattiche (21,1%);
- preoccupazione da parte degli alunni, docenti e genitori di essere etichettati come "patologici" (20,2%);
- timore dei docenti di essere criticati sulle metodologie didattiche (18,4%);
- percezione di apportare un sovraccarico di lavoro all'istituzione scolastica da parte di segreterie, funzioni strumentali (11,4%);
- preoccupazione da parte delle famiglie e dei docenti di destabilizzare emotivamente l'utenza (9,6%).

6. L'area della Formazione Continua e dell'Aggiornamento Professionale

L'ultima area indagata nella ricerca è quella relativa alla formazione continua e dell'aggiornamento professionale. In particolare, è stato

chiesto agli Psicologi quanto ritenessero utile nella pratica lavorativa la formazione e l'aggiornamento continuo.

Il 95% degli Psicologi ritiene utile nella propria pratica lavorativa l'aggiornamento continuo. In particolare, si considera importante acquisire una formazione nei seguenti ambiti tematici:

- Prevenzione bullismo, cyber-bullismo e uso dei social (71,8%);
- *Soft skills* ed educazione socio-affettiva (61,8%);
- Tecniche di comunicazione efficace e gestione dei conflitti (58,2%);
- Tecniche di conduzione dei gruppi (54,5%);
- Psicologia dell'Apprendimento (50%);
- Stesura PEI e PDP (34,5%);
- Deontologia professionale e Legislazione scolastica (31,8%);
- Attività di *Screening* (29,1%);

Inoltre, il 78,9% degli Psicologi Scolastici reputa utile una formazione in Psicoterapia e l'88,6% pensa sia importante svolgere supervisioni e



intervisioni utili a monitorare ed interrogarsi sul buon andamento delle propria attività lavorativa.

Infine, relativamente al tipo di percorso formativo, universitario e post-universitario indispensabile per lavorare in ambito scolastico, gli Psicologi Scolastici riferiscono che sia importante formarsi su tematiche quali:

- Disagio e problematiche dell'adolescenza (67,5%);
- Comunicazione e relazioni interpersonali (61,4%);
- Emozioni (54,5%);
- Psicopatologia dell'apprendimento (51,8%);
- Studio e gestione dei gruppi (40,4%);
- Genitorialità (48,2%);
- Metodologie didattiche (21,1%);
- Artiterapie (11,4%).

CONCLUSIONI

L'idea di avviare un'indagine tra gli Psicologi Scolastici della Regione Puglia nasce dall'interesse di conoscere le modalità con cui questi percepiscono la Psicologia come Scienza applicata al mondo della Scuola e in che maniera vivono la loro esperienza professionale. Si è voluto, altresì, cercare di fare il punto della situazione sullo stato della Psicologia Scolastica, al fine di delineare e tracciare alcuni ambiti di discussione con gli *stakeholder* del mondo della Scuola, affinché lo Psicologo Scolastico possa diventare una figura di sistema in tutte le Istituzioni Scolastiche, anche alla luce degli ultimi importanti accordi fra CNOP e MIUR, circa il Protocollo di Intesa del 2020 firmato a seguito dell'emergenza sanitaria relativa al Covid-19.

I dati relativi alla presente indagine esplorativa sono stati raccolti nei mesi di maggio e giugno 2022, attraverso l'applicazione web di "Google Moduli". Essi mostrano che la gran parte degli Psicologi Scolastici hanno una formazione altamente specialistica con almeno un master di secondo livello nell'ambito della Psicologia e della Psicopatologia dell'apprendimento, oppure in Psicologia Scolastica, ed hanno frequentato una

scuola di specializzazione in Psicoterapia (85,1%). Inoltre ritengono che le competenze utili da acquisire per lavorare come Psicologo a Scuola siano fondamentalmente da ricercare nel settore della Psicologia dello Sviluppo (79,9%), dei Disturbi del Neurosviluppo (54,5%) e della Psicologia dell'Orientamento (43%). Gran parte degli Psicologi Scolastici che lavorano nelle scuole sono stati reclutati con bando richiedente titoli e numero di esperienze lavorative, molti dei quali si sono avviati alla pratica lavorativa scolastica proprio a seguito del protocollo d'intesa tra CNOP e MIUR del 2020.

In riferimento ai Servizi di Psicologia che lo Psicologo svolge nella Scuola, lo Sportello di Ascolto sembra essere ancora l'attività maggiormente praticata negli Istituti Scolastici. La consulenza psicologica è richiesta in misura maggiore dagli insegnanti relativamente alle difficoltà disciplinari/comportamentali e devianti degli studenti (54,4%), dai docenti di sostegno per supporto a strategie di integrazione ed inclusione (31,6); infine dagli studenti per problematiche quali: ansia, panico, fobie, dismorfismo corporeo, autolesionismo, identità di genere, pensieri suicidari, ecc. (55,3%).

In riferimento all'area della percezione e dei visuti dello Psicologo Scolastico, i dati sembrano mostrare che l'operato dello Psicologo Scolastico sia maggiormente apprezzato e richiesto dagli studenti, piuttosto che da genitori, insegnanti e personale ATA. Si pone, dunque, la necessità di implementare politiche di sensibilizzazione e campagne di informazione al fine di sfatare pregiudizi e stereotipi che caratterizzano il mondo degli adulti relativamente alla professionalità dello Psicologo.

In riferimento alle difficoltà incontrate durante lo svolgimento del lavoro, la maggior parte degli Psicologi che lavorano a Scuola, sostiene che il numero di ore da contratto non siano sufficienti ad assolvere tutte le richieste dell'utenza, de-

nunciando una mancanza di continuità scolastica nel corso degli anni ed una scarsa presenza di strutture idonee dedicate al Servizio di Psicologia. Inoltre sembrerebbe che gli Psicologi Scolastici abbiano la percezione che la loro prestazione lavorativa possa essere marginale rispetto alle reali esigenze scolastiche. Tutto ciò lascia ipotizzare che i professionisti che entrano nella Scuola e intervengono per promuovere il benessere psicofisico incidendo sulle diverse situazioni di disagio, facciano ancora fatica a legittimarsi e farsi riconoscere per la propria specificità e il proprio ruolo professionale.

Per quanto riguarda l'area della formazione continua e dell'aggiornamento professionale, il 95% degli Psicologi Scolastici ritiene utile, nella pratica lavorativa, la formazione e l'aggiornamento continuo soprattutto nell'ambito della prevenzione del bullismo, cyberbullismo e uso dei social. A fronte dell'analisi degli standard internazionali di formazione professionale, si pone la necessità di concepire un percorso di formazione più olistico che prepari lo Psicologo Scolastico in diversi ambiti e consenta l'acquisizione di molteplici competenze per rispondere alle sfide che il mondo della Scuola oggi pone.

I dati dell'indagine raccolti mostrano un profilo dello Psicologo Scolastico ancora poco riconosciuto che si trova a fare i conti con strutture interne alla Scuola non adeguate allo svolgimento del proprio lavoro, risorse spesso inesistenti e, soprattutto, richieste e problemi lontani dalle competenze specifiche degli insegnanti. Questi ultimi, al fine di far fronte a classi ritenute difficili e percorsi individualizzati, avrebbero il diritto di accedere a servizi di supporto specializzati, quali quelli di Psicologia Scolastica, interni alla Scuola.

In conclusione, nel tentativo di aprire uno spazio di riflessione e dialogo con tutti gli attori del mondo della Scuola, alcuni punti necessitano di opportuna valutazione:

- l'influenza della formazione universitaria, post-universitaria e continua, in riferimento ai modelli teorici e professionali che caratterizzano le attività psicologiche nelle scuole;
- le modalità con le quali lo Psicologo Scolastico entra in contatto con le scuole e quali rapporti contrattuali s'instaurano con l'Istituto Scolastico (bandi e procedure di selezione);
- la promozione delle politiche per la professionalità degli Psicologi che intendono lavorare nella Scuola;
- la promozione delle politiche strategiche per la Scuola che guardi anche ad implementare la cultura dello Psicologo a scuola.

In tal senso il lavoro della presente indagine arricchisce una precedente ricerca rivolta ai Dirigenti Scolastici della Provincia di Foggia, al fine di 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. Accanto a questa indagine, vi è la proposta di un Protocollo d'Intesa, da sottoporre all'attenzione di alcuni Partner individuati come parti interessati a promuovere nel mondo della Scuola il benessere bio-psico-sociale degli studenti, così come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OSM). 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 sopracitati 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 Scuo-



la ci sia almeno uno Psicologo specializzato in materia.

BIBLIOGRAFIA

- Amendolia, A.S. (2019). *Psicologo Scolastico. Una review sul ruolo professionale, sul confronto con gli altri paesi UE e sulla situazione in Italia*, I Quaderni della Fondazione degli Psicologi della Toscana, Ordine Psicologi Toscana.
- 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.
- Cornoldi, C. e Molinari L. (a cura di) (2021), "Lo Psicologo Scolastico, competenze e aree di intervento", Edizioni Il Mulino.
- Dossena, F. (2016). *La Psicologia Scolastica in Italia e in Europa*. Atti della Giornata di Studio

"Psicologia Scolastica e approccio psicoanalitico", Milano, 46, 72.

- Liuzzi, F., Antonucci A.M., Marino I., Merlicco E. & Palladino P. (2022) *Indagine Conoscitiva sulla Figura dello Psicologo Scolastico nelle Scuole della Provincia di Foggia*, Psycopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, giugno 2022 vol.29, sezione Ricerche.

SITOGRAFIA

- Association of Educational Psychologists (AEP) nel Regno Unito, sito ufficiale al link: <https://www.aep.org.uk/interested-career-educational-psychology>
- Jacqueline A. Brown e Shane R. Jimerson, "Verso la comprensione della Psicologia Scolastica in tutto il mondo: fattori economici, educativi e professionali, Pagine 73-84 | Pubblicato online: 15 maggio 2015, Taylor and Francis Online, link: <https://doi.org/10.1080/21683603.2014>



- .983212
- Castillo, J. M., Curtis, M. J., & Gelley, C. D. (2012). *School psychology 2010-Part 2: School psychologists' professional practices and implications for the field*. Communiqué, 40, 4–6.
 - Curtis, M. J., Walker, K. J., Hunley, S. A., & Baker, A. C. (1999). *Demographic characteristics and professional practices in school psychology*. School Psychology Review, 28(1), 104–116. <https://doi.org/10.1080/02796015.1999.12085951>
 - Eklund, K., DeMarchena, S. L., Rossen, E., Izumi, J. T., Vaillancourt, K., & Rader Kelly, S. (2020). *Examining the role of school psychologists as providers of mental and behavioral health services*. Psychology in the Schools, 57, 489–501. <https://doi.org/10.1002/pits.22323>
 - Eklund, K., Meyer, L., Way, S., & Mclean, D. (2017). *School psychologists as mental health providers: The impact of staffing ratios and Medicaid on service provisions*. Psychology in the Schools, 54, 279–293. <https://doi.org/10.1002/pits.21996>
 - Stine Ekornes e Reidunn Tvergrov Øye, *Inter-professional collaboration for the promotion of Public Health and Life Skills in upper secondary school – a Norwegian case study*, Pages 527-539, Published online: 04 May 2021, Taylor and Francis Online, link: <https://doi.org/10.1080/21683603.2021.1915216>
 - Farrell P., McFarland M., González R., Hass M., Stiles D.A., (2014) *Il ruolo dell'accreditamento internazionale nella promozione della preparazione accademica e professionale in Psicologia Scolastica*, Pagine 205-213, Taylor and Francis Online. Disponibile in: <https://doi.org/10.1080/21683603.2014.934621>
 - Gabbhainn, S.N., O'Higgins, S. e Barry, M. (2010). *L'attuazione dell'educazione sociale, personale e sanitaria nelle scuole irlandesi*. Educazione sanitaria, 110(6), 452 – 470. <https://doi.org/10.1108/09654281011087260>
 - Matteucci, M. C. *Psicologi Scolastici: quale formazione in Italia?* Psicologia dell'Educazione, n. 2/2018, Università di Bologna. Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2017/06/Psico-logo-scolastico-ruolo/>
 - Matteucci, M.C. e Peter T. Farrell, (2018) *School psychologists in the Italian education system: A mixed-methods study of a district in northern Italy*, Pages 240-252, Taylor and Francis Online Disponibile in: <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1443858>
 - NASP, *State Shortages Data Dashboard*, sito ufficiale al link: <https://www.nasponline.org/about-school-psychology/state-shortages-data-dashboard>
 - Farmer R.L et al., (2021) *Status of School Psychology in 2020, Part 2: Professional Practices in the NASP Membership Survey*, Volume 5, Number 3, November 2021 NASP Research Reports 1 National Association of School Psychologists, al link: [RR_NASP-2020-Membership-Survey-part-2.pdf](https://rr-nasp.org/2020-membership-survey-part-2.pdf)
 - OCSE (2018) *Il futuro della formazione e delle competenze. Educazione 2030. Il futuro che vogliamo*, Editoria OCSE, disponibile al link: [https://www.oecd.org/education/2030/E2030%20Position%20Paper%20\(05.04.2018\).pdf](https://www.oecd.org/education/2030/E2030%20Position%20Paper%20(05.04.2018).pdf)
 - Schad E., (2014) *The Preparation of School Psychologists and Specialists in Educational Psychology in Sweden*, Pages 191-197, Taylor and Francis Online, al link: <https://doi.org/10.1080/21683603.2014.934632>
 - Unesco (2017) *Educazione agli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile Obiettivi di apprendimento*, Editoria Unesco, disponibile al link: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://unescloblob.blob.core.windows.net/pdf/UploadCKEditor/MANUALE_ITA.pdf
 - World Health Organization (1999), *Partners in Life Skills Education Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting*, Editoria WHO, disponibile al link: <chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/materiali/1999%20OMS%20lifeskills%20edizione%201999.pdf>



LA COMUNICAZIONE IN POLIZIA TRA CULTURA E HUMOUR

Annalia Palmisano

Psicologa Psicodiagnosta e Agente di
Polizia Penitenziaria presso la Casa
Circondariale 'F. Rucci' - Bari

LA MATRICE CULTURALE DELLA COMUNICAZIONE

«Comunicare non è scambiare informazioni che vengono capite, ma attraverso gli atti di significazione i parlanti manifestano l'appartenenza ad una struttura sociale, affermando i propri status e il proprio ruolo, trasmettendo conoscenze comuni ed il sistema di valori d'appartenenza» (Di Giandomenico, 2022: 7).

Come abilmente espresso dall'autore sopracitato, la comunicazione non appare avulsa dal contesto in cui attecchisce e si sviluppa, anzi si struttura, proprio in termini definitori e imprescindibili in base alla cultura in cui risulta calata.

Con il termine '*cultura*' ci si riferisce ad ideali, valori, formazione ed uso di categorie, assunzioni sulla vita, ed attività mirate, ampiamente condivisi e che vengono, consapevolmente o inconsapevolmente, accettati come giusti e corretti da coloro che si identificano come membri di una società (Brislin, 1990: 11).

In riferimento al rapporto tra cultura e comunicazione, si potrebbe individuare come punto di partenza di un'analisi oculata ed esaustiva la *Teoria dei Sistemi Sociali* di Niklas Luhmann (1990).

Questo autore, in realtà, non parla di cultura, ma di semantica, al fine di puntare il focus sull'utilizzo di concetti nel contesto della società (e della comunicazione).

Con '*semantica*' (dal greco *segno*) si intende, infatti, quella branca della linguistica che studia il significato di parole, insiemi di singole lettere, frasi e testi, in stretto contatto con altre discipline, tra cui la teoria della comunicazione.

Luhmann articola proprio una *Teoria della Produzione della Semantica*: da un lato come dipendente dalla struttura della società e dall'altro come orientamento dei processi comunicativi.

La comunicazione, dunque, si configura come operazione fondamentale dei sistemi sociali, e in particolare della società, intesa proprio come insieme di tutti i sistemi sociali.

L'idea è che la cultura risulta sostenuta dalle strutture sociali, intese come forme della differenziazione della società (Luhmann & De Giorgi, 1992), tuttavia è anche orientativa per i processi sociali fondamentali, che sono essenzialmente processi comunicativi.

Ne deriva che la cultura si costituisce sia come un prodotto, sia come un orientamento della comunicazione (Baraldi, 2003).

La cultura nasce, quindi, nella comunicazione, a seguito della modalità di strutturazione dei processi comunicativi, poi parte di essa è selezionata come insieme di orientamenti fondamentali



della comunicazione e in questo modo può divenire anche un motore del cambiamento sociale (Baraldi, *Cultura e culture nella comunicazione*).

Il discorso, infatti, esprime concretamente il rapporto lingua-cultura in quanto «crea, ricrea, modifica e trasmette, al contempo, la cultura, il linguaggio e la relazione tra i due» (Sarangi, 1994: 418).

In altre parole, il discorso integra lingua e cultura, definendone i rapporti di dipendenza a vari livelli, nello specifico in: realizzazione di atti ed eventi linguistici, gestione di regole di cortesia che governano la comunicazione verbale, realizzazione di azioni preferite o non, lavoro di riparazione.

In termini più generali, il discorso contribuisce all'individuazione delle modalità attraverso cui gli appartenenti ad una certa cultura esprimono le loro intenzioni comunicative ed emozioni; degli

argomenti ritenuti accettabili e di quelli considerati problematici o tabù, ma anche dei registri più appropriati in base alle diverse situazioni comunicative (Ciliberti, 2012: 4-5).

LA COMUNICAZIONE NELLA CULTURA ORGANIZZATIVA DELLA POLIZIA

È fondamentale che i parlanti conoscano, e riconoscano, il contesto in cui avviene il loro scambio linguistico, padroneggiando la capacità di acquisire, interiorizzare e saper gestire in modo funzionale e appropriato le differenti situazioni comunicative, nel contesto della propria comunità di riferimento.

Lo sfondo multidimensionale che vede il dispiegamento e la validazione di tali interazioni comunicative è costituito dalla *Cultura Organizzativa*, intesa come insieme dei sistemi di significato (più o meno condivisi), riconducibili ad una determinata organizzazione.



Tali sistemi di significato orientano e sono riprodotti nelle interazioni organizzative e nelle attività di routine svolte dagli attori sociali (Maculan, 2014: 113).

La comunicazione ha assunto nel corso del tempo una valenza sempre più rilevante grazie alla funzione e al ruolo, attribuiti ad essa in ambito culturale, organizzativo ed amministrativo.

La stessa è, infatti, divenuta un elemento prezioso nella Cultura Organizzativa, con particolare riferimento a quella della Polizia (nello specifico Penitenziaria e di Stato), che si configura come Corpo ad ordinamento civile e militarmente organizzato (Nicosia, 2016: 18-19).

La comunicazione interna, frutta dal personale di un'organizzazione, costituisce una determinante essenziale nel contesto della Polizia a più livelli:

- *top down* (letteralmente dall'alto verso il basso), intendendo un tipo di approccio formale e organizzato di gestire l'informazione, proveniente dai vertici e avente come destinatari i subalterni, in accordo con la struttura organizzativa di tipo gerarchico. Attraverso un efficace utilizzo della funzione comunicativa, i comandi e le direttive di ufficiali e di alti graduati possono trovare riscontro senza impedimenti o incomprensioni tra le fila di coloro che rivestono un grado inferiore;
- *bottom up* (letteralmente dal basso verso l'alto), facendo riferimento ad una tipologia di approccio comunicativo, sempre orientato in direzione verticale e a carattere formale, dalla base della struttura gerarchica ai piani più alti. Anche in tal caso una funzionale interazione tra subordinati e loro superiori è in grado di favorire l'accoglimento di istanze e richieste avanzate, per la risoluzione di difficoltà e malcontenti, così da creare coinvolgimento e partecipazione; ciò a garanzia e tutela degli stessi valori condivisi, che in tal modo vengono sposati all'unisono dalla Cultura Organizzativa stessa.

La comunicazione all'interno del Corpo di Polizia appare, dunque, strettamente connessa all'azione di comando in quanto incarna il mezzo attraverso cui l'istituzione stabilisce, mantiene e utilizza un canale di comunicazione bidirezionale che collega abilmente la *leadership* degli alti ufficiali nei confronti del personale di grado inferiore, ma che allo stesso tempo permette un confronto adeguato anche dal basso verso l'alto (Nicosia, 2016: 19).

In linea con quanto affermato, Kincaid (1993: 111-133) ha definito la comunicazione come «un processo in cui i partecipanti creano e condividono informazioni allo scopo di raggiungere una comprensione reciproca».

Gli elementi chiave di questo processo sono proprio la reciprocità e la condivisione.

Affinché vi siano queste due caratteristiche, è necessario che entrambe le parti siano aperte all'ascolto attivo, dove con '*ascoltare*' si fa riferimento al prendere atto del messaggio inviato dall'emittente, calibrando la propria risposta, in modo da creare una relazione circolare.

Tale modello viene definito, infatti, *circolare, simmetrico o bidirezionale*.

Sono da evidenziare come benefici conseguibili da un buon sistema di comunicazione interna: il rafforzamento del senso di appartenenza e partecipazione all'Istituzione e il raggiungimento di alti livelli di efficienza ed efficacia, con riflesso positivo sul clima ed il benessere organizzativo interno.

Non si può trascurare, tuttavia, tutto quel sottobosco comunicativo che esula dai rapporti gerarchizzati che si instaurano tra superiore e sottoposto e concerne le interazioni tra i pari grado.

Si tratta di dinamiche comunicative che si dispiegano secondo una traiettoria orizzontale e sono a carattere prettamente informale, fino a costituire una sorta di rete interattiva più o meno articolata.

La potenza della comunicazione in un gruppo costituito da componenti di pari livello, comune-mente definito, sta proprio nell'utilizzo di modalità e relativi contenuti, pienamente condivisi e assunti dai suoi membri, in grado di veicolare quel senso di appartenenza e reciproca comprensione, di cruciale importanza.

A sostegno di ciò, Herbert (1981: 314) afferma che il gergo, inteso come forma di linguaggio pro-pria di un determinato gruppo sociale, non solo consente ai membri del gruppo di comunicare in modo più conciso ed esatto, ma li distingue da quelli che non appartengono per la semplice esclusione degli altri dal processo di comunica-zione di base, così da demarcare la distinzione tra un *in-group* e un *out-group*.

LO STRUMENTO COMUNICATIVO ELETTIVO DELLA POLIZIA: LO HUMOUR

In accordo con i dettami imposti dalla *Cultura Organizzativa* di appartenenza, l'immagine radicata e diffusa del poliziotto è fortemente e indissolubil-mente legata a requisiti e peculiarità, quali forza, distacco, pieno controllo di sé e della realtà circo-stante e gestione della propria sfera emotiva, coe-rentemente con l'aspettativa sociale nutrita dall'o-pinione pubblica nei confronti di questo Corpo.

Ciò rispecchia effettivamente la matrice articolata e complicata del lavoro affidato alle Forze di Polizia, caratterizzato da costanti, quali criticità, mo-menti di estrema problematicità e imprevedibilità.

In circostanze angosciose e/o semplicemente impegnative gli individui, come gli stessi Agenti di Polizia, sviluppano strategie di *coping* (dall'inglese *to cope* che significa 'fronteggiare' in riferi-mento a situazioni particolarmente stressanti e ansiogene, ricorrendo ad un insieme di strategie e meccanismi adattivi), in particolare in quelle situazioni di elevato stress in cui è richiesta una performance autentica che smentisca il disagio esperito (Crawley, 2004: 49).

«Per alleggerire quella che può essere un'atmosfera tesa e carica di ansia situazionale» (Leila & Pawluch, 1988: 135), si ricorre spes-so all'*umorismo*, corrispondente, anche se non perfettamente coincidente, alla connotazione inglese *humour*, oggetto di studio nel panora-ma scientifico.

Interessante risulta il legame dell'etimo di tale termine ad una forma di radicamento ed attac-camento alla terra, infatti deriva da *humus*, che costituisce l'elemento in grado di rendere fertile il terreno; tuttavia è anche all'origine di un'altra terminologia, di differente percorso semantico, ovvero *umiltà*.

Questa genesi suggerisce chiaramente un valore di fondamento e di vitalità (Lambruschi & Battilani, 2020: 2).

L'umorismo, in sostanza, si configura come pre-zioso dispositivo comunicativo che in ambito pro-fessionale crea coesione sociale, funge da mezzo per far fronte a fonti di stress occupazionale ed è in grado di delimitare i confini dell'autorità.

La natura 'interattiva' dello *humour*

In considerazione dell'assodata matrice comu-nicativa, lo *humour* si inserisce in una cornice relazionale, determinandosi come strategia in-terpersonale, laboriosamente e faticosamen-te appresa all'interno dei propri legami primari d'attaccamento, nel tentativo di mantenere un adeguato stato di relazione con le figure signifi-cative del proprio ambiente di vita (Lambruschi & Battilani, 2020: XII).

Tale stile relazionale è stato sapientemente ap-profondito dalla sociologa Nielsen (2011: 500-514).

L'umorismo inteso come 'scambio interattivo', infatti, ha le sue origini in termini concettuali nel pensiero del noto antropologo Gregory Bateson (1952).



Secondo tale autore le azioni di un individuo sono inquadrata a livello qualitativo come gioco o serie grazie anche ad indizi di natura verbale e non, che concorrono a fornire adeguata interpretazione ad un dato discorso (Bateson, 1952: 10-15).

A monte si presuppone la definizione di una situazione come comune denominatore (Coser, 1959: 172) in cui si articola l'interazione tra chi intende fare un'osservazione umoristica e coloro che potenzialmente rispondono (Coates, 2007: 32).

Affinché una 'cornice di gioco' (*play frame*) venga stabilita con successo, i partecipanti alla conversazione devono riconoscerla, validarla e scegliere deliberatamente di mantenerla e conservarla all'unisono (Bateson, 1952: 10-11, 15 & Coates, 2007: 31).

Degno di nota tra le differenti articolazioni degli scambi umoristici è il *putdown humour* che implica interazioni, improntate a trarre divertimento a spese di qualcosa o qualcuno (Terrion & Ashforth, 2002: 59), attraverso il racconto di una barzelletta, l'uso dell'ironia, giochi di parole, sarcasmo o prese in giro.

Nell'umorismo il principio di una positiva cooperazione tra i comunicanti è di particolare rilevanza, diventando estremamente evidente quando non funziona. Se la battuta, infatti, non viene capita, oppure viene colta ma non viene apprezzata o addirittura è rigettata, non solo non si delinea la situazione divertente, ma può verificarsi imbarazzo e disagio («Era solo una battuta!»; «Ma io scherzavo!») (Tunesi, 2012).

Estremamente calzante ed efficace risulta il paragone fatto tra umorismo e un'arma a doppio

taglio, in grado di facilitare collaborazione ed inclusione, quanto collusione ed esclusione (Collinson, 1988: 184; Rogerson-Revell, 2007: 4), pari-menti cordialità quanto antagonismo.

Ed è proprio tale doppia connotazione dello *humour* ad indurre a puntare il focus su ciò che l'antropologo Alfred Reginald Radcliffe-Brown classifica come 'relazione scherzosa' (*joking relationship*).

Alla luce di una prospettiva funzionalista, lo studioso appena citato sostiene che una *joking relationship* assume i tratti di una particolare tipologia di rapporto tra persone in cui è lecito e, a volte, obbligatorio prendere in giro l'altro, che a sua volta è obbligato, tacitamente, a non offrendersi (1940: 195).

Tali relazioni possono essere sia simmetriche (dove, A prende in giro B, e viceversa) o asimmetriche (dove, A scherza a spese di B, B accetta la presa in giro e in risposta stuzzica un po' A) (Radcliffe-Brown, 1940: 195).

La relazione scherzosa esemplifica, in altre parole, un comportamento che in qualsiasi altro contesto sociale esprimerebbe e susciterebbe ostilità ma, secondo Radcliffe-Brown, non è inteso e non dovrebbe essere preso sul serio (1940: 196).

In accordo con la similitudine con l'arma a doppio taglio sopracitata, sebbene l'umorismo abbia caratteristiche congiuntive che connotano un interesse reciproco nell'evitare il conflitto, ha anche caratteristiche disgiuntive che denotano differenze di interessi e di status e, di conseguenza, anche una possibile miccia di ostilità.

Lungo questo solco si inserisce Bergson (1900) con la sua arguta osservazione, secondo cui per ridere occorre avere 'una momentanea anestesia del cuore'.

In tale prospettiva, le battute cattive, le scene comiche assumono i tratti di forme di valori ampiamente condivisi, non disvalori.

Lo *humour* diventa, in ultima analisi, un conio che genera valore, risorsa adattiva e produttiva in un sistema di relazioni dove il negativo, l'antivalore non solo non procura danno, ma beneficio (Lambuschini & Battilani, 2020: 13)

La natura 'trasformativa' dello *humour*

Lo *humour* viene concettualizzato dalla Nielsen (2011: 500-514) come 'dispositivo sociale dinamico con potenziale trasformativo', in grado di modellare il posizionamento sociale, l'interazione e la struttura sociale e di trasformare il reale nell'irreale (Nielsen, 2011: 502).

Sebbene a volte le persone ridano quando si delinea una cornice di gioco (*play frame*), anche quando non colgono di cosa si ride (Terrion & Ashforth, 2002: 80), si evidenzia – in linea con il pensiero della sociologa DeNora attorno alla musica, il cui ascolto 'trasporterebbe le persone da uno spazio emotivo all'altro', caricandosi di un potenziale trasformativo (DeNora, 2000: 7, 109-23) – che gli effetti dello *humour* dipendono dall'appropriazione dei commenti umoristici.

In quanto tale, l'umorismo non facilita necessariamente la stabilità e l'integrazione sociale, ma può esacerbare o esprimere conflitto.

La natura 'integrativa' dello *humour*

L'umorismo si carica di un'ulteriore peculiarità, strettamente legata alla strutturazione di interazione e posizionamento sociale, infatti è in grado di riprodurre la struttura sociale e, temporaneamente, ridefinire i suoi 'spazi'.

In altre parole, agisce sull'individuo nella sua accezione singola, ma anche socialmente inteso, inserito nel contesto gruppale.



In un'ottica generale, l'umorismo entra nelle dinamiche dei rapporti personali e gruppali come risorsa di pregio per la possibilità che offre di favorire e rendere più funzionali le relazioni, gestire i conflitti, promuovere un clima gradevole e caratterizzato da benessere diffuso (Lambruschi & Battilani, 2020: 3).

Qualità apprezzata, individualmente e socialmente desiderata, l'ironia gode di uno status privilegiato (Lambruschi & Battilani, 2020: 4).

Secondo Martineau (1972), difatti, quando lo *humour* è percepito come apprezzamento del proprio gruppo, svolge la funzione di solidificare il gruppo stesso, connotandosi per la sua preziosa funzione sociale intragruppale.

Dinamiche scherzose e umorismo (*joking and humour*) possono così unire i membri di un gruppo, anche e soprattutto in un contesto professionale.

La funzione integrativa e comunicativa dello *humour* stabilisce e mantiene le gerarchie di lavoro informali ed è, di certo, di particolare importanza quando il gruppo si sente in qualche modo in pericolo o minacciato.

Sotto intimidazione, un gruppo professionale, infatti, può facilmente disintegrarsi in preda al panico, tuttavia l'umorismo e le risate, di solito, sono in grado di tenere uniti i suoi membri: si veicolano, per così dire, un po' di buon senso l'uno l'altro, infondendosi energia e persino speranza, così da rafforzare il morale (Zijderveld, 1983: 47).

In tal senso, lo *humour* mette le cose in prospettiva e ripristina la realtà sociale (Crawley, 2004: 419).

La matrice 'situazionale' e 'contestualizzata' dello *humour*

Il senso dell'umorismo è una caratteristica che può subire cambiamenti nel tempo e nelle situazioni,

assumere 'stati' diversi, tuttavia, di fondo, si configura come proprietà stabile, duratura e tipica di un individuo.

Si struttura, come tutte le componenti rilevanti della personalità, in base a natura e cultura.

La specificità individuale, infatti, si modella con lo sviluppo e l'esperienza, chiamando in causa, in modo e in misura diversa, tutte le componenti principali della persona: da quelle cognitive, a quelle affettive e relazionali, nonché gli aspetti di creatività, fantasia, emotività (Lambruschi & Battilani, 2020: 11).

Lo *humour* è solitamente inteso in senso globale, come una qualità unitaria; in realtà, si sostanzia come risultante di componenti diverse, dove l'insieme non coincide con la somma delle parti, secondo una visione gestaltica, ma si articola in esse.

In particolare, sono state individuate quattro dimensioni principali che possono essere intese sia in termini di abilità che di sensibilità:

- *Reazione* o *reattività*, intesa come capacità e tendenza a rispondere in modo proprio e adeguato agli stimoli umoristici che si presentano; richiede l'essere in grado di cogliere, comprendere e apprezzare lo *humour*;
- *Espressione*, intesa come modalità di manifestazione dell'esperienza umoristica, con riferimento a sorriso, riso, espressioni verbali, mimiche e posturali, in modi ed intensità variabili, ovvero da limitata e inibita, fino al versante eccessivo ed esasperato;
- *Produzione*, intesa come abilità di produrre o riprodurre in modo originale materiale umoristico, strettamente legata alla creatività;
- *Condivisione*, intesa come capacità di rendere partecipi gli altri nell'accezione più squisita-

mente relazionale e sociale, sia in termini attivi (come chi fa le battute), ma anche in qualità di partecipanti a vario titolo (come spettatori o interlocutori).

Questo interessante modello interpretativo suggerisce che si configurano parti e ruoli differenziati e fluidi all'interno di una dinamica interattiva complessa e varia, come quella che si instaura proprio grazie allo *humour* (Lambruschi & Battilani, 2020: 11).

LO HUMOUR TRA LE FILA DELLA POLIZIA PENITENZIARIA

Come strategia per trasmettere, mascherare ed esprimere emozioni, l'umorismo gioca un ruolo significativo (sebbene inaspettato) nella vita lavorativa degli Agenti di Polizia Penitenziaria (Crawley, 2004: 419).

Nella sua attenta analisi attorno al sopraccitato Corpo di Polizia, Maculan (2014: 115) configura lo *humour* come dimensione, afferente alla macro *Cultura Organizzativa*, avente diverse funzioni: funge da prezioso meccanismo di difesa per far fronte allo stress emotivo, esperito frequentemente dagli Agenti nello svolgimento delle loro mansioni lavorative, e rappresenta un modo per far (ri-)salire il morale dei propri colleghi (magari in giornate particolarmente dure e impegnative).

Permette, inoltre, di rinsaldare continuamente la coesione di gruppo attraverso una specifica modalità di comunicazione e incarna un modo di affrontare nel quotidiano questioni sensibili, riscontrabili all'interno del contesto carcere; per citarne alcune, i rapporti omosessuali tra detenuti, le relazioni razziali e gli scontri tra Agenti e detenuti (Fleisher, 1989: 231).

L'umorismo degli Agenti di Polizia Penitenziaria, in altre parole, avrebbe un effetto palliativo e lenitivo, in termini di strumento di catarsi per le ansie esperite.

Da evidenze empiriche il tipo di umorismo apprezzato tra gli esponenti della Polizia Penitenziaria viene definito da essi stessi come 'malato' e 'nero' (*sick and black*) (Crawley, 2004: 419) e si sostanzia in battute e scherzi quotidiani.

Viene anche impiegato in situazioni tragiche e scioccanti, in cui un detenuto si provoca delle lesioni o si è tolto la vita, ma anche in occasione di mansioni pratiche a carattere cruento, dove è prevista la presenza di sangue, escrementi o simili.

Ricorrere allo *humour* in tali circostanze, tuttavia, potrebbe non essere interpretato opportunamente come espeditivo per 'allentare la tensione e far passare quanto accaduto come pienamente aderente alla normalità lavorativa'; al contrario potrebbe sembrare poco professionale e insensibile ad un occhio esterno, in linea con lo stereotipo della 'guardia senza cuore'.

In accordo con quanto emerso dagli studi condotti dalla sociologa Nielsen (2011), è stato rilevato un ricorso massiccio allo *humour* nel contesto degli scambi comunicativi tra gli Agenti stessi, aventi come oggetto di discussione categorie di detenuti di ardua gestione, classificati ufficiosamente proprio come 'difficili', con riferimento a quei detenuti manifestamente avversi alle regole della vita carceraria (tossicodipendenti, soggetti affetti da problematiche psichiatriche o particolarmente violenti o disobbedienti).

Ciò rappresenta la volontà degli Agenti di instaurare una sorta di comprensione intersoggettiva, funzionale a costituirsi collettivamente come un gruppo professionale coeso e in grado di fronteggiare gli 'altri' da loro, intendendo la popolazione detenuta, così da «comprendere e creare un 'noi' collettivo in relazione ad un 'loro' difficile» (Nielsen, 2011: 508).

In tal modo viene esacerbata proprio la distinzione tra le due sfere opposte del mondo car-



cere, incarnate da Agenti e detenuti, e viene favorito quel processo che vede i primi superare la difficoltà di dover collaborare con colleghi, aventi prospettive e approcci al lavoro diversi dai propri.

Come osservato dalla stessa Nielsen (2011), la reiterata connotazione da parte degli Agenti di se stessi come un 'Noi' distinto da un 'Loro', rappresentato dai detenuti, e il gioco dialettico della loro posizione ufficiale (legata alla professione) e privata (attinente a ciò che si è) suggeriscono la necessità di bilanciare la loro complessa posizione nel contesto carcere.

Tale dato configura quest'ultimo come un ambiente di lavoro, caratterizzato da una spiccata ambivalenza strutturale.

Alla luce di ciò, si può asserire che un'analisi dello *humour* può costituire una preziosa lente attraverso cui guardare alla vita sociale all'interno del carcere, così da coglierne peculiarità e aspetti deficitari.

Favorisce, inoltre, la rilevazione di importanti spunti, attinenti al lavoro sull'identità, che forniscono preziose informazioni in merito a caratteristiche e requisiti, necessari a svolgere questa professione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baraldi, Claudio (2003), *Comunicazione interculturale e diversità*, Carocci, Roma.
- Bateson, Gregory (1952), *The position of humor in human communication*, Macy Conferences, New York, p. 1-49.
- Bergson, Henri (1900), *Le rire: Essai sur la si-*



- gnification du comique*, Revue de Paris, Parigi, (trad. it. *Il riso. Saggio sul significato del comico*, Laterza, Roma-Bari, 1982).
- Brislin, Richard (1990), *Applied cross-cultural psychology*, Sage, London, p. 11.
 - Coates, Jennifer (2007), *Talk in a play frame: More on laughter and intimacy*, Journal of Pragmatics, 39, p. 29-49.
 - Collinson, David (1988), 'Engineering humour': *Masculinity, joking and conflict in shop-floor relations*, Organization Studies, 9(2), p. 181-199.
 - Coser, Rose Laub (1959), *Some social functions of laughter*, Human Relations, 12, p. 171-182.
 - Crawley, Elaine (2004), *Doing prison work*, Wilian, Londra.
 - Crawley, Elaine (2004), *Emotion and performance: prison officers and the presentation of self in prisons*, Punishment & Society, 6 (4), p. 411-427.
 - Denora, Tia (2000), *Music in Everyday Life*, Cambridge University Press, Cambridge.
 - Fleisher, Mark (1989), *Warehousing Violence*, CA: Sage, Newbury Park, p. 231.
 - Herbert, Theodore (1981), *Dimensions of Organizational Behavior*, NY: Macmillan, New York.
 - Kincaid, Lawrence (1993). *Communication network dynamics, cohesion, centrality and cultural evolution*, NJ: Ablex, Norwood, vol. 12.
 - Lambruschi, Furio & Battilani, Linda (2020), *Umorismo, psicoterapia e attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
 - Leila, Joseph & Pawluch, Dorothy (1988), *Medical students and the cadaver in social and cultural context*, in M. Lock and D.R. Gordon (eds) *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic.
 - Luhmann, Niklas (1990), *Sistemi sociali*, Il Mulino, Bologna.
 - Luhmann, Niklas & De Giorgi, Raffaele (1992), *Teoria della società*, Franco Angeli, Milano.
 - Maculan, Alessandro (2014), *Lo Studio della Polizia Penitenziaria. Uno sguardo al di fuori dei confini italiani*, Sociologia del Diritto, 2, p. 111-136.
 - Martineau, Harriet (1972), *Un modello delle funzioni sociali dello humour*, in Goldstein J. H., McGhee P. E. (a cura di) *La psicologia dello humour*, Franco Angeli, Milano, p. 132-160.
 - Nicosia, Adriano (2016), *La comunicazione nella Cultura Organizzativa della pubblica amministrazione e delle forze armate come processo di modernizzazione*, in *Journal of applied ceremonial and communication in management* (Rivista A.N.C.I.C.), 1, p. 11-21.
 - Nielsen, Malene Molding (2011), *On humour in Prison*, European Journal of Criminology, 8(6), p. 500-514.
 - Radcliffe-Brown, Alfred Reginald (1940), *On joking relationships*, Africa, 13(3), p. 195-210.
 - Rogerson-Revell, Pamela (2007), *Humour in business: A double-edged sword. A study of humour and style shifting in intercultural business meetings*, Journal of Pragmatics, 39, p. 4-28.
 - Sarangi, Srikant (1994), *Intercultural or not? Beyond celebration of cultural differences in miscommunication analysis*, in *Pragmatics*, the journal of the International Pragmatics Association, 4, 3, p. 409-427.
 - Tunisi, Luisa (2012), *Stavo scherzando. La comicità e l'umorismo nelle relazioni sociali*, Aracne, Roma.
 - Terrion Jenepher, Lennox & Ashforth, Blake (2002), *From 'I' to 'we': The role of putdown humor and identity in the development of temporary group*, Human Relations, 55, p. 55-88.
 - Zijderveld, Anton (1983), *The sociology of humour and laughter*, Current Sociology, 31(3), p. 47.

RIFERIMENTI SITOGRAFICI

- Baraldi, Claudio, *Cultura e culture nella comunicazione* from <http://www.campodellacultura.it/conoscere/campo-della-cultura/sezione-quarta/cultura-e-culture-nella-comunicazione/> (visitato in data 05/04/2022)



PSICOTERAPIA DI TERZA GENERAZIONE

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

La Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) è un approccio terapeutico trans-diagnostico che concettualizza la sofferenza psicologica come funzione principale dei tentativi di evitare le esperienze private indesiderate (evitamento esperienziale) e di una conseguente o contingente riduzione di perseguire obiettivi personalmente significativi. L'ACT mira a ridurre l'evitamento esperienziale (al fine di aumentare il comportamento coerente con i valori) promuovendo la flessibilità psicologica - *"la capacità di contattare il momento presente in modo più completo come essere umano consapevole"*. Con il termine **"Terza generazione"** o **"terza onda"** ci si riferisce a un cambiamento di paradigma, iniziato negli ultimi due decenni del secolo scorso ma concretizzato a partire dagli anni 2000, e che ha mutato radicalmente il panorama della psicoterapia cognitivo-comportamentale mondiale.

L'ACT fa parte della cosiddetta "terza terapia comportamentale" insieme alla Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), alla Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness (MBCT) e alla Riduzione dello Stress basata sulla Mindfulness (MBSR), tutte che pongono un'enfasi particolare sullo sviluppo delle abilità della Mindfulness.

L'ACT è stata creata nel 1986 da Steve Hayes, che attualmente dispone di ampi dati empirici a sostegno della sua efficacia. Secondo la visione di Steven Hayes, l'**ACT (Acceptance and Commitment Therapy)** fa parte di un movimento più ampio, basato e costruito su precedenti terapie comportamentali e cognitivo-comportamentali. Tuttavia, alcuni concetti presenti nella struttura corporea dell'**ACT** sono caratterizzati da istanze peculiari che costituiscono una nuova fase evolutiva, sia da un punto di visto teorico sia applicativo.

Rosanna Dipasquale
Psicologa e Psicoterapeuta

Costanza Mastandrea

Le terapie cosiddette di "terza ondata" sono caratterizzate da strategie di cambiamento su basi contestuali ed esperienziali (oltre agli aspetti più didattico-direttivi) e da una forte sensibilità al contesto dei fenomeni psicologici e non alla loro forma o al loro contenuto.

L'**ACT**, in quanto terapia di terza onda presenta alcuni tratti distintivi rispetto ad altre tipologie di psicoterapia cognitivo-comportamentale:

1. Focus sui processi di **accettazione**;
2. Focus sul decentramento cognitivo;
3. Focus su ciò che per l'individuo è importante nella vita (i valori).

La Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) è considerata una delle recenti terapie comportamentali che hanno dimostrato di essere efficaci in una vasta gamma di condizioni

cliniche, in quanto la riduzione dei sintomi non è un obiettivo dell'ACT, che si basa sull'idea che i continui tentativi di liberarsi dei "sintomi" possono creare disturbi clinici. L'autore Russel Harris fornisce una panoramica dell'ACT sullo sfondo della sofferenza generata dall'evitamento esperienziale e dal controllo emotivo. In uno studio illustra i sei **pilastri** fondamentali per lo sviluppo della flessibilità psicologica: fusione cognitiva, l'evitamento esperienziale, dominanza del passato e del futuro sul momento presente, il sé concettualizzato, mancanza di contatto con i propri valori e mancanza di attività e impegno per perseguire un valore personale. L'ACT è una terapia saldamente basata sulla tradizione della scienza empirica, descritta come una "terapia umanistica", nota come ACT, basata sulla mindfulness che sfida le regole di base della maggior parte della psicologia occi-





dentale. L'ACT si è dimostrata efficace in una vasta gamma di condizioni cliniche: depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, stress sul posto di lavoro, dolore cronico, l'ansia, anoresia e persino schizofrenia. Infatti, in uno studio di Bach & Hayes (2002), è stato dimostrato che con sole quattro ore di ACT, i tassi di ospedale per i pazienti schizofrenici si è ridotto del 50% nei sei mesi successivi.

L'obiettivo dell'ACT è creare una vita ricca e significativa, pur accettando il dolore che inevitabilmente ne deriva.

La **"prima generazione"** di terapie comportamentali, negli anni Cinquanta e Sessanta, si è concentrata sul cambiamento del comportamento e utilizzava tecniche legate al condizionamento classico e operante. I primi terapeuti del comportamento credevano che le teorie dovessero essere costituite sulla base di principi di base scientificamente consolidati e che le tecnologie applicate dovessero essere ben specificate e rigorosamente testate. Gli autori Franks e Wilson (1974) hanno dimostrato questa duplice preoccupazione metateorica ed empirica quando hanno definito la terapia del comportamento in termini di "teoria dell'apprendimento definita operativamente e di conformità a paradigmi sperimentali ben consolidati". Le obiezioni alle tradizioni cliniche esistenti erano condivise da entrambe le correnti principali della terapia comportamentale dell'epoca, il neocomportamentismo e l'analisi del comportamento, e per questo motivo ciò che univa i primi terapeuti del comportamento superò per un certo periodo le differenze sostanziali tra loro. Entrambe queste tradizioni erano fortemente basate sulla scienza e quindi potevano unirsi contro l'ovvia debolezza metateorica ed empirica dei paradigmi clinici in competizione tra loro.

La **"seconda generazione"**, negli anni '70, ha incluso interventi cognitivi come strategie chiave. Alla fine degli anni '60, i neocomportamen-

tisti hanno iniziato ad abbandonare i semplici concetti associativi di apprendimento a favore di principi mediativi più flessibili e di metafore informatiche meccanicistiche. La nuova psicologia cognitiva ha stabilito un approccio teorico molto più liberale che si appellava a ipotizzati meccanismi psicologici interni. Il linguaggio e la cognizione erano concepiti come semplice comportamento operante e come tali non aggiungevano nulla di fondamentalmente nuovo al flusso di contingenze che circonda gli altri comportamenti. Nella seconda ondata, i pensieri irrazionali, gli schemi cognitivi patologici o gli stili errati di elaborazione delle informazioni sarebbero stati indeboliti o eliminati attraverso l'individuazione, la correzione, la verifica e la contestazione, proprio come l'ansia doveva essere sostituita dal rilassamento nella prima ondata. Beck, ad esempio, ha affermato che: "Sebbene ci sono state molte definizioni di terapia cognitiva, io sono rimasto più soddisfatto del concetto che la terapia cognitiva è meglio vista come l'applicazione del modello cognitivo di un particolare disturbo con l'uso di una varietà di tecniche progettate per modificare le credenze disfunzionali e l'elaborazione errata delle informazioni caratteristiche di ciascun disturbo". (Beck, 1993, p. 194).

Sembra una curiosa coincidenza che una delle prime applicazioni assimilabili alla **terza generazione** riguardi proprio la terapia cognitiva per la depressione. Nel 2002 Segal, Williams e Teasdale pubblicano il primo protocollo di Mindfulness-Based Cognitive Therapy per la prevenzione delle ricadute depressive in cui vengono applicate le pratiche di mindfulness alla riconoscenza dei pensieri depressivi automatici e all'implementazione di strategie funzionali di gestione emotiva. Il termine "terza onda" tuttavia viene coniato nel 2004 da Steven C. Hayes, uno psicologo di origine comportamentale e colui che ha formulato e sistematizzato, insieme a Strosahl e Wilson, l'Acceptance and Commitment Therapy. L'ACT rappresenta attualmente, per

coerenza, strutturazione e validazione empirica, la versione più matura di questo movimento culturale. L'ACT incarna tutte le caratteristiche prototipiche delle terapie di terza generazione e ha contribuito in modo massiccio a fissarne gli standard.

Dal punto di vista filosofico, l'ACT si basa sulla visione pragmatica del mondo nel contestualismo funzionale. Secondo la filosofia contestuale alla base dell'ACT, l'ambiente e l'esito del comportamento sono tutti parte del contesto e devono essere considerati durante il processo terapeutico. La teoria delle cornici relazionali (RFT), una teoria comportamentale del linguaggio e della cognizione, è il fondamento teorico dell'ACT. La RFT si basata sulle leggi stabilite nell'ambito dell'analisi funzionale del comportamento, ma rappresenta un salto qualitativo perché integra aree della ricerca comportamentale, come le relazioni di equivalenza e il rispetto delle regole per fare un'analisi del complesso comportamento umano. L'ACT considera il linguaggio come la radice primaria della sofferenza umana, in particolare a causa della sua creazione di evitamento esperienziale e di fusione cognitiva. La radice di diversi comportamenti disadattivi secondo il modello ACT può essere espressa con l'acronimo FEAR (fusione, valutazione, evitamento, ragioni). La fusione cognitiva si riferisce al dominio delle funzioni comportamentali derivate verbalmente su altre funzioni più direttamente acquisite. Le persone fuse con le loro rappresentazioni verbali, le valutazioni e le ragioni, non li vedono più come il loro comportamento, ma come situazioni oggettive e quindi, se sono avversivi, come eventi da evitare.

La fonte della fusione cognitiva, si pensa sia la bidirezionalità dei processi verbali e la sua utilità generale in molti ambiti. Pertanto, l'ACT sostiene che i pensieri e sentimenti non sono cause meccaniche del comportamento e che l'impatto può essere più facilmente influenzato attraver-

so un cambiamento del contesto del comportamento verbale. Le componenti dell'ACT non sono un insieme fisso o rigido di tecniche che si svolgono in un ordine preciso. In accordo con il contestualismo funzionale, sono un insieme di componenti che possono essere modificati e riorganizzati per soddisfare le esigenze del cliente. Il contestualismo funzionale è una varietà specifica i cui obiettivi (e il criterio di verità) sono la previsione e l'influenza degli eventi con precisione, ampiezza e profondità (Hayes, 1993). Essendo basata sul contestualismo funzionale, l'ACT stessa lo riflette in alcuni modi; ad esempio, l'ACT enfatizza la praticabilità come criterio di verità. Pertanto, i pensieri non sono visti come corretti o scorretti, ma come utili per ottenere una vita più apprezzata. L'ACT cerca di generare flessibilità psicologica, in altre parole di generare la capacità di contattare il momento presente in modo più completo come essere umano consapevole, e di cambiare o persistere in un comportamento che serva a raggiungere i propri obiettivi (Hayes, Masuda, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Inoltre, l'ACT si basa su un modello teorico-filosofico noto come **Relational Frame Theory**. Secondo tale teoria, nell'essere umano, il linguaggio è basato sull'abilità appresa di mettere in relazione gli eventi in modo arbitrario (per derivazione di frame relazionali, di cornici relazionali, nucleo centrale del linguaggio e non necessariamente per esperienza diretta). La concezione centrale dell'**ACT** è che la sofferenza psicologica sia solitamente causata dall'interfaccia tra il linguaggio, il pensiero e il controllo dell'esperienza diretta sul comportamento.

L'origine della sofferenza psicologica risiede nella normale funzione di alcuni processi del linguaggio umano quando applicati alla risoluzione di esperienze private/interne (es. pensieri, emozioni, ricordi, sensazioni corporee, ecc.), invece che alla risoluzione di eventi/situazioni del mondo esterno.



Tali processi mentali portano l'individuo a dare significato e sperimentare il pensiero in modo letterale. Per questo motivo, se ho un pensiero di inadeguatezza allora "Io sono inadeguato". L'eccesso di tale processo porta a quello che in **ACT** viene chiamato il sé concettualizzato.

Il lavoro terapeutico nell'ACT può essere riassunto in due principi:

- promuovere la chiarificazione dei valori e le azioni che sono in accordo con tali valori;
- promuovere la defusione come un modo per essere coinvolti nei fini apprezzati quando sono presenti gli eventi privati temuti.

L'ACT parte dal presupposto che un cambiamento drastico e potente sia possibile in tempi brevi; perché è il contesto generale e lo scopo dell'azione il vero problema, non il contenuto storicamente prodotto e ben condizionato delle difficoltà della vita. Ciò che il paziente sente, pensa, ricorda o sperimenta non è mai considerato il nucleo della difficoltà, anche se inizialmente gli esseri umani si concentrano sul contenuto difficile come nucleo della loro vita. Per esempio, se il paziente è intrappolato, frustrato, confuso, spaventato, arrabbiato o ansioso, la posizione dell'ACT suggerisce che non si tratta tanto di un problema di sicurezza, quanto di un'opportunità per lavorare su come gli eventi forti nel qui e ora possono diventare ostacoli alla crescita. In sostanza, l'ACT spesso inizia mettendo in discussione l'insieme linguistico che definisce sia i problemi che le loro potenziali soluzioni, perché quell'insieme è considerato esso stesso un problema.

La metafora della "persona nel buco" fornisce un modello di questa parte dell'ACT: "La situazione in cui vi trovate sembra un po' questa. Immaginate di essere collocati in un campo, indossando una benda e vi venga data una piccola borsa di attrezzi. Vi viene detto che il vostro compito è quello di correre per il campo, bendati. A vostra insaputa, in questo campo ci sono una serie di buche molto

distanziate e buche abbastanza profonde. Iniziate a correre e prima o poi cadete in questa grande buca. Vi sentite e non si trovano vie di fuga. Così, cercando nella borsa, trovate una pala. Iniziate a scavare, ma ben presto vi accorgrete che non siete fuori dalla buca: la buca è più grande. Allora si prova a scavare più velocemente o con grandi pale, ma non funziona. In questa parte dell'ACT viene messa sul tavolo un'idea semplice: il controllo consapevole, controllo cosciente, deliberato e intenzionale può semplicemente non funzionare molto bene per quanto riguarda le esperienze private. L'ACT non cerca di ridurre direttamente il disagio, ma di permettere al paziente di comportarsi in un modo apprezzato in presenza del disagio.

La defusione cognitiva consiste nell'esercitarsi a sperimentare i propri pensieri, i ricordi, le sensazioni, ecc. come sono, indebolendo la tendenza a trattarli come fatti. Nella defusione cognitiva, promuovere l'esperienza di sé come contesto significa rendersi conto che dietro tutti gli eventi privati c'è un lo che li contiene. Questo permette alla persona di essere consapevole del proprio flusso di esperienze senza essere attaccati ad esse e, da questa prospettiva, di scegliere di evitare il disagio o di impegnarsi in azioni apprezzate nonostante la sua presenza. Per raggiungere i suoi obiettivi, l'ACT si avvale di paradossi, metafore ed esercizi esperienziali. Gli esercizi esperienziali e di esposizione sono molto importanti nell'ACT.

Mentre gli esercizi di esposizione classici sono condotti al fine di estinguere il disagio, gli esercizi di esposizione nell'ACT vengono eseguiti per addestrare i pazienti ad essere presenti con i loro eventi privati temuti e a scegliere il comportamento da adottare. Gli esercizi di mindfulness sono un altro mezzo per ottenere la defusione cognitiva e quindi per aumentare il livello di consapevolezza. Nell'ACT si utilizzano diversi esercizi di mindfulness, come immaginare di guardare i propri pensieri mentre flut-



tuano come foglie in un ruscello e di osservare come questo diventi impossibile quando questi pensieri vengono presi alla lettera. Un terapeuta ACT raccoglie per prima cosa informazioni su tutti i diversi modi in cui il cliente ha cercato di cambiare la propria sofferenza e come questi tentativi hanno funzionato o meno. Ciò che non ha funzionato viene gradualmente messo in luce: il controllo deliberato di eventi privati. Molte persone lottano con i loro pensieri e sentimenti indesiderati cercando di controllarli o di liberarsene. Il controllo cosciente e deliberato di solito funziona quando viene applicato al mondo esterno alla pelle.

Quando viene applicato alle esperienze private, tuttavia, il controllo di solito funziona solo

temporaneamente. Al posto dell'evitamento, ai pazienti ACT vengono insegnati la disponibilità e la defusione come metodi per affrontare un contesto psicologico difficile. La disponibilità è l'accettazione intenzionale di pensieri, sentimenti, sensazioni corporee e simili. L'esercizio dell'osservatore (una variante dell'"esercizio di auto-identificazione" sviluppato da Assagioli, (1971, pp. 211-217) è un esercizio chiave dell'ACT "a occhi chiusi", progettato per promuovere il contatto esperienziale con questo senso trascendente di sé.

Si chiede alla persona di diventare consapevole delle sensazioni presenti e di ricordare qualcosa che è accaduto qualche mese prima e di diventare intensamente consapevole di ciò che si provava



in quell'esperienza. Da questa "prospettiva di osservatore" vengono esaminati diversi ambiti (ad esempio, sensazioni corporee, ruoli, emozioni, pensieri, ricordi). In ogni caso, il contenuto rapidamente mutevole delle esperienze si contrappone alla continuità della coscienza stessa. Nell'ACT, l'accettazione non è una semplice tolleranza, ma è l'abbraccio attivo e non giudicante dell'esperienza nel qui e ora.

Accettare significa sperimentare attivamente eventi, come sono e non come dicono di essere. L'accettazione implica intrinsecamente l'esposizione" e quindi l'ACT si collega a tutte le terapie comportamentali basate sull'esposizione, ma non per uno scopo di regolazione emotiva. Provare un sentimento per farlo diminuire implica un processo simultaneo di sentimento e di processi cognitivamente fusi di misurazione, valutazione e confronto.

Come dice il nome stesso, l'ACT è una strategia orientata al cambiamento e all'accettazione. Una rassegna dei risultati dell'ACT è apparsa recentemente su questa rivista (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero), coinvolgendo studi di efficacia e di efficienza su depressione, psicosi, disturbi da uso di sostanze, dolore cronico, disturbi alimentari, stress da lavoro e altre problematiche. L'ACT produce anche una maggiore disponibilità a sperimentare eventi privati negativi, un processo anch'esso associato a risultati positivi dell'ACT (ad esempio, Bond & Hayes, 2002).

BIBLIOGRAFIA

- Bach, P., Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1129-1139.
- Bulli F, et al. (2010). Mindfulness & Acceptance in psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale. Ed. Eclipsi.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Ellis A (2005). Can rational-emotive-behavior therapy (REBT) and acceptance commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *J of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*.
- Fletcher, L., Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness.
- Harris R (2011). Fare ACT. Edizione italiana a cura di Paolo Moderato. Franco Angeli.
- Hayes SC et al. (1999) Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change. New York, Guilford Press.
- Hayes SC (2002a). Acceptance, mindfulness and science. *Clinical Psychology: science and Practice*.
- Hayes SC (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and practice*.
- Hayes SC, et al. (2006) Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*.
- Hayes SC, et al. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy.
- Hofman, S. G., Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Skinner BF. (1957) *Verbal Behaviour*. New York:Appleton-Century Crofts
- Skinner BF. (1983) *A matter of consequences*. New York: Alfred E. Knopf.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.



ENDOMETRIOSI

UNA PATOLOGIA GINECOLOGICA “TABÚ”

Teresa Caldara

Psicologa - Psicoterapeuta, Esperta in Scienze Criminologiche, Psicologia Giuridica e Sessuologia Clinica

“Il dolore è una cosa strana ...

*Ecco il dolore bang,
eccolo ti sta addosso. È reale ...*

*Non c'è rimedio per il dolore,
a meno di conoscere qualcuno che
capisca come ti senti
e sappia cosa fare”*
cit. C. Bukowski

RIASSUNTO

L'endometriosi è una malattia ginecologica caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale attivo, cioè sensibile alle stimolazioni ormonali, in una qualsiasi sede al di fuori della cavità uterina, che comporta gravi ripercussioni sia fisiche che psicologiche attualmente ancora poco riconosciute e comprese.

Essa si associa ad una ricca varietà di sintomi tra cui i principali sono dolore pelvico cronico, dispareunia, dismenorrea ed ipofertilità. Per molte donne il percorso verso una diagnosi definitiva di endometriosi è lungo e complicato, caratterizzato da una sintomatologia variabile e dal ricorso a procedure invasive. Infatti, i sintomi di esordio non sono patognomonici e ciò contribuisce al ritardo della diagnosi.

Tutto questo porta a considerare l'endometriosi una patologia invisibile e tabù per gli altri ma molto invalidante e dolorosa per la donna che ne soffre.

I risvolti psicologici, fisici e relazionali di questa malattia possono compromettere la qualità della vita e incidere pesantemente sul benessere psico-fisico.

L'approccio ad essa è complesso, in tutte le fasi, dall'inquadramento diagnostico, al trattamento e al follow-up post-operatorio;

Proprio per questo è necessario sia promuovere una cultura dell'endometriosi per acculturare la società sulla patologia sia offrire un trattamento multidisciplinare che tenga conto dell'interazione reciproca e costante tra fattori organici, psicologici e sociali. Così la donna potrà sentirsi più compresa nel suo dolore espresso fisicamente e psicologicamente.

Molto utile si rileva, a tal proposito, il contributo trattamentale offerto dalla psicoterapia breve strategica.

PAROLE CHIAVE

Endometriosi, malattia ginecologica, sintomi fisici e psicologici, trattamento, dolore, psicoterapia.

ENDOMETRIOSI: CHE COS'È E QUALI RIPERCUSSIONI HA SULLA QUALITÀ DELLA VITA

L'endometriosi o malattia endometriosica è una patologia ginecologica caratterizzata dalla presenza di endometrio, mucosa che normalmente riveste esclusivamente la cavità uterina, all'e-



sterno dell'utero e può interessare la donna già al primo menarca (mestruazione) e accompagnarla fino alla menopausa.

Durante l'arco del ciclo mestruale, questo tessuto endometriale inappropriato (denominato ectopico) subisce, a opera degli estrogeni prodotti dall'ovaio, le stesse modificazioni dell'endometrio uterino fisiologico: ciò rappresenta la causa dei sintomi e dei segni clinici che contraddistinguono l'endometriosi.

In base alla r-AFS (revised American Fertility Society) può presentare quattro stadi di gravità:

- Stadio 1 – endometriosi minima: l'estensione della patologia è minima e si caratterizza per la presenza di pochi millimetri di tessuto endometriale al di fuori dell'utero, localizzati in posizione superficiale nei tessuti.
- Stadio 2 – endometriosi lieve: è caratterizzata da un maggior numero di lesioni, che risultano anche più profonde.

- Stadio 3 – endometriosi moderata: l'estensione è maggiore. Sono presenti cisti ovariche (endometriomi) mono o bilaterali e tessuto aderenziale e/o cicatriziale tra gli organi pelvici.
- Stadio 4 – endometriosi grave: impianti endometriosici molto profondi e presenza di voluminose cisti su una o entrambe le ovaie. Inoltre esiti cicatriziali e aderenziali importanti.

La malattia si sviluppa indipendentemente dal fatto di aver avuto o meno gravidanze anche se dopo le gravidanze, qualora presente già prima della gravidanza, sembra avere una crescita più accelerata.

Secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia sono affette da endometriosi il 10-15% delle donne in età riproduttiva e circa il 30-50% delle donne infertili o che hanno difficoltà a concepire; la fascia d'età più interessata è quella tra i 25 e i 35 anni, ma la patologia può comparire anche in soggetti più giovani. L'endometriosi è causa di sub-fertilità o infertilità nel 30-40% dei casi.

Una delle teorie più accreditate è che l'endometriosi insorga a causa di un reflusso trans-tubarico di cellule endometriali vitali durante la mestruazione (mestruazione retrograda): il passaggio, causato dalle contrazioni uterine che avvengono durante la mestruazione, di frammenti di endometrio dall'utero nelle tube e da queste in addome, con impianto sul peritoneo e sulla superficie degli organi pelvici, raramente su fegato, diaframma, pleura e polmone.

Altre teorie sostengono che la malattia possa derivare da una modificazione del tessuto di rivestimento della pelvi o da una disseminazione di tipo metastatico delle cellule endometriali per via linfatica o ematica. È inoltre prevista una predisposizione genetica allo sviluppo dell'endometriosi o una alterazione del sistema immunitario, che permette, in alcune donne l'impianto delle suddette cellule e lo impedisca in altre.

Si configura come una malattia ginecologica cronica molto invalidante e con ampie ripercussioni sulla qualità di vita della donna, sia sul piano fisico che psicologico creando difficoltà di studio, problemi familiari e lavorativi.

Uno studio condotto nel 2011 (Nnoaham, Kelechi E., et al., 2011), ad esempio, ha mostrato come, all'interno del contesto lavorativo, le donne affette da endometriosi subiscano un calo produttivo quantificabile in una media di undici ore settimanali. Ben quattro ore in più rispetto alle donne che non hanno questa patologia. A ciò si aggiunge anche una mancanza di comprensione da parte dei colleghi e dei datori di lavoro.

Durante i periodi di dolore possono presentarsi compromissioni nello svolgimento delle attività quotidiane, come il cucinare, fare faccende di casa, a causa della fatica e della stanchezza sperimentate.

Così come la sfera lavorativa, anche quella sociale risulta frequentemente compromessa: molte donne riferiscono, infatti, che la loro partecipa-

zione alla vita sociale risulta significativamente ridotta a causa dei dolori associati all'endometriosi.

Il frequente dolore associato ai rapporti intimi impatta significativamente tanto sulla soddisfazione della coppia quanto sulla possibilità di esplorare liberamente la propria sessualità traeendone piacere e gratificazione.

ENDOMETRIOSI E SINTOMI FISICI

Tra i sintomi fisici si annoverano:

- 1. dolore pelvico:** un dolore che si manifesta nella parte inferiore del tronco, nella zona della pancia al di sotto dell'ombelico. Il dolore pelvico viene catalogato come: acuto quando ha una durata non superiore a 2 o 3 mesi o cronico se persiste per 6 o più mesi. Diagnosticare il dolore pelvico in una donna può essere estremamente difficile, soprattutto perché può essere causato da un elevato numero di disturbi di diversa origine: ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici.
- 2. dismenorrea:** forte dolore mestruale, spesso sottovalutato perché considerato fisiologico durante il periodo mestruale.
- 3. dispareunia:** non è un fenomeno fisiologico soprattutto quando insorge dopo un periodo nel quale i rapporti sessuali sono stati senza dolore e rappresenta un importante sintomo della endometriosi profonda (deep infiltrating endometriosis, DIE) cioè di quella che si annida nel connettivo pelvico in genere intorno all'utero basso, alla vagina, tra vagina e retto o tra vagina e vescica.
- 4. menorragia:** ingente perdita di sangue durante le mestruazioni e/o meno metrorragia.
- 5. vulvodinia ricorrente:** dolore cronico a carico della vulva e dei tessuti che circondano l'accesso alla vagina.



6. disagio rettale: consiste in sintomi più o meno frequenti quali il tenesmo rettale (continua e falsa sensazione di dover evacuare), contrazione spasmodica e spesso associata a dolore dello sfintere anale, difficoltà nello stare normalmente seduti o senso di peso posteriore. Questi sintomi possono essere un segnale che la endometriosi si sia sviluppata nel comparto posteriore pelvico tra utero, vagina e retto o lateralmente al retto.

Si riscontrano, tuttavia anche casi in cui la malattia è quasi del tutto asintomatica, motivo per cui si parla di "malattia enigmatica", proprio per la scarsa correlazione tra la fase della malattia e la qualità/gravità del dolore.

ENDOMETRIOSI E SINTOMI PSICOLOGICI

Molte donne affette da endometriosi si sono spesso sentite attribuire il loro dolore a cause psicologiche o ritenere che esso fosse solo nella loro testa.

Tutto questo influenza la loro qualità della vita, la fiducia in sé stessa e la stima di sé. Oltre ai sintomi dolorosi, le donne con endometriosi, possono provare una grande stanchezza. Questo sintomo, può essere di difficile accettazione e comprensione da parte degli altri e bisogna far attenzione a non scambiarla per un sintomo di depressione, anche se spesso risulta essere una sua conseguenza. La condizione di stanchezza può interferire con la vita della donna comportando ritiro sociale, conflitti familiari o problematiche lavorative. L'endometriosi risulta alla luce di tutto questo una patologia fortemente invalidante ed estremamente pervasiva in quanto riduce le capacità lavorative, crea problemi familiari e di coppia, costringendo le donne a lunghi periodi di degenera dovuti alle cure farmacologiche e agli interventi chirurgici, spesso non risolutivi. Oltre a tutto ciò, la sintomatologia dell'endometriosi è associata a gravi sofferenze fisiche e psicologiche che si riflettono sul benessere emozionale e sociale.

Nel contesto della nostra società attuale, che mette al primo posto la salute e l'essere pienamente

efficienti e produttivi, la donna con endometriosi risulta non sentirsi all'altezza di tali aspettative proprio a causa dei suoi limitanti dolori e per l'alta percentuale di infertilità ad essa associata. Le cose più facili e banali della quotidianità divengono via via sempre più difficili, così come pianificare le vacanze e gli eventi sociali. Si dovrà far attenzione a non farli coincidere con il periodo del ciclo mestruale per evitare l'insorgere di sintomi dolorosi invalidanti e questo scatenereà ripercussioni sulla percezione di controllo della propria vita.

▪ **Perdita dell'autostima:** l'autostima, definita come un senso soggettivo e duraturo di approvazione di sé stessi e del proprio valore basato su appropriate autopercezioni, è necessaria per la sopravvivenza psicologica. L'opinione che noi proviamo per noi stessi influenza il modo in cui ci comportiamo con gli altri, negli affetti, nel lavoro, come partner e come amici. Un livello alto di autostima garantisce agli individui il rispetto di sé stessi, la capacità di riconoscere i propri limiti e di avere aspettative di miglioramento e di crescita. Al contrario, un livello basso di autostima comporta una mancanza di rispetto per sé stessi e insoddisfazione. Gli studi che si sono occupati di analizzare gli effetti dell'endometriosi sull'autostima non hanno ottenuto risultati univoci; nonostante ciò, sembra che l'infertilità dovuta a tale patologia comporti una perdita o abbassamento dell'autostima della donna. Ciò risulta legato anche al fatto che molte donne con endometriosi non si sentono funzionali sul lavoro, in famiglia e nella vita sociale, soprattutto durante i periodi in cui provano forti dolori.

▪ **Ansia e depressione:** molti studi hanno suggerito che il dolore pelvico cronico è direttamente associato a depressione ed ansia e che questo può contribuire ad alterare la qualità della vita di chi ne soffre. Depressione ed ansia possono giocare un ruolo nello sviluppo e nella cronicità dell'endometriosi. La depressione sembra essere scatenata dal perdurare

nel tempo del dolore cronico. Le donne con endometriosi possono sperimentare un certo numero di perdite relative alle attività sociali, alle relazioni familiari e coniugali, nonché alla capacità fisica. In uno studio è stato evidenziato che le donne che non ricevono adeguati supporti da familiari e partner risultano essere più vulnerabili alla depressione.

Le donne con endometriosi possono sperimentare livelli di ansia più alti rispetto alle donne senza dolore cronico. Confrontando donne con dolore pelvico causato da endometriosi con donne con altre malattie ginecologiche è stato osservato come l'introversione e l'ansia siano più alte nelle donne con endometriosi.

- **Difficoltà nella relazione di coppia:** alcune ricerche hanno messo in luce che vi sia effettivamente un pervasivo e notevole impatto emotivo quando nella relazione è in qualche misura implicata l'endometriosi. Una volta avuta una diagnosi certa di endometriosi, nella coppia si registrano profondi cambiamenti: in particolare essi sono relativi alla riorganizzazione dei compiti familiari o ai cambiamenti di reddito oppure a modificazioni nelle aree interpersonali, come ad esempio la socialità e la sessualità. Per molte donne la sessualità rappresenta una importante sfera della propria vita e una bassa soddisfazione sessuale comporta numerosi effetti negativi sulla coppia, quali la perdita di autostima e relazioni sentimentali più difficilose. Secondo numerosi studi, la maggior parte delle donne con endometriosi risultano sessualmente insoddisfatte e più della metà delle donne riporta disfunzioni sessuali. Le difficoltà della donna nell'avere rapporti sessuali possono creare sintomi disfunzionali anche nell'uomo, come il calo del desiderio, difficoltà di mantenimento dell'erezione, ejaculazione precoce, creando di fatto un circolo vizioso di mantenimento del problema. Nelle donne si possono verificare atteggiamenti fobici e comportamenti di evitamento dell'attività sessuale: sapendo preventivamente che

il rapporto sarà doloroso, la donna comincerà a perdere il desiderio sessuale fino a sviluppare timore nei confronti del sesso dovuto all'associazione con qualcosa di spiacevole e doloroso. Da diversi studi emerge come la dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali) sia presente nel 60-70% delle donne sottoposte a trattamento chirurgico e nel 50-90% di quelle che fanno ricorso ad una terapia ormonale.

La donna, in questo caso, non sarebbe in grado di rilassarsi completamente, vivendo la sessualità come una prova da superare e innescando così sentimenti ed emozioni negative che finiranno per compromettere ulteriormente il desiderio e la disponibilità erotica. Per paura di essere abbandonata dal partner, potrebbe sviluppare sentimenti depressivi e di autosvalutazione e colpa. A causa di tutto questo le donne hanno rapporti sempre meno frequenti e tutto questo si ripercuote sulla qualità della relazione di coppia.

Numerosi studi riportano anche sentimenti di colpa nelle donne per la loro impossibilità di dare e ricevere piacere e infine sull'impossibilità di poter generare un figlio. Esse sperimentano elevati livelli di ansia e frustrazione derivanti dall'incapacità procreativa, che possono causare crisi nella vita di coppia. Frequentemente possono sentirsi inadeguate, danneggiate o in difetto in quanto percepiscono la loro impossibilità nel riprodursi come un proprio limite. Anche i trattamenti specifici per l'infertilità possono rappresentare un significativo fattore di stress, a tal punto che molte coppie sperimentano disturbi dell'umore, in particolare depressione.

Anche per le donne single ci possono essere problemi relazionali importanti. Infatti, la paura di essere rifiutate, potrebbe far nascere in loro un timore tale da inibire completamente la speranza di costruire nuovi legami e migliorare così la propria qualità di vita. Tutto ciò può portare ad un allontanamento e ad un graduale rifiuto nei confronti dell'intimità dovuto a ripetuti tentativi sessuali fallimentari, nella speranza che il dolore prima o poi scom-



paia. Ne consegue lo svilupparsi di una vera e propria avversione sessuale e un definitivo distacco dalla vita sessuale ed affettiva.

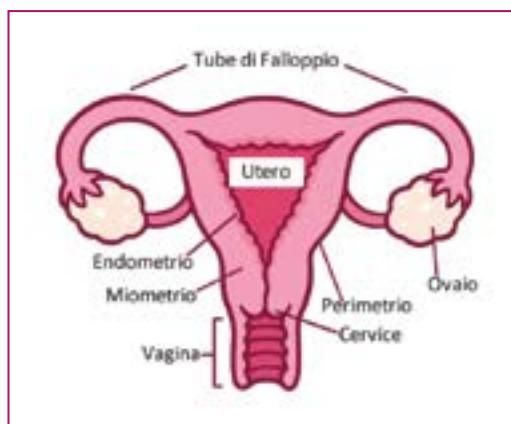
Un altro problema emerge nel momento in cui non c'è ancora una diagnosi conclamata di endometriosi, in questo caso, l'uomo potrebbe imputare alla donna i problemi sessuali e pensare che lei possa essere frigida o nevrotica. Questo può avere un impatto emotivo molto forte nella donna e compromettere seriamente la relazione sentimentale.

DIAGNOSI

Una grossa complicazione per le donne affette da questa patologia è la difficoltà di riconoscere i sintomi associati, infatti questi possono essere scambiati per altre patologie e ritardare la diagnosi.

Alcuni studi ipotizzano, infatti, che il ritardo nella diagnosi possa essere dipendente da tre fattori principali:

- normalizzazione e sottovalutazione del dolore mestruale patologico da parte di molti medici;
- incapacità, da parte di molte donne, a distinguere un dolore mestruale "normale" da uno patologico;
- riluttanza da parte della popolazione femminile ad aprirsi e parlare dei problemi relativi al ciclo mestruale ed all'intimità, considerando questi fattori come elementi che le mettono a rischio di discriminazione e stigmatizzazione sociale.



La diagnosi arriva spesso dopo un percorso lungo e dispendioso, il più delle volte vissuto con gravi ripercussioni psicologiche per la donna.

La diagnosi precoce è essenziale per ridurre i rischi di infertilità e contenere le conseguenze psicologiche, sociali e relazionali legate alle manifestazioni dell'endometriosi. Tuttavia alcuni studi evidenziano come la latenza tra la comparsa dei sintomi ed una diagnosi effettiva di malattia sia di circa sette anni.

In questo tempo si stima che, prima di individuare lo specialista opportuno, le donne si rivolgano in media a diversi medici. È evidente, dunque, che l'iter diagnostico per questa patologia sia lungo, complesso e spesso dispendioso sia a livello economico che psicologico.

È inoltre importante considerare che è presente una quantità cospicua di donne che, pur soffrendo di endometriosi, non ricevono mai una diagnosi. Spesso, infatti, l'iter diagnostico si attiva solo nel momento in cui vi è un sospetto di infertilità.

L'esame principe per diagnosticare la malattia profonda sono le visite ginecologiche manuali interne, a cui si aggiungono gli esiti recuperati attraverso la diagnostica per immagini (ecografia transvaginale o transrettale, risonanza magnetica, TAC).

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO E CHIRURGICO

Al momento attuale, non esiste una terapia definitiva per questa condizione.

La terapia medica si avvale di alcuni farmaci, chiamati agonisti del GNRH, che bloccano gli ormoni ovarici, impedendo la produzione da parte dell'ipotalamo (ghiandola situata nel cervello) di questa sostanza, chiamata GNRH, che serve a stimolare il funzionamento dell'ipofisi che a sua volta permette alle ovaie di funzionare. Questi farmaci inducono una menopausa temporanea che presenta tutti i sintomi di quella vera e propria: secchezza vaginale, perdita di calcio, vam-

pate, ecc.

È importante che tali preparati vengano assunti continuativamente, senza l'interruzione ciclica di pochi giorni, per evitare lo sfaldamento dell'endometrio simil-mestruale che favorisce un ulteriore passaggio di endometrio attraverso le tube.

Vi è poi il ricorso anche all'utilizzo di farmaci antidolorifici che possono aiutare nella gestione del dolore ma che non agiscono direttamente sulla malattia.

In alcuni casi, vi è il ricorso alla terapia chirurgica che va dalla semplice asportazione dei focolai alla isterectomia ed annessiectomia (asportazione delle ovaie e tube) nei casi più gravi. Questa tipologia di trattamento deve comunque tendere ad essere conservativa, conservando il più possibile le strutture genitali interne, cioè l'utero, le salpingi o tube, le ovaie e liberando la pelvi dalle frequenti aderenze che la malattia fa formare tra gli organi della pelvi femminile. Tali aderenze e degenerazioni fibrotiche sono causa dei forti dolori che la donna avverte durante la fase attiva della malattia.

La laparoscopia è l'unica terapia chirurgica che assicura precisione e ripetibilità di esecuzione, minore trauma e dolore alla donna per la cura di questa malattia. Essa può essere praticata più volte per permettere di estirpare in maniera completa la endometriosi. Durante la terapia chirurgica laparoscopica il chirurgo può utilizzare il calore, il laser, vaporizzatori ad elio o il normale taglio per rescindere i focolai.

La rimozione dell'utero non necessariamente fa guarire la donna ma sicuramente la rende infertile ed è quindi sconsigliata.

Per l'infertilità si possono valutare trattamenti di procreazione medicalmente assistita (PMA). I trattamenti di PMA che possono essere utilizzati con donne con endometriosi sono l'inseminazione intrauterina con stimolazione (IUI), la fecondazione in vitro ed embriotransfer (FIVET) e l'inieziazione

intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI).

È stato visto anche come l'alimentazione possa avere un ruolo importante nel ridurre l'infiammazione.

È dunque fondamentale, in caso di endometriosi, aumentare l'apporto di alimenti ricchi di fibre: cereali integrali, legumi, verdura, frutta fresca (in particolare mele, pere e prugne). Le fibre, infatti, aiutano le funzioni digestive e intestinali e contribuiscono ad abbassare il livello ematico degli estrogeni, aiutando, quindi, a tenere a riposo gli organi e i tessuti estrogeno-dipendenti, tra i quali figura appunto l'endometrio.

Sono poi importanti i cibi ricchi di acidi grassi Omega 3, presenti in particolar modo nel pesce, dal pesce azzurro, al salmone, al tonno fresco, nonché in olio d'oliva, frutta secca e semi, come quelli di girasole, zucca o lino. Gli Omega 3, infatti, contribuiscono ad aumentare la produzione di prostaglandina PGE1, molecola in grado di ridurre i processi infiammatori.

A integrazione della dieta, lo specialista può aggiungere, se lo ritiene opportuno, l'assunzione di specifici integratori, per garantire all'organismo un adeguato apporto di importanti componenti come vitamina D, Omega 6, Metilfolato di calcio, Partenio, Quercetina, Curcuma e Nicotinamide.

Oltre ciò, trattamenti di osteopatia possono intervenire efficacemente laddove il dolore viene auto-mantenuto dall'infiammazione cronica. In questo modo, la soglia del dolore si abbassa notevolmente.

La prognosi in caso di endometriosi dipende da differenti fattori, alcuni conosciuti, come per esempio l'estensione dell'endometrio ectopico e l'età della paziente e altri sconosciuti.

Purtroppo, i trattamenti odierni dell'endometriosi non sono ugualmente efficaci per tutte le pazienti: per esempio, secondo attendibili fonti mediche,



nel 20-40% delle donne sottoposte a terapia chirurgica, l'endometriosi si ripresenterebbe (recidiva) a 5 anni di distanza dall'intervento.

Detto questo, tuttavia, quando le cure hanno effetto, si assiste a un miglioramento sensibile del quadro sintomatologico connesso all'endometriosi e, in molte donne ancora in età fertile, a un ripristino della capacità di concepimento.

IL CONTRIBUTO DELLA PSICOTERAPIA BREVE STRATEGICA NEL TRATTAMENTO DELL'ENDOMETRIOSI

La complessità clinica-terapeutica dell'endometriosi non riguarda solo il trattamento dei suoi effetti sul sistema organico-corporeo, ma anche si riflette sulla componente psichica-soggettiva: l'endometriosi non è infatti solo una malattia che sovverte l'anatomia degli organi, ma si tratta soprattutto di qualcosa che colpisce l'identità femminile, in tutte le sue dimensioni: individuale, relazionale, sessuale e sociale.

Visto lo stretto legame che emerge tra endometriosi, qualità di vita, benessere e salute mentale, è necessario offrire un intervento multidisciplinare, così da dare una risposta alla complessità di questa patologia ginecologica.

La psicoterapia breve strategica, formulato dal famoso gruppo di ricercatori del Mental Research Institute di Palo Alto in California, si presenta come un modello di intervento innovativo con la capacità di produrre cambiamenti in tempi brevi. Essa si basa su:

- come funziona il problema, invece che sul perché esiste;
- come il soggetto ha cercato fino ad ora di combatterlo o risolverlo (le tentate soluzioni che alimentano o aggravano il problema);
- come fare per poter cambiare la situazione di disagio;

Secondo il modello strategico, il disturbo psicologico è determinato dalla percezione e gestione

della realtà da parte del soggetto attraverso la comunicazione con sé stesso, gli altri e il mondo e che fa sì che egli percepisca, o meglio costruisca, una realtà alla quale reagisce con un comportamento disfunzionale.

L'obiettivo della psicoterapia è quello di favorire la costruzione di un nuovo equilibrio funzionale e sviluppare l'acquisizione di autonomia e capacità personali nel fronteggiare e risolvere i problemi. Per fare questo, si lavora con tecniche suggestive, con un linguaggio evocativo e con strategie e stratagemmi costruiti ad hoc per le tipologie di resistenza e di persistenza dei disturbi.

Per quanto concerne l'intervento rispetto alla patologia endometriosica, il terapeuta può aiutare la paziente sui seguenti aspetti:

1. *trattamento del dolore ciclico e cronico:* gli interventi di questo tipo sono i più frequenti sia perché il dolore rappresenta il sintomo più diffuso sia perché esso è considerato come una esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale reale o potenziale. La paura del dolore è associata ad una maggiore intensità nel dolore percepito. Si possono venire a creare dei veri e propri circoli viziosi in cui comportamenti di evitamento contribuiscono a mantenere la problematica.

Il dolore può comportare importanti ripercussioni sul benessere psicofisico quali ad esempio numerose ospedalizzazioni, alterazioni del sonno, sofferenza psicologica ed emotiva di intensità variabile, fino a situazioni di sintomatologia di tipo ansioso e/o depressivo che richiedono interventi psicologici mirati.

Possiamo aiutare il paziente ad accettare il dolore senza opporre 'resistenza' quindi senza tentativi di evitarlo o controllarlo e persistere nelle attività anche quando il dolore è presente. Attraverso la tecnica della mindfulness si può promuovere una consapevolezza distaccata delle sensazioni somatiche e psicologiche del corpo.

È fondamentale che le donne affette da endometriosi possano comprendere che la loro

condizione dipende da una malattia organica invalidante e non dalla loro capacità di sopportazione del dolore.

2. *ristrutturazioni cognitive circa le convinzioni errate o disfunzionali sul dolore*: tra i fattori che giocano un ruolo sullo sviluppo e nel mantenimento del dolore cronico, vi sono le distorsioni cognitive (bias cognitivi) quali catastrofizzazione intesa come tendenza a valutare il significato di un evento in modo eccessivamente minaccioso rispetto a quanto si dovrebbe in termini di minaccia percepita ('finirò all'ospedale anche questa volta a causa del dolore').

Il dolore è influenzato da fattori cognitivi ed emotivi: il cervello è come la centralina del dolore, il modo in cui risponderà dipenderà dal significato che nel tempo abbiamo imparato ad attribuire proprio a quel tipo di dolore. Il messaggio fondamentale è che la paziente non è impotente di fronte al proprio dolore e che quest'ultimo non deve poter comandare la sua vita.

Un intervento di ristrutturazione cognitiva di queste cognizioni errate può aiutare molto la paziente in quanto, grazie a credenze più funzionali, può aumentare la capacità di fronteggiamento e gestire in modo più funzionale il problema.

3. *prevenzione dell'insorgenza di sintomi ansiosi e depressivi* che inevitabilmente accompagnano la sintomatologia dolorosa con la finalità di ottenere una diminuzione della percezione soggettiva del dolore e quindi un minor uso di farmaci analgesici e cercare di far raggiungere alla paziente il massimo livello di prestazioni funzionali raggiungibili.

A tal proposito, alcuni studi hanno dimostrato come l'utilizzo della tecnica di rilassamento muscolare progressivo possa ridurre in modo significativo sia l'ansia che la depressione.

4. *gestione delle problematiche sessuali*: per i sintomi relativi alla dispareunia si possono insegnare alla paziente specifiche tecniche di rilassamento, per esempio gli esercizi di Kegel, che

vanno a migliorare il controllo dei muscoli che formano il pavimento pelvico riducendo il dolore e rendendo il rapporto sessuale più piacevole. Importante anche far riflettere la donna sull'importanza del rilassamento pelvico e anche sul desiderio sessuale, entrambi necessari per una corretta lubrificazione vaginale.

5. *miglioramento della comunicazione sociale della propria condizione*: è importante insegnare alla donna con endometriosi a dire di 'no' e a non provare vergogna a cambiare i suoi programmi se non se la sente di uscire per la stanchezza. Spesso, la donna con endometriosi, ha la sensazione che le persone intorno a sé non possano comprenderla veramente. Per questo è opportuno imparare a spiegare con calma e assertività il proprio bisogno comunicandolo all'altro in modo diretto e chiaro anche come si sente.
6. *supporto durante il trattamento dell'infertilità*: le coppie supportate da uno psicoterapeuta migliorano il loro vissuto emotivo, contribuendo ad aumentare le possibilità che i trattamenti abbiano un esito positivo favorendo dunque una gravidanza.
7. *supporto anche nella fase più avanzata della malattia, quando questa richiede un intervento chirurgico*: specificatamente in fase pre-operatoria, gli obiettivi psicoterapeutici devono essere orientati alla gestione del vissuto emotivo sia determinato dall'evento in sé in termini di ansia, stress, paura, preoccupazione sia per la somatizzazione dell'ansia preoperatoria attraverso sintomi fisici di tachicardia, maggiore irritabilità, disturbi del sonno, pensieri negativi intrusivi. Invece, nel periodo post-operatorio, la consulenza è necessaria per rielaborare l'intervento chirurgico a livello emotivo, per accogliere i cambiamenti, per sostenere il processo di guarigione, le speranze e, a volte, la delusione.

Oltre al trattamento psicoterapeutico individuale, anche gli interventi di gruppo risultano efficaci.



ci nel far sentire la donna meno sola e per poter comunicare e condividere il proprio vissuto con altre donne che lo vivono in maniera analoga.

Serve infine prevedere la possibilità di attivare percorsi di coppia o terapie che possano incentivare una sessualità più positiva e delle relazioni intime più soddisfacenti.

In conclusione, in ogni fase della malattia, avere uno spazio di ascolto e contenimento, supporto può fare la differenza. È evidente l'importanza di un lavoro di sostegno psicologico, nell'immediato, successivo alla diagnosi e a lungo termine, che possa prendere in carico il tema della accettazione della malattia, del dolore, della terapia farmacologica, della gestione relazionale e personale dei sintomi al fine di rendere possibile un processo di accettazione e revisione funzionale della vita dopo la malattia.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ardenti, R. (2014). Endometriosi e femminilità. Dialoghi Adleriani, 1:19-34.
- Barnack, J. L., & Chrisler, J. C. (2007). The experience of chronic illness in women: a comparison between women with endometriosis and women with chronic migraine headaches. Women & Health, 46(1): 115-133.
- Bulletti, C., Coccia, M.E., Battistoni, S., Borini, A. (2010). Endometriosis and Infertility. J Assist Reprod Genet, 27: 441-447.
- Caruso, S. & Giuliani, M. (2015). Aspetti psico-sessuologici dell'endometriosi. Il Pungiglione, 32: 4-7.
- Denny, E., & Mann, C. H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 33(3): 189-193.
- Fernandez, I., Reid, C., & Dziurawiec, S. (2006). Living with endometriosis. The perspective of male partners. Journal of Psychosomatic Research, 61(4), 433-438.
- Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L. H., Anserini, P., Remorgida, V., & Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. Fertility and sterility, 83(3), 573-579.
- Fourquet, J., Gao X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., Laboy J., Flores, I. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. Fertility and Sterility, 93(7): 2424-2428.
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Hornung, D., Wölfle, M., Ulrich, U., Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 169(2), 392-396.
- Geremia, L., Ippolito, R., Belluomo, G., Cariola, M.,- Vitale, S.G., Cianci, A. (2012). Qualità di vita nelle pazienti con endometriosi: Recent trends. Rivista Italiana Ostetricia Ginecologia, 33: 404-411.
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. International journal of nursing practice, 14(6), 443-448.
- Giuliani, M., Cosmi, V., Pierleoni, L., Recine, A., Pieroni, M., Ticino, A., Simonelli, C. (2016). Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. Sexologies, 25(1), e12-e19.
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hoooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Human Reproduction, 20(10): 2698-2704.
- Lorencatto, C., Alberto Petta, C., José Navarro, M., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85(1): 88-92.
- Low, W. Y., Edelmann, R. J., & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. Journal of Psychosomatics Research, 37(2), 111-116.
- Macer, M. L., & Taylor, H. S. (2012). Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. Obstetrics and Gynecology Clinics, 39(4), 535-549.
- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual function in



- women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175-185.
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Study, W. E. R. F. G. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility*, 96(2), 366-373.
 - Righetti, P. L. & Luisi, S. (2007). La procreazione assistita: aspetti psicologici e medici. Torino: Bollato Boringhieri.
 - Romao, A. P., Gorayeb, R., Romao, G., Poli-Neto, O. B., Dos Reis, F. J., Rosa-e-Silva, J. C. & Noqueira, A. A. (2009). High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*, 63(5), 707-711.
 - Seear, K. (2009). The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Social science & medicine*, 69(8), 1220-1227.
 - Sepulcri, R. D. P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53-56.
 - Silvaggi, C., Pierleoni, L., Nimbi, F. & Simonelli, C. (2010). Endometriosi e disparurenia: aspetti diagnostici e di trattamento. *Rivista di Sesuologia Clinica*, 17(2), 5-17.
 - Valle, R.F., Sciarra J.J. (2003) Endometriosis: treatment strategies. *Ann NY Acad Sci*, 997: 229-39.
 - Van den Broeck, U., Meuleman, C., Tomassetti, C., et al. (2013). Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection. *Human Reproduction*.
 - Verit, F. F., Verit, A., & Yeni, E. (2006). The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274, 297-302.
 - Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W., & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 211-215.



LA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA TERZA ETÀ

DALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO ALLA PREVENZIONE DELLE DEMENZE

Angelo Medico Miggiano
Psicologo-psicoterapeuta,
ex dirigente psicologo ASL-LE

RIASSUNTO

Riflessioni sul convegno "LA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA TERZA ETÀ DALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO ALLA PREVENZIONE DELLE DEMENZE"

PAROLE CHIAVE

Comunicazione efficace, forestierismi, Persone in trattamento.

A proposito del CONVEGNO "LA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA TERZA ETÀ DALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO ALLA PREVENZIONE DELLE DEMENZE" del 21 ottobre 2022 organizzato dall'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Puglia e dall'Università del Salento.

Il 21 ottobre 2022 ho partecipato al Convegno "LA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA TERZA ETÀ DALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO ALLA PREVENZIONE DELLE DEMENZE" che si è tenuto a Lecce, organizzato dal nostro Ordine e dall'Università del Salento, con la partecipazione dell'A.

Re.S.S. Puglia, dell'Università Bicocca di Milano, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Università di Bari e dell'ASL di Lecce.

L'iniziativa mi è piaciuta molto e ho apprezzato il grande impegno da parte dei colleghi nell'organizzare il tutto. La giornata è stata intensa e ricca di spunti interessanti, i relatori e le relazioni all'altezza delle mie aspettative. Ho reputato stimolanti le novità formative e di ricerca, ho gradito il rispetto degli orari che non sempre è scontato nel nostro Sud.

Il programma è stato ricco di interventi a tambo battente di moltissimi colleghi e colleghe giovani, minore è stata la presenza di "anziani" come me. E in quanto "vecchio", che ama proverbi e racconti, mi sento di recitare queste preziose parole: "*Occorre sentire i saputi* (coloro che sanno, che hanno studiato), *ma anche i patuti* (coloro che vivono un problema e che soffrono)". Questa è una mia idea che ribadisco in molte occasioni, nei convegni e negli eventi cui partecipo, purtroppo

con scarsi riscontri. Ascoltiamo sempre grandi studiosi, professori, ma mai invitiamo le Persone che vivono direttamente il problema e la sofferenza. Nei convegni che li riguardano non ci sono mai "i pazzi", i malati di Alzheimer, i bambini, i vecchi, i dementi, i malati in genere, che vivono in prima persona la malattia e le sofferenze relative e che dovrebbero esprimere il loro punto di vista sicuramente utile ai nostri studi e alle nostre ricerche.

Un po' di tempo fa una Persona in Trattamento nel Centro di Salute mentale in cui lavoravo, seguita soltanto dagli psichiatri, chiese di parlare anche con me. L'avevo vista qualche volta di sfuggita in corridoio. Entrò nel mio studio e mi disse: "Ho saputo che lei è psicologo e vorrei farle una domanda: com'è che quando io sto male tutti gli altri, operatori sanitari e familiari, dicono che sto bene e quando io mi sento benissimo invece dicono che sto male e mi fanno addirittura il TSO (trattamento sanitario obbligatorio)?". Questa Persona, senza saperlo, aveva sintetizzato in un attimo fiumi di ricerche e studi sul Disturbo Bipolare.

Tornando al Convegno devo dire che ho seguito tutti gli interventi attentamente e con molto interesse anche perché sono un anziano di terza età, vicino alla quarta. Non mi sono assolutamente stancato, ma ho fatto molta fatica a comprendere molti acronimi, abbreviazioni, sigle, ingleismi, forestierismi (brutta parola, ma che rende bene il concetto). Ho dato la colpa alla mia vecchiaia e ignoranza anche perché vedeva gli altri tranquilli come se fosse tutto semplice e chiaro. Durante l'intervallo ho fatto una breve indagine tra i colleghi anche più giovani e ho scoperto, con mia grande sorpresa, che anche gli altri avevano grosse difficoltà a decifrare il linguaggio usato dai relatori. Molti si lamentavano per questo modo di esprimersi cattedratico, accademico, appuntato, siglato, da addetti ai lavori, che creava difficoltà a risalire al significato delle sigle e dei termini usati.

Di tutti gli interventi, adeguatamente elaborati e studiati, il più chiaro e applaudito è stato quello della neurologa che verso la fine ha trattato il tema *"Vivere le demenze con un progetto di sostegno per ammalato e famigliari"*. È risaputo che, in genere, i medici usano un linguaggio molto professionale e tecnico dando per scontato che la Persona in Trattamento o chi li ascolta... comprenderà. Contrariamente a quanto si possa pensare l'intervento della dottoressa, da medico, è stato a mio parere quello più comprensibile.

Kafka affermava: «*Scrivere una ricetta è facile (???), parlare con chi soffre è più difficile.*» Allo stesso modo De Luca scrive: «*Occorre sfilare i guanti di plastica alle mani moderne e invitarle a toccare anche le piaghe*». Per finire vorrei aggiungere, sulla base della mia esperienza quarantennale, che bisogna adeguare sempre il nostro linguaggio ai vissuti e al mondo di chi ci ascolta o come dicevano i vecchi maestri sistemico-relazionali *«Entrare in punta di piedi nel mondo dell'altro... ampliandolo»*.

Noi psicologi sappiamo che la comunicazione, per essere efficace e arrivare all'interlocutore, deve essere semplice, anzi semplicissima, vicina al mondo dell'Altro. Etimologicamente "Comunicazione" deriva dal greco *Koinòs* (scambio, incarico, dono, capace di scambiare un dono, appartenente a tutti) e dal latino *Cum-munus* (mettere in comune, appartenente a tutti, come dono non regalo). Generalmente in Psicologia Sociale, quando si parla di comunicazione, si fa riferimento ad una relazione basata sulla condivisione di un significato. E solo condividendo un significato, secondo me, possiamo aiutare la Persona che soffre a impegnarsi, a tirare fuori le sue forze e le sue residue capacità per uscire dalle situazioni problematiche.

Credo che questo mio articolo non servirà a cambiare lo stato delle cose, a trasformare la comunicazione e il linguaggio attualmente in uso, ma quantomeno avrà lo scopo di stimolare una riflessione tra noi psicologi.



CANI E BAMBINI

ASPETTI COMPORTAMENTALI E RELAZIONALI

INTRODUZIONE E CENNI SULLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Un bambino è come una tela bianca, candida e soave, luminosa e immensa, pronta, fin dai primi istanti, ad essere imbrattata di ogni sfumatura.

Ogni stimolo, ogni sensazione, rappresenta per lui una scoperta e, in quanto tale, necessita del corretto sostegno, per essere immagazzinata in una maniera per lui costruttiva. Bowlby, padre fondatore, nel '900, delle teorie sull'attaccamento, individua quattro distinti stili di attaccamento che, ciascuno di noi, nelle prime fasi della vita, ha sviluppato nei confronti del proprio caregiver.

Lo stile di attaccamento si definisce sicuro nel momento in cui il caregiver si dimostra presente e responsivo di fronte alle richieste di vicinanza del bambino, accudente e nello stesso tempo disposto a far sperimentare il bambino nel mondo in maniera autonoma. Il bambino, dal canto suo, sente il caregiver come una base sicura, da cui tornare, in caso di necessità.

I primissimi approcci nei confronti di un animale, che sia esso un cane o un qualunque altro essere a due, quattro o sei zampe, rientrano a pieno titolo in una delle tappe più importanti nel percorso di crescita di un bambino, che si trova di fronte, estasiato e nel contempo intimorito, da un essere che percepisce diverso da lui. Il care-

Stefania Simone

Psicologa - Psicoterapeuta in formazione
Gestaltica - Responsabile e Referente in
Interventi Assistiti con gli Animali



giver, in questo, ha il delicato compito di rendere l'avvicinamento quanto più accorto e autentico possibile, non contaminato, quindi, da pregiudizi o preconcetti di cui il bambino, per sua fortuna, ancora non ne conosce il senso.

DESIDERIO DI ADOZIONE DI UN CANE

Proviamo a pensare a quei casi in cui un cane viene accolto in una famiglia dove è presente un bambino piccolo, oppure ancora, casi in cui l'animale sia già parte integrante della famiglia che si è da poco allargata.

Si tratta, allo stesso modo, di situazioni nelle quali è richiesto un riaspetto degli equilibri precedenti oltre che un grande esercizio del rispet-

to. Il caregiver ha il compito di guidare il bambino verso l'accoglienza e l'accettazione dell'animale, considerandolo e trattandolo come membro del branco-famiglia e inculcando al piccolo umano l'idea che non si tratti di un giocattolo ma di un essere capace di provare emozioni e di cui avere piena cura e considerazione.

Il bambino avrà la preziosa opportunità di imparare fin da subito a convivere e condividere spazi e attenzioni con una creatura, sì molto diversa da lui, ma allo stesso tempo bisognosa di costanti premure.

Impara, quindi, ad accettare le differenze, uscendo dalla sua visione egocentrica, predomi-



nante nei primi anni dell'infanzia e assumendo un approccio empatico verso il suo nuovo amico, qualità che conserverà gelosamente in quel bagaglio di esperienze che sta lentamente riempiendo.

IL CANE È UN AIUTO IMPORTANTE PER LA CRESCITA DEL BAMBINO

La convivenza con un animale facilita la messa in atto di comportamenti più responsabili da parte dei bambini.

Sebbene le interazioni debbano essere costantemente osservate e monitorate dalla presenza di un adulto di riferimento, anche quando si tratta del cane più docile e paziente del pianeta, il bambino, diviene autonomamente più consapevole dell'impatto delle sue azioni sul benessere dell'animale, facendo diretta esperienza delle conseguenze positive su di lui di gesti affettuosi e delicati e meno piacevoli, quando le azioni diventano più goffe o nervose.

Questo scambio getterà le basi per l'amore e il rispetto nei confronti degli animali e della natura più in generale.

Non solo, dal punto di vista cognitivo, i bambini che hanno l'opportunità di crescere in compagnia di un quattro zampe, incrementano con rapidità le loro capacità di comunicazione e numerose altre funzioni cognitive.

L'acquisizione del linguaggio subisce un effetto benefico, grazie al fatto che i cani rappresentano uno stimolo interessante per loro, che si sentono invogliati, sapendo di non essere giudicati, a stabilire con i propri animali un dialogo sempre più strutturato.

Quando i bambini parlano con gli animali domestici non solo migliorano la dizione, ma acquisiscono anche le abilità sociali necessarie per integrare con i loro coetanei.

Cani e bambini, diventano ben presto perfetti compagni di giochi; esercitando continuamente le loro abilità motorie e mantenendo vive le capacità immaginative.

QUALI SONO LE FASI DA SEGUIRE PER LA CRESCITA INSIEME

Cani e bambini portano avanti, seppur a velocità differenti, un percorso di crescita e conoscenza continuo. Imparano a valorizzare i loro punti di forza a ad accogliere le proprie fragilità. Le esperienze di vita con i migliori amici a quattro zampe diventano base e trampolino per le successive relazioni fra pari.

Il rapporto con l'animale fin dalla tenera età fa sì che l'equilibrio emotivo ne risulti rafforzato, così come la capacità di esprimere le proprie emozioni.

Stati d'ansia, di tristezza, di ira e frustrazione sono più facilmente esperiti, accettati e contenuti. Bambini che vivono insieme ad un cane accolgono benevolmente le differenze e sono più facilmente predisposti a comportamenti prosociali e responsabili.

Si fortificano il loro senso di fiducia e la loro autostima.

RAPPORTI CANI E BAMBINI: I CONSIGLI DELL'ESPERTO

L'aspetto più complicato, a questo punto di questa breve disamina, frutto di esperienza personale e di studi riconosciuti, è proprio quello di ricercare motivi per i quali privare i bambini di un'esperienza così arricchente, preziosa e appagante come la relazione con un animale, che sia un membro della famiglia oppure no.

La verità è che non esistono controindicazioni, non c'è nulla che possa giustificarlo; non resta che armarsi di attenzione, pazienza e di una spazzola che aiuti a togliere via un po' di peli.



LO STREPITO DEL SILENZIO

IL DRAMMA DELLA GUERRA NELLA POESIA DI CLEMENTE REBORA

ANALISI DI VIATICO E CENNI DI PSICOLOGIA DELLA RELIGIONE



Clemente Luigi Antonio Rébora

Riccardo Tarantino

Psicologo, Ordine degli Psicologi della
Regione Puglia n. 5247

Luca Carbone

Psicologo, Ordine degli Psicologi della
Regione Puglia n. 5831

Lucio Luceri

Docente di Filosofia e Storia

Una sola cosa conta: avere una vita degna; temprare la propria anima; metterla alla prova in ogni istante, tesi a sorveglierne le debolezze e a esaltarne gli slanci; servire gli altri; proiettare intorno a sé letizia e dolcezza; porgere la mano al proprio prossimo, affinché tutti s'elevino, aiutandosi l'un l'altro. Una volta compiuti questi doveri, che importa di morire a trenta o a cent'anni e sentir pulsare la febbre nelle ore in cui la bestia umana grida a pieni polmoni? Che essa si risollevi ancora, malgrado tutto! Essa esiste per spremere ogni sua stilla d'energia, fino all'usura. Solo l'anima conta, e deve dominare tutto il resto.

Léon Degrelle



ABSTRACT

La Grande guerra ha certamente costituito un *unicum* nel panorama storico, politico e sociale del XX secolo, *non solum* per quanto riguarda gli orrori e le atrocità perpetrate (1 milione di morti e nessun esito risolutivo), *sed etiam* per i risvolti psicopatologici che ha prodotto nei reduci e per la violazione dei diritti umani. Le dinamiche alla base dell'esordio del conflitto e le drammatiche conseguenze generate in coloro che l'hanno vissuta, hanno ispirato una buona parte della produzione letteraria di molteplici poeti, che hanno contribuito, attraverso il loro singolare apporto culturale sulla tematica bellica, a fornire significative testimonianze e riflessioni riguardo l'evento.

In questo articolo si ripercorre brevemente l'esperienza biografica di Clemente Rebora (Milano, 6 gennaio 1885 – Stresa, 1 novembre 1957), poeta enigmatico dalla spiccata sensibilità, mettendo in evidenza la cornice storico-letteraria nella quale egli ha vissuto ed interpretando la lirica "Viatico", spostando così il focus sull'aspetto psicologico della conversione, dimensione preponderante nella vita dell'autore.

PAROLE CHIAVE

Guerra; poesia; letteratura; psicologia; psicopatologia; religione.

LA LETTERATURA ITALIANA

DI FRONTE ALLA GRANDE GUERRA

Nel 1915 l'Italia entra in guerra al fianco dell'Intesa. Le aspettative di Salandra sono alte: una guerra intensa ma dalla durata breve e soprattutto portatrice di numerosi vantaggi in termini di conquiste territoriali. Tuttavia i fatti hanno preso una piega ben diversa: l'esercito italiano, guidato dal generale Luigi Cadorna, non riesce a realizzare il progetto prefigurato e l'attacco anti austriaco, pianificato dal fronte in Venezia Giulia, risulta inefficace ed estenuante per le truppe italiane, impreparate ad affrontare un conflitto di tale portata. I membri dell'esercito italiano, pro-

venienti da diverse zone del Paese, evidenziano una scarsa preparazione militare. La guerra annunciata da più parti come conflitto di breve durata, si trasforma in una "guerra di posizione", la quale contribuisce a generare una serie di effetti di grave portata, anche psicologica, tra i membri dell'esercito italiano.

In un primo momento, l'idea che circola è quella di una guerra da svolgersi in tempi brevi, ma questi presupposti sono ben presto venuti meno, già con la *Battaglia della Marna*, il celebre e sanguinoso scontro tra Germania e Francia, avvenuto all'inizio della Grande guerra. In poco tempo il conflitto assume i tratti della cosiddetta "guerra di logoramento", soprattutto laddove si combatte nelle trincee. Gli effetti psicologici della lunga permanenza in trincea (e non solo) sono devastanti. A tal proposito è interessante ricordare gli studi di Padre Agostino Gemelli, il quale ha operato come psicologo del Comando supremo italiano, analizzando i terribili effetti che la guerra ha generato sui soldati. Una serie di manifestazioni psicopatologiche: mutismo, balbuzie, crisi isteriche, nevrosi da guerra, disturbi depressivi e deliranti, disturbi d'ansia, riscontrati in coloro i quali hanno partecipato alla Prima guerra mondiale, sono infatti classificati sotto la definizione di "psicopatologie di guerra".

I letterati italiani che hanno preso parte alla Grande guerra sono diversi e divergenti sono le loro considerazioni in merito alla natura del conflitto, il quale è stato interpretato secondo diversi punti di vista. Certo è che la guerra si è costituita per loro come momento fondamentale, sia dal punto di vista esistenziale, sia per quanto riguarda gli effetti sulla produzione letteraria, la quale non può non essere influenzata da un'esperienza così significativa. Alcuni di loro hanno intravisto nella guerra l'entusiasmante possibilità di parteciparvi, a tal punto che qualsiasi tentativo di isolamento rispetto al mondo sarebbe risultato nullo: è il caso di Renato Serra,



Filippo Tommaso Marinetti ed altri. Diversa è l'esperienza per Emilio Lussu, il quale denuncia la drammaticità dell'evento bellico e l'insensatezza della vita nelle trincee. Anche Carlo Emilio Gadda prende parte alla guerra con entusiasmo, per poi rendersi conto della dimensione di inauthenticità che la caratterizza. Egli denuncia altresì la scarsa preparazione dei giovani soldati, mandati a morire allo sbaraglio e l'irrazionalità delle scelte politiche di generali e governanti. Negli anni successivi,

Gadda continuerà a portare con sé il fardello del conflitto, che gli si presenterà costantemente nella condizione di dolore psicologico ed esistenziale. Celebre è la lettura dolorosa della guerra proposta da Giuseppe Ungaretti, il quale descrive nei suoi versi strazianti i temi del dolore, della perdita e della morte.

L'eredità esistenziale, psicologica e letteraria che la guerra lascia in Clemente Rebora è altrettanto singolare.

Rebora dà voce a quelli che sono i contrasti psicologici e i paradossi esistenziali che prendono vita in quegli anni, quando una giovane Italia deve destarsi dal suo secolare torpore e ricomporre un nucleo nazionale oltre che un economia di tipo industriale e affacciarsi sul panorama europeo come potenza mondiale (Cuomo, 2015).

Egli prende parte al conflitto proprio in quel drammatico 1915 e ne esce sconfitto sotto vari aspetti. Il trauma subito durante l'esperienza bellica è talmente grande, che gli costa il ricovero in ospedale e il congedo dall'esercito. È rilevante analizzare la ricaduta che la guerra ha avuto anche sull'esperienza lavorativa e pedagogica di Rebora. Egli



è stato docente di lettere presso vari istituti superiori ma, dopo la guerra e il ricovero, ha scelto di abbandonare l'incarico nella scuola pubblica, dedicandosi esclusivamente all'insegnamento in ambito privato. Alla fine degli anni Venti si avvicina alla religione cattolica entrando a far parte dell'istituto della Carità di Domodossola dove, in seguito, è ordinato sacerdote nel 1936.

Di fronte alla Prima guerra mondiale Rebora mantiene sempre uno sguardo disincantato e realistico, fino alla consapevolezza dell'orrore. [...] egli scorge bene quale immane disastro sta per devastare l'Europa, che infatti nella Prima guerra mondiale perde il fiore di una generazione e vede uscire la sua centenaria civiltà forse irrimediabilmente sfigurata. (Lauretano, 2013).

VIATICO

Viatico rappresenta, con molta probabilità, il fiore all'occhiello di Clemente Rebora per quanto riguarda la tematica bellica. La lirica è rimasta per lungo tempo inedita e fa parte della raccolta "Poesie Sparse"; è uno dei componimenti più noti e profondi del poeta che ripercorre, attraverso l'intensità e la tragicità dei versi carichi di *pathos*, le atrocità della trincea vissute in prima persona dallo scrittore.

*O ferito laggiù nel valloncello,
tanto invocasti
se tre compagni interi
cadder per te che quasi più non eri.
Tra melma e sangue
tronco senza gambe
e il tuo lamento ancora,
pietà di noi rimasti
a rantolarci e non ha fine l'ora,
affretta l'agonia,
tu puoi finire,
e conforto ti sia
nella demenza che non sa impazzire,
mentre sosta il momento
il sonno sul cervello,
lasciaci in silenzio –
Grazie, fratello.*

METRICA E ANALISI DEL COMPOIMENTO

Versi liberi (quinari, settenari, endecasillabi liberamente alternati). Il verso 6 è senario. Tutti i versi sono in rima o assonanza, ma senza schema fisso.

I 17 versi del componimento evocano con stremito realismo e con un linguaggio crudo e violento – di forte tendenza espressionistica – un'immagine terribile della guerra di cui, il lettore, è spettatore: un fante agonizzante e con le gambe spezzate, rimasto solo nel piccolo vallone, dopo il fallimento di un attacco, urla disperatamente aiuto – con accento poco lucido ma coraggioso – mentre lentamente muore dissanguato. La morte di tre suoi commilitoni che tentano invano di salvarlo dal fuoco nemico, aumenta la drammaticità della vicenda. I compagni rimasti, che non riescono a sopportare la sua agonia, consci della loro impotenza, non possono che implorarlo perché si lasci morire: un soccorso sarebbe stato, in tal caso, del tutto vano.

Dalla lettura del componimento poetico emerge ancora una volta tutto l'orrore della guerra: essa è qualcosa di profondamente insensato che sfugge al razionale, dissacrando le relazioni umane e la stessa morte. La guerra forgia eroi senza aedi, morti senza gloria e cause senza vittorie.

LA PSICOLOGIA DELLA RELIGIONE E IL FENOMENO DELLA CONVERSIONE

Questo breve discorso intorno alla poesia *Viatico* e alla figura del poeta Clemente Rebora, si presta bene a fare una serie di considerazioni sul campo della "psicologia della religione" e, in particolare, relativamente al fenomeno della "conversione".

Rebora è stato educato in un contesto familiare di cultura risorgimentale. Figlio di un masone, non riceve alcuna formazione religiosa di carattere confessionale. In questo contesto educativo e culturale egli ha certamente maturato principi morali solidi, impegno intellettuale, attaccamento alla patria e attenzione verso

gli ultimi. Tuttavia egli ha spesso manifestato tensione verso una ricerca spirituale e verso una disciplina idealistica che non trova appiglio nella sua formazione culturale. Rebora entra significativamente in crisi in più di un'occasione nell'arco della sua esistenza: una prima volta durante la stesura della tesi di laurea, dove tenta anche il suicidio e un'altra durante la Grande guerra, a causa degli orrori che gli dilaniano anima e corpo.

Come si evince dalla sua storia personale, gli scopi e le credenze che Rebora ha maturato nel corso della sua esistenza sono sempre stati caotici e conflittuali, a tal punto da spingerlo a ricercare luoghi sicuri scevri da pericoli e basi certe da cui prendere le mosse nell'esplorazione esistenziale, intellettuale, spirituale e di servizio agli altri.

Nel panorama degli studi sul fenomeno della conversione in psicologia della religione è possibile rileggere il rapporto con Dio come un legame d'attaccamento che matura in veri e propri modelli di relazione e si sviluppa in varie direzioni come: l'intensificazione dell'esperienza religiosa, i cicli di cambiamento, la deconversione, gli spostamenti, le apostasie e, come nel nostro caso, la conversione.

In ambito psicologico, la definizione più comune di conversione è quella di un processo intra e interpersonale di trasformazione del Sé. Nel convertito si nota infatti un mutamento della semantica personale che implica un cambiamento di coscienza e che si manifesta nell'uso di attribuzioni religiose di definizione e identificazione del nuovo Sé.

Le ricerche che hanno indagato il tema della conversione religiosa in campo psicologico, fanno quasi tutte riferimento al comune denominatore rappresentato dai lavori di Coe (1900, 1916). Gli aspetti fondamentali della sua indagine sono: un cambiamento profondo del Sé; il cambiamen-

to descritto come un processo tramite il quale si compie la trasformazione del Sé; una nuova centratura di quanto interessa e sta più a cuore all'individuo; la percezione della nuova consapevolezza di Sé come più elevata, come una emancipazione da una precedente situazione problematica.

CONCLUSIONI

Oltre, per conversione possiamo intendere quel processo di auto trasformazione o di attuazione del nuovo Sé che avviene nell'ambito di uno specifico contesto psico-sociale e che comporta il riconoscimento in chiave religiosa del Sé trasformato, che in questa prospettiva viene dunque descritto, riconosciuto dagli altri e messo in azione. È proprio rispetto a quest'ultima dimensione – la traduzione del nuovo Sé in nuovi modi d'agire – che la conversione si può vedere non solo come l'insieme dei fenomeni intrapsichici ma anche interpsicologici: l'opera poetica ha il privilegio di essere un atto che include ed esprime entrambi i fenomeni (intrapsichici e interpsicologici) che coinvolgono l'autore, traghettando così il compimento poetico da una certa epoca intellettuale – riflesso di uno specifico momento esistenziale – ad un'altra.

Nella riflessione di Rebora è evidente il fondamento spirituale, cardine di ogni realtà umana, individuale e civile. Il perfetto compimento della propria esistenza, la libertà autentica di sé coincide con la volontà divina: seguendola si realizza per l'umanità la dimensione dell'immortalità. Essa si intende, infatti, quale innalzamento dell'immanente. Attraverso la lente di un mazzinianesimo addolcito dall'influenza del misticismo, Rebora seppe far fruttare la pur solida etica familiare assorbita in gioventù. Le nite, in seguito, le ferite interiori della guerra, in cui Clemente ravviserà un possibile senso: a causa della paralisi agghiacciante di ogni sogno, egli si era volto a cercare nuove vie (D'Angelo, 2017).



BIBLIOGRAFIA

- Borgognone, G., & Carpanetto, D. (2017). *L'idea della storia. Il Novecento e il Duemila* (Vol. 3). Torino: Pearson.
- Cassiba, R. (2003). *Attaccamenti multipli*. Milano: Unicopli.
- Coe, G. A. (1900). *The Spiritual Life. Studies in the Science of Religion*. New York: Eaton & Mains.
- Coe, G. A. (1916). *The Psychology of Religion*. Chicago: University of Chicago Press.
- D'Angelo, F. (2017). *La grande guerra di Clemente. Itinerarium Poësis in Deum*. Roma: Studium.
- Degrelle, L. (2021). *La Rivoluzione delle Anime*. Firenze: Passaggio al Bosco.
- Febbraro, P. (2021). *Poesia allo stato critico. Saggi e interventi*. Roma: Inschibboleth.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachment, religious beliefs and conversion, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 315-334.
- Lauretano, G. (2013). *Incontri con Clemente Rebora. La poesia scoperta nei luoghi che le hanno dato vita*. Milano: Bur.
- Nelson, M. O. (1971). The concept of God and feelings towards parents, *Journal of Individual Psychology*, 27, 46-49.
- Pazzaglia, M. (1993). *Gli autori della letteratura italiana. Dall'unificazione nazionale ad oggi* (Vol. 3). Bologna: Zanichelli.
- Sanguineti, E. (Ed.). (1969). *Poesia italiana del Novecento*. Torino: Einaudi.
- Snow, D. A., & Machalek, R. (1984). The Sociology of Conversion. *Annual Review of Sociology*, 10, 173-74.
- Strunk, O. (1959). Perceived relationship between parental and deity concepts, *Psychological Newsletter*, 10, 222-26.

SITOGRAFIA

- Cuomo, D. (2015). *Clemente Rebora: Viatico, o ciò che resta della guerra*. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.900letterario.it>.





ALL'ORIGINE DELLA VIOLENZA

Sabino Mutino

Psicologo in formazione e Studente del Master di II Livello in "Psicodiagnostica Clinica e Forense" presso Università LUMSA/Consorzio Universitario Humanitas di Roma

RIASSUNTO

In questa breve rassegna, si cercherà di evidenziare come lo sviluppo dei comportamenti aggressivi non sia lineare e totalmente prevedibile. I fattori genetici o neurobiologici, enfatizzati dagli innatisti, vanno ad intrecciarsi con i fattori socio-ambientali: vivere in famiglie dove l'aggressività è la norma, può portare a una perpetrazione di tali agiti e al loro uso per la risoluzione di situazioni problematiche.

Verranno riportati alcuni contributi in termini di trasmissione intergenerazionale della violenza e della scissione dei ruoli di vittima-aggressore, determinati oltre che da un apprendimento osservazionale, anche da elementi o stereotipi culturali. Inoltre, il sentimento di vergogna dato dall'esclusione sociale, potrebbe enfatizzare tali comportamenti per riacquistare un'identità agli occhi altrui. Si parlerà anche di come il processo di disumanizzazione dell'altro possa portare a una sua oggettivazione: questo per alcuni rappresenterebbe uno dei fattori preliminari nella violenza tra partner o della violenza in generale. In conclusione si farà un breve cenno all'autole-

sionismo: anch'essa è una forma di aggressività, seppur rivolta verso di sé.

PAROLE CHIAVE

Aggressività - Violenza - Apprendimento - Esclusione - Vergogna - Autolesionismo

INTRODUZIONE

Aggressività e violenza sono spesso usati come sinonimi. In realtà mentre "aggressività" indica una forma di comportamento, il termine "violenza" sta a indicare come quel comportamento aggressivo è percepito all'interno di un contesto sociale. Nel definire un comportamento come violento, infatti, stiamo dando una connotazione a una forma di atteggiamento interpersonale e ciò, sebbene possa sembrare una valutazione esclusivamente soggettiva, non lo è: il modo di percepire il mondo è infatti legato al senso di sé, a convinzioni e atteggiamenti, emozioni e comportamenti che fanno parte della matrice sociale a cui si appartiene (De Zulueta, 2006).

Ci sono dei comportamenti aggressivi che non implicano necessariamente un atto violento. In



dosi moderate un atteggiamento aggressivo può infatti rivelarsi adattivo: se pensiamo ad esempio all'assertività, alla difesa di qualcuno che si trova in difficoltà o ad alcune attività sportive, possiamo notare come questi comportamenti siano socialmente approvati nonostante una certa dose di irruenza (Ferguson e Beaver, 2009).

Quando si pensa all'aggressività si tende infatti a concentrarsi su un danno fisico, mentre andrebbero considerate anche le manifestazioni più sottili di questi comportamenti, come l'assertività o la competitività, accumunati da un'azione impegnativa che ha come obiettivo il soddisfare i propri bisogni. Il comportamento assertivo viene attivato quando si sente il biso-

gno di qualcosa; viene fornita allora dal cervello l'energia necessaria per soddisfare tale desiderio. Se la caccia è il mezzo evolutivo per soddisfare i bisogni delle specie carnivore, alcuni comportamenti possono manifestarsi in modi che non appaiono esteriormente aggressivi ma che potrebbero fare affidamento sulla stessa energia psichica. Che sia un animale che esplora l'ambiente in cerca di cibo o uno studente che scrive in modo forsennato la sua tesi di laurea, alla base di questi comportamenti vi è l'interesse e la motivazione neurobiologicamente attivati che permettono di motivarsi ed eseguire tali attività (Panksepp e Zellner, 2004). L'aggressività proattiva (o assertiva) non implica quindi necessariamente uno stato affettivo negativo come la rabbia, ed è solitamente

iniziate dall'autore stesso del comportamento piuttosto che provocata da altri (Rosell e Siever, 2015).

Invece l'aggressività, comunemente intesa come quella manifestazione rabbiosa riscontrabile direttamente, è un comportamento che si attiva nel momento in cui ci si sente frustrati, minacciati o irritati e che permette di prepararsi ad un ostacolo o a sottemettere un aggressore (Panksepp e Zellner, 2004).

Solo nel momento in cui un atto aggressivo si connota di un'accezione socialmente negativa, come ad esempio il furto o l'omicidio, si può identificare come atto violento: se cioè i benefici sociali del mettere in atto di quel comportamento superano i rischi, per il pericolo di lesioni personali, disapprovazione sociale o incarcerazione (Ferguson e Beaver, 2009).

LA VISIONE INNATISTA

Sebbene non si possa sviluppare una precisa traiettoria nei processi dello sviluppo individuale, si è soliti prendere in esame l'interazione degli aspetti psicologici, neurobiologici e macrosociali per delineare una genesi di carattere bio-psi-co-sociale dei comportamenti aggressivi. (Golding e Fitzgerald, 2019).

Si dibatte molto sull'aggressività come pulsione innatamente ostile e distruttiva o come conseguenza ad una frustrazione o conflitto.

Freud definisce "istinto di morte" quell'impulso costantemente attivo che porta ad un'aggressività di fondo negli uomini; in particolare la definisce come una reazione alle frustrazioni sperimentate durante l'appagamento della libido che, trovando un modo per essere sfogata verso l'esterno, evita di essere rivolta verso il sé, portando all'autodistruzione. Nell'etologo Konrad Lorenz si trova la convinzione ad attribuire l'origine di atti violenti ad un innatismo biologico che prescinde dal nostro controllo e che è rivolto

alla sopravvivenza della propria specie. (Baccagaluppi, 2004; Bricolo, Gentile, Mozzoni e Serpelloni, 2006). Inoltre, Lorenz sosteneva l'idea che il rilascio periodico di un'aggressività accumulata potesse mantenerla a livelli gestibili. In tal modo, un basso livello di autocontrollo, influenzato dai fattori genetici e dall'azione dei lobi frontali della corteccia, avrebbe potuto portare ad azioni violente (Ferguson e Beaver, 2009): infatti l'azione della corteccia prefrontale si è vista svolgere un ruolo inibitorio nella regolazione di molti comportamenti emotivamente guidati (Panksepp e Zellner, 2004).

È molto probabile che la predisposizione genetica di un individuo influenzi il modo in cui le sostanze neurochimiche legate all'aggressività abbiano degli effetti sul comportamento; nello stesso qual modo in cui l'attività genica viene modificata epigeneticamente dalle prime esperienze di vita o dallo stress cronico subito nell'età adulta. Ad esempio, particolari eventi stressanti nella vita (come l'abbandono emotivo da parte dei genitori o la loro perdita) si sono rivelati dei fattori di rischio per lo sviluppo di un'eccessiva aggressività o violenza nell'età adulta, come conseguenza di un mancato sviluppo delle capacità di regolazione emotiva (Neumann, Veenema e Beiderbeck, 2010; Moser et al., 2015).

È chiaro che non esiste un singolo gene dell'aggressività e che geni e ambiente interagiscono per produrre un comportamento. La difficoltà ad abbracciare spiegazioni genetiche ed evolutive del comportamento aggressivo può essere data dal fatto che tali argomentazioni furono usate per promuovere il sessismo, il razzismo e l'eugenetica; oppure che, con il determinismo biologico, si possa arrivare a giustificare degli atteggiamenti violenti in quanto geneticamente programmati.

Nonostante ciò, ci sono comunque evidenze del coinvolgimento dei geni relativi al trasporto o scomposizione di neurotrasmettitori, come se-



rotonina e dopamina. Quest'ultima, ad esempio, agendo da generatore naturale di sensazioni euforiche, fa sì che queste sensazioni possano rafforzare in futuro la messa in atto di comportamenti energizzanti, come ad esempio quelli aggressivi (Ferguson e Beaver, 2009).

Circa il coinvolgimento della serotonina nell'aggressività è stata riscontrata una relazione, ma non è ancora chiaro se esista o meno un rapporto di tipo lineare. Baron-Cohen (2011) ha riportato una serie di ricerche che mostrerebbero come il gene della MAOA (monoamminossidasi-A) sia coinvolto nella rimozione di serotonina e dopamina nelle sinapsi: qualora questo gene fosse in quantità ridotte, andrebbero ad aumentare i comportamenti antisociali e si ridurrebbero le dimensioni di amigdala e cingolato anteriore. In una review del 2015 si è invece riportato come bassi livelli di triptofano (precursore della serotonina) aumentassero la risposta aggressiva in soggetti non clinici. È possibile ritenere quindi che la relazione con questo neurotrasmettore sia complessa e che coinvolga circuiti neurali paralleli mediati dall'azione delle zone frontali (Rosell e Siever, 2015). In effetti, le scarse prestazioni della funzionalità del lobo frontale possono portare a una disregolazione dell'aggressività, in quanto i sistemi frontali svolgono ruoli di modulazione del senso di ostilità (Walters, Harrison, Campbell e Harrison, 2016; Chester e DeWall, 2018).

Sebbene ci sia un accordo sul collegare i fattori neurobiologici a fattori individuali, non si riesce attualmente a definire quali siano più validi e affidabili (Loeber e Pardini, 2008): il tutto diviene poi maggiormente più difficile se la somma delle interazioni gene-ambiente comportino un rischio maggiore della somma dei singoli fattori di rischi, rendendo più arduo identificare una precisa traiettoria di sviluppo dei comportamenti aggressivi (Taylor e Kim-Cohen, 2007). Pertanto, i sistemi dinamico-interpersonali nei quali il soggetto è immerso possono essere solo un punto di par-

tenza per la comprensione dell'organizzazione biologica del comportamento umano, del processo decisionale e del concetto di Sé (Golding e Fitzgerald, 2019).

L'APPRENDIMENTO OSSERVAZIONALE

Limitarsi ad una visione biologicamente determinata dell'aggressività, convincendosi che un senso di malvagità sia proprio dell'uomo, tenderebbe a rendere però più comprensivo il bisogno di violenza dell'umanità. Che si creda alla dottrina del peccato originale o alla teoria istintuale freudiana, il bisogno di danneggiare l'altro diventerebbe quasi una realtà non controllabile: è quasi come se l'uomo preferisse credersi intrinsecamente colpevole piuttosto che responsabile delle proprie azioni (De Zulueta, 2006).

Per avere un quadro completo dobbiamo quindi prendere anche in considerazione le influenze ambientali del comportamento umano. Bandura e Baron, ad esempio, ritenevano che per comprendere l'aggressività bisognasse capire quali erano state le precedenti esperienze di vita dell'individuo e in che modo percepiva una data situazione, quali erano i processi di acquisizione di modelli, le norme culturali e se il soggetto fosse cresciuto imitando certi atteggiamenti, gli stereotipi culturali e gli schemi mentali acquisiti. Il rinforzo o meno di queste condotte apprese avrebbe portato ad un loro mantenimento nel repertorio comportamentale (Bricolo et al., 2006).

Seguendo la teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (1973), si è notato infatti come le persone si comporterebbero in modo aggressivo in seguito ad un apprendimento osservazionale di tali agiti:

vivere in un contesto con alti livelli di violenza di quartiere, così come assistere ad episodi violenti nella propria famiglia d'origine, può far sì che i figli possano a loro volta comportarsi in egual modo nelle loro famiglie, accrescendo anche la convin-

zione della legittimità della violenza stessa come opzione da considerare in date circostanze (Delsol e Margolin, 2004; Abo-Zena, 2017).

La messa in atto di tali condotte apprese, comporterebbe poi un successivo uso di strategie di coping per ridurre la propria responsabilità, non sviluppando una reale percezione della gravità del problema e tendendo a normalizzare l'aggressività (Rivas-Rivero e Bonilla-Algovia, 2022).

L'OGGETTIVAZIONE E LA VERGOGNA

La perpetrazione degli atti violenti, non rimane l'unico fattore da tenere in considerazione: l'ostilità andrebbe considerata in relazione anche ad un modo di relazionarsi con l'altro legato ad una sua oggettivazione (Pezza e Bellotti, 1995).

Quando non vi è un riconoscimento dell'alterità, si può tendere a non considerare l'aggressività come "insensata", in quanto la si giustifica tenendo conto delle proprie convinzioni politiche, personali, sociali o religiose: con un agito aggressivo – non necessariamente fisico, ma anche verbale o emotivo – si tende a subordinare l'altro disumanizzandolo od opprimendolo e si assolve il proprio comportamento come se al servizio di cause degne, tralasciando un'analisi profonda del perché sia stato messo in atto (Abo-Zena, 2017).

La violenza nei confronti del partner, ad esempio, avviene in quanto l'altro è visto come oggetto al proprio servizio, tendendo poi ad abusarne in virtù di proprie convinzioni o stereotipi (Chester e DeWall, 2018).

Nella comprensione del comportamento violento non è inoltre da sottovalutare il ruolo che la persona assume agli occhi dell'altro. Quando sentiamo di essere in una posizione non paritaria o in uno stato di denigrazione, si potrebbe generare in noi un sentore di vergogna e l'emersione di una ferita narcisistica data dal senso di disconnessione dall'altro. Se il riconoscimento della nostra

identità viene negato, il rifiuto che ne risulta potrebbe far aumentare un'aggressività energizzante che ci permetterebbe in un certo senso di riacquistare un'identità allo sguardo altrui (De Zulueta, 2006).

La vergogna di essere stati isolati o rifiutati spesso può non essere riconosciuta (Scheff, 2011), ma potrebbe essere un'ulteriore spiegazione della violenza contro i partner, nel momento in cui c'è una riattivazione del sentimento doloroso del rifiuto (Chester e DeWall, 2018).

Quando non siamo attenti agli altri, ci troviamo a rapportarci alle persone come se fossero cose, ignorandone la soggettività, i pensieri e i sentimenti (Baron-Cohen, 2011) e, nonostante sia importante promuovere la resilienza individuale, si dovrebbe fare di più per ridurre i messaggi o i comportamenti tossici che non permettono di rivolgersi agli altri in modo civile: ad esempio, non ci si dovrebbe limitare ad aiutare il bullizzato, quanto anche il bullo a smettere di fare il bullo riflettendo sul perché di tali atteggiamenti (Abo-Zena, 2017).

LO STILE PEDAGOGICO VIOLENTO

Verrebbe a questo punto da chiedersi in che modo si possano limitare certi comportamenti. Secondo una data cultura, i genitori potrebbero impartire punizioni ai propri figli in modo da far gli acquisire una coscienza che gli impedirebbe di mettere in atto un comportamento anti-sociale, per la paura di una nuova punizione (Eyensek, 1979). In effetti, un marito che picchia la moglie potrebbe essere accusato di aggressione, un adolescente che picchia il padre potrebbe essere accusato di aggressione, ma un padre che picchia un figlio potrebbe usare la carta della punizione ritenuta pedagogicamente accettabile.

Questo può essere l'inizio dell'apprendimento di comportamenti aggressivi che andrebbero poi a perpetrarsi con i figli o con le persone in generale (Saunders e Goddard, 1998).



In una review di 69 studi longitudinali si è infatti mostrato come l'uso di punizioni fisiche da parte dei genitori è associato ad un aumento dei problemi comportamentali dei bambini, compresa l'aggressività; ad un non miglioramento delle capacità cognitive, della reattività allo stress o dei comportamenti prosociali; a come le punizioni fisiche aumentino il rischio di maltrattamento; a come i comportamenti esternalizzanti dei bambini vadano peggiorando in seguito a punizioni fisiche (Heilmann, Mehaway, Watt et al., 2021).

Andrebbero dunque fornite istruzioni ai genitori sulle alternative da poter mettere in atto: magari favorendo l'osservazione del comportamento dei figli per aiutarli a ragionare e a comprendere meglio le conseguenze dei loro atti. In tal modo si migliorerebbe la competenza, l'efficacia e la salute psicologica dei genitori e dei figli (Durrant e Ensom, 2012).

Una soluzione pedagogica di tipo corporale sembra avere un legame con la mancanza di una presenza emotiva da parte dei genitori (Gershoff, Goodman, Miller-Perrin et al., 2018).

LE RELAZIONI DI ATTACCAMENTO

I comportamenti aggressivi, possono svilupparsi in un ambiente familiare poco sereno. Qualora però si sia sviluppato con i propri genitori un attaccamento sicuro, i soggetti possono acquisire una capacità di regolazione delle emozioni tale da poter evitare l'esternalizzazione di agiti (Oliveros e Coleman, 2021).

L'attaccamento è inteso come un legame emotivo profondo e duraturo, ed è caratterizzato da comportamenti specifici nei bambini, come ad esempio ricercare la vicinanza della figura di attaccamento quando sono turbati o minacciati, in quanto in lei rivedono una base sicura in grado di fornire sicurezza, protezione e sopravvivenza. La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969) fornisce una spiegazione di

come la relazione genitore-bambino influenza lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo del bambino (McLeod, 2009). In base alla qualità affettiva del legame e alla disponibilità del caregiver, l'attaccamento andrà poi a classificarsi in sicuro, ansioso-evitante, ansioso-ambivalente o insicuro, con la possibilità di identificarlo tramite misure standardizzate quali la Strange Situation o l'Adult Attachment Interview (Pazzagli, 2007).

L'importanza dell'attaccamento ci è dimostrata anche da Panksepp che, nei sette sistemi emotivi di base nei mammiferi, inserisce il sistema del CARE corrispondente alla cura infantile: il bisogno di nutrire e proteggere la prole è un qualcosa filogeneticamente determinato tanto da sentirne il bisogno, da favorire una relazione soddisfacente tra partner adulti (Montag e Panksepp, 2017) e da garantire, lavorando neuro-dinamicamente con gli altri sei, un aumento di adattabilità di sentimenti, percezioni, pensieri e comportamenti individuali (Davis e Panksepp, 2011). Il legame che si crea nella cura sarà dunque determinante al punto che la sua rottura provocherà un sentimento doloroso di separazione connotato da elementi di angoscia, con conseguenze psicobiologiche tanto profonde da modificare la modulazione del dolore da parte di sostanze chimiche endogene (oppiodi endogeni) e la qualità del dolore fisico (Panksepp, 2005).

Nel momento in cui si instaura un attaccamento sicuro tra il bambino e il caregiver, questo può fungere da fattore protettivo per diverse sintomatologie o cambiamenti cognitivi ed emotivi, che potrebbero inficiare sul funzionamento psicosociale (Casale, 2007; Babore, Candelori, Trumello e Marino, 2013; Babore, Trumello, Candelori, Paciello e Cerniglia, 2016; Zhou, Li, Tan e Huebner, 2020)

L'importanza delle prime relazioni di attaccamento si rivela ulteriormente fondamentale

nello sviluppo di una componente auto-riflessiva e interpersonale. Grazie all'attaccamento è possibile l'emersione della "funzione riflessiva", cioè quella capacità di capire sé stessi e gli altri in termini di sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri.

Questo costrutto è l'operazionalizzazione del concetto di "mentalizzazione", che rappresenta l'abilità di cogliere l'esistenza di stati mentali propri e altrui al fine di comprenderne il comportamento; una facoltà che si acquisisce solo contestualmente al rapporto caregiver-bambino (Fonagy e Target, 2003; Baldoni, 2008).

Nella dissertazione di questo articolo, lo stile di attaccamento acquista valore in quanto un'interazione empatica discontinua o assente tra

una figura di accudimento e un figlio, andando ad influenzare i processi regolatori neuro-psi-co-biologici, può portare a disfunzioni nella regolazione emotiva e ad una prevalenza di affetti negativi per la mancanza di controllo degli impulsi (Schore, 1994; Panksepp e Kellner, 2004; Mucci, 2018): l'aggressività (Garofalo, Neumann e Velotti, 2021; Halmos, Leone, Parrott e Eckhardt, 2021), come anche l'abuso di alcol (Capraro, Ardino, Gori e Caretti, 2014), gli stati ansiosi (Sudbrack, Manfro, Kuhn, de Carvalho, Lara, 2015), alcuni disturbi di personalità e dell'umore (Carvalho et al., 2014; Dias, Sales, Hessen, Kleber, 2014) e l'auto-svalutazione (Chen & Qin, 2020), sono stati dunque associati alla mancanza di una base sicura e di strategie di regolazione emotiva, che non permettono lo sviluppo di un senso di cura di sé e di agency,





di comprensione dei propri e altri bisogni e di buona autostima (La Marca, Minghetti, Baldoni, Schimmenti, 2015).

UNA TRASMISSIONE

INTERGENERAZIONALE DELLA VIOLENZA

Attraverso la manifestazione di episodi violenti o di trascuratezza nelle famiglie, i bambini riattualizzerebbero in maniera transgenerazionale la violenza con i loro futuri figli (Lovic, Gonzalez e Fleming, 2001; Delsol e Margolin, 2004; Maestripietri, Lindell e Hugley, 2007).

La perpetrazione di episodi a cui si è assistito, però non ha solo a che fare con la ripetizione dei comportamenti aggressivi stessi quanto anche alla ri-vittimizzazione.

Se pensassimo per un attimo all'esperimento di Milgram (1961) sull'obbedienza all'autorità, vedremmo come, davanti a uno sperimentatore autoritario, i partecipanti continuavano a somministrare scosse elettriche, svolgendo una funzione di vittima obbediente nei confronti dello sperimentatore e di aggressore nei confronti di chi stava subendo le scosse (che in realtà non riceveva ma simulava grida di dolore in base all'intensità delle scosse che avrebbe ricevuto). Il tutto, dopo essersi assicurati la responsabilità dello stato di salute della persona nella stanza adiacente fosse tutta dello sperimentatore che incentivava a dare le scosse. Il procedere nell'aumentare la tensione elettrica obbedendo agli incoraggiamenti del ricercatore senza preoccuparsi realmente del dolore provato dalla persona nella stanza affianco, farebbe pensare a una disumanizzazione dell'altro data da uno scaricarsi delle proprie responsabilità morali e da una non consapevolezza delle proprie azioni (De Zulueta, 2006).

Assumere la posizione di vittima e aggressore, per un apprendimento dell'obbedienza all'autorità e per una successiva perpetrazione di atti aggressivi senza sentire colpe e senza rendersi

conto della disumanizzazione addossata all'altro, è stato anche considerato come uno dei fattori che potrebbe aver portato all'instaurarsi dei regimi totalitari e agli orrori dell'Olocausto (Miller, 1980).

La trasmissione intergenerazionale della violenza potrebbe creare però delle differenze di genere: la dominanza sociale dell'uomo, creerebbe una situazione di repressione sulle donne tale che la ripetizione della relazione vittima-aggressore rientri in una reiterazione della realtà culturale (Mucci, 2018). La violenza nei confronti delle donne rimane ancora una piaga sociale, ma non bisogna dimenticare come la messa in atto di comportamenti violenti sia un fenomeno che può coinvolgere chiunque: in un'indagine ISTAT (2018) si evince come in Italia ci sia un 18,8% degli uomini che ha riferito di aver subito molestie nel corso della sua vita, sebbene il dato relativo alle donne purtroppo superi il 43%.

IL RIFIUTO DEL FEMMINILE

Nelle società patriarcali, la mascolinità richiede che i bambini crescano rifiutando le caratteristiche di una madre "sufficientemente buona": i valori della tenerezza, dell'accudimento, dell'accoglienza e comprensione emotiva associati alla prima relazione di attaccamento del bambino, devono essere quanto più possibile rimossi e attribuiti "all'altro" femmina in modo da preservare l'idea di virilità. Si tenderebbe dunque a separarsi, oltre che dall'esterno, anche dal mondo interno della madre e dalla sua "femminilità", rifiutando una vera e propria identificazione con essa. Per far sì che il processo di virilità si compia, il Sé maschile in via di sviluppo si distacca dalla donna, che finisce per essere scissa e disumanizzata.

Questo processo di sviluppo può essere considerato alla base del divario sociale che si instaura tra uomo e donna e delle violenze che quest'ultime subiscono. Ci permette inoltre di

comprendere perché solitamente il maschio omosessuale viene rifiutato e allontanato dal maschio eterosessuale convenzionale: basando la propria identità su tutto ciò che non è femminile, l'omosessuale rappresenterebbe una minaccia alla mascolinità poiché rimetterebbe in discussione l'idea di "maschio" con cui l'identità eterosessuale si è formata (De Zulueta, 2006).

IL MODELLO GAM

In base a quanto descritto sopra, l'aggressività non è un tema semplice: i fattori in gioco sono molti e la relazione tra loro non è sempre così lineare. Proprio per questo, qualche anno fa è stato formulato un modello che riassumesse i vari contributi dati alla comprensione dell'aggressività umana, considerando il ruolo dei fattori biologici, sociali, cognitivi e di sviluppo: il General Aggression Model (GAM).

Il modello parte dal definire le componenti genetiche e ambientali come i "fattori distali" che si trovano all'origine dello sviluppo della personalità dell'individuo.

Durante lo sviluppo del soggetto, questo acquisirà delle "strutture di conoscenza" che influiranno sulle percezioni, interpretazioni, decisioni, cognizioni e comportamenti. Se durante il suo sviluppo la persona ha imparato che gli atteggiamenti aggressivi sono normali e accettabili, se ha appreso degli schemi percettivi tali da considerare ostili degli stimoli ambigui, se ha sviluppato un'allerta che gli faccia spesso percepire un'aggressione imminente da parte di altri e se ha imparato a considerare gli agiti come soluzioni ai problemi, la persona crescerà con strutture di conoscenza di tipo aggressivo che aumenteranno la probabilità di reagire agli eventi in quel modo.

Vengono introdotti a questo punto i "fattori prossimali": l'individuo con la propria personalità e le proprie strutture di conoscenza acquisite,

nel momento in cui si ritrova in mezzo a variabili situazionali (come ad esempio una provocazione), subirà un'alterazione dei tre stati interni attuali (gli affetti, le cognizioni e lo stato d'attivazione) che possono influenzarsi a vicenda. In tal modo, l'affetto può influenzare la cognizione e l'attivazione (ad esempio sentirsi arrabbiati può incoraggiare pensieri ostili e aumentare l'arousal) come la cognizione e l'attivazione possono influenzare l'affetto (ad esempio l'interpretazione di una situazione in modo ostile può aumentare la rabbia, che a sua volta può aumentare l'arousal).

A questo punto c'è una fase di output, nella quale il soggetto valuta che tipo di comportamento mettere in atto. Una valutazione immediata della situazione, avvenendo in modo immediato e senza sforzo cognitivo, può portare a rispondere a una provocazione agendo in maniera impulsiva. Nel caso in cui ci sia una ri-valutazione cognitiva dell'evento, e qualora il soggetto abbia risorse disponibili, si potrà giungere a una risposta ponderata, prendendo in considerazione soluzioni o spiegazioni alternative (Anderson e Bushman, 2002; Allen, Anderson e Bushman, 2018).

Nonostante la presa in considerazione di varie teorie, il GAM è stato criticato per il suo apparente ancorarsi esclusivamente al qui ed ora. In prima analisi il GAM potrebbe sembrare che concentri la propria attenzione su come gli stati interni attuali determinino un output aggressivo, non prendendo in considerazione l'importanza del passato e del futuro. Soffermandoci di più però noteremo come "il presente può influenzare il futuro in almeno due modalità: cambiando le credenze relativamente durature e gli atteggiamenti attesi delle persone. (...) Il presente è influenzato dal passato attraverso le credenze delle persone e le attese su come gli altri agiranno, i loro obiettivi e i loro piani.

Così il GAM pone l'attenzione sugli stati interni e a come questi si riferiscono a ciò che le persone portano negli episodi presenti dal passato,



mostrando come gli episodi presenti possono influenzare futuri fattori situazionali e personali e conseguenti valutazioni e processi di decisione che guidano l'aggressività" (Salerno e Giuliano, 2012, pp. 29-30)

AGGRESSIVI VERSO DI SÉ: L'AUTOLESIONISMO

Abbiamo parlato finora di aggressività intendendola come rivolta verso qualcun altro; in realtà però ci sono anche atti aggressivi che vengono rivolti vero se stessi, per i quali apriamo una breve parentesi. L'autolesionismo è inteso come l'atto di arrecare deliberatamente un danno al proprio corpo e sembra avere un picco di casi nell'adolescenza. Sebbene questi comportamenti siano riscontrabili in alcuni disturbi psichiatrici, possono essere registrati anche in popolazioni non cliniche come strategia per regolare le emozioni ed alleviare i sentimenti negativi, che altrimenti non troverebbero ulteriore sfogo espressivo (Norman e Borrill, 2015).

Possono ritrovarsi anche in soggetti che percepiscono un forte senso di isolamento sociale: in assenza di figure di accudimento disponibili, l'autolesione permetterebbe una comunicazione più diretta e drammatica del proprio malesere interiore, qualora non sia possibile esprimere o comprenderlo attraverso le parole (Verrocchio e De Canio, 2011). I caregiver che rispondono in modo critico, invadente e che non danno un adeguato supporto emotivo, potrebbero dunque creare un ambiente affettivo negativo tale da causare un dolore psichico, che porterebbe il soggetto che non ha sviluppato strategie di regolazione emotiva adatte ad auto-ferirsi (Rogier, Petrocchi, D'aguanno e Velotti, 2017; Kennedy-Turner, Sawrikar, Clark et al., 2022).

Visto ciò, ci si è chiesti quale potrebbe essere il processo che porterebbe al sollievo dal dolore emotivo: si è ipotizzato allora un ruolo degli opioidi endogeni nella regolazione emotiva, ma la loro azione non è stata ancora completamen-

te chiarita (Kirtley, O'Carroll e O'Connor, 2015).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abo-Zena, M.M. (2017). Exploring the Inter-connected Trauma of Personal, Social, and Structural Stressors: Making "Sense" of Senseless Violence. *The Journal of Psychology*, 151, 1, 5-20.
- Allen, J.J., Anderson, C.A., & Bushman, B.J. (2018). The General Aggression Model. *Current opinion in psychology*, 19, 75–80.
- Anderson, C. & Bushman, B. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*. 53, 27-51.
- Babore, A., Candelori, C., Trumello, C. & Marino V. (2013). Depressive symptomatology in late childhood: Links with parent-child attachment. 6th International Attachment Conference (August 30 – September 1, Pavia, Italy)
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M. & Cerniglia, L. (2016). Depressive Symptoms, Self-Esteem and Perceived Parent-Child Relationship in Early Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 7, 982.
- Bacciagaluppi, M. (2004). Violence: Innate or acquired? A survey and some opinions. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32, 3, 469 – 481.
- Baldoni F. (2008), Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva (in Crocetti G., Zarri A. (a cura di): *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia-madre al bambino* – Pendragon, Bologna).
- Baron-Cohen, S. (2011). *La scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Bricolo, F., Gentile, D., Mozzoni, M. & Serpelloni, G. (2006). I videogiochi violenti possono indurre comportamenti aggressivi nei ragazzi? I contributi delle scienze di neuroimaging. *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*, 113- 122.
- Capraro, G., Ardino, V., Gori, A., Caretti, V. (2014). The Relationships between Early Trauma, Dissociation, and Alexithymia in Alcohol



- Addiction. *Psychiatry Investigation*, 11, 3, 330–335.
- Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Lowe, B., Wolf, O.T., Spitzer C. & Driessen, M. (2014). The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15, 384–401.
 - Casale, P. (2007). *Psicopatologia nell'arco della vita*. Firenze: Seid Editori.
 - Chen, C. & Qin, J. (2020). Emotional Abuse and Adolescents' Social Anxiety: the Role of Self-Esteem and Loneliness. *Journal of Family Violence*, 35, 497–507.
 - Chester, D.S., & DeWall, C.N. (2018). The roots of intimate partner violence. *Current opinion in psychology*, 19, 55–59.
 - Davis, K.L. & Panksepp, J. (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 9, 1946–1958.
 - De Zulueta, F. (2006). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.
 - Delsol, C. & Gayla, M. (2004). The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration, *Clinical Psychology Review*, 24, 1, 99–122.
 - Dias, A., Sales, L., Hessen, D.J. & Klber, R.F. (2014). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abu-



- se. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 767-778.
- Durrant, J., & Ensom, R. (2012). Physical punishment of children: lessons from 20 years of research. *CMAJ*, 184(12), 1373-1377.
 - Esmail, A. (2007). Towards a psycho-anthropological view of religious violence. *International review of psychiatry*, 19, 243-251.
 - Eysenck, H.J. (1979). The origins of violence. *Journal of medical ethics*, 5, 105-107.
 - Ferguson, C.J. & Beaver, K.M. (2009). Natural born killers: The genetic origins of extreme violence. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 5, 286-294.
 - Garofalo, C., Neumann, C.S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and Aggression: The Role of Emotion Dysregulation. *Journal of interpersonal violence*, 36, 23-24.
 - Gershoff, E., Goodman, G., Miller-Perrin, C., Holden, G., Jackson, Y. & Kazdin, A. (2018). The strength of the causal evidence against physical punishment of children and its implications for parents, psychologists, and policymakers. *American Psychologist*, 73, 626-638.
 - Glazebrook, K., Townsend, E. and Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45, 664-678.
 - Golding, P., & Fitzgerald, H.E. (2019). The early biopsychosocial development of boys and the origins of violence in males. *Infant mental health journal*, 40, 5-22.
 - Halmos, M.B., Leone, R.M., Parrott, D.J., & Eckhardt, C.I. (2021). Relationship Dissatisfaction, Emotion Regulation, and Physical Intimate Partner Aggression in Heavy-Drinking, Conflict-Prone Couples: A Dyadic Analysis. *Journal of interpersonal violence*, 36, 9-10.
 - Heilmann, A., Mehay, A., Watt, R.G., Kelly, Y., Durrant, J.E., van Turnhout, J., & Gershoff, E.T. (2021). Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective stu- dies. *Lancet*, 398, 355-364.
- ISTAT (2018). Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro. *Statistiche Report*, 1-28.
 - Kennedy-Turner, J., Sawrikar, V., Clark, L. & Griffiths, H. (2022). Do attachment-related differences in reflective functioning explain associations between expressed emotion and youth self-harm?. *Current Psychology*
 - Kirtley, O.J., O'Carroll, R.E. & O'Connor, R.C. (2015). The role of endogenous opioids in non-suicidal self-injurious behavior: Methodological challenges. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 186-189.
 - La Marca, L., Minghetti, M., Baldoni, F. & Schimmenti, A. (2015). Trascuratezza emotiva e sviluppo della personalità: un'esemplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo Adult Attachment Interview. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34, 1, 3-25.
 - Loeber, R., & Pardini, D. (2008). Neurobiology and the development of violence: common assumptions and controversies. *Biological sciences*, 363, 2491-2503.
 - Lovic, V., Gonzalez, A., & Fleming, A.S. (2001). Maternally separated rats show deficits in maternal care in adulthood. *Developmental psychobiology*, 39, 19-33.
 - Maestripieri, D., Lindell, S.G. & Higley, J.D. (2007). Intergenerational transmission of maternal behavior in rhesus macaques and its underlying mechanisms. *Developmental Psychobiology*, 49, 165-171.
 - Miller, A. (1980). *La persecuzione del bambino. Le radici della violenza*. Trad. it. Torino: Bollati Boringheri, 2008.
 - Montag, C. & Panksepp, J. (2017). Primary Emotional Systems and Personality: An Evolutionary Perspective. *Frontiers in Psychology*, 8, 464.
 - Moser, D.A., Paoloni-Giacobino, A., Stenz, L., Adouan, W., Manini, A., Suardi, F., Cordero, M.I., Vital, M., Sancho Rossignol, A., Rusconi-Serpà, S., Ansermet, F., Dayer, A.G., & Schechter, D.S. (2015). BDNF Methylation and Maternal Brain Activity in a Violence-Related Sample.

- PloS One*, 10, 12.
- Mucci, C. (2018). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2020.
 - Neumann, I., Veenema, A. & Beiderbeck, D. (2010). Aggression and anxiety: social context and neurobiological links. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4.
 - Norman, H. & Borrell, J. (2015). The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 405– 419.
 - Oliveros, A.D., & Coleman, A.S. (2021). Does Emotion Regulation Mediate the Relation Between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19–20), 9416–9435.
 - Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 30–80.
 - Panksepp, J., & Zellner, M.R. (2004). Towards a neurobiologically based unified theory of aggression. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 17, 37-62.
 - Pazzaglia C. (2007), Psicopatologia Evolutiva (in *Psicopatologia nell'arco della vita* di Casale P. – Seid Editori).
 - Pezza, P.E. & Bellotti, A. (1995). College campus violence: Origins, impacts, and responses. *Educational Psychology Review*, 7, 105–123.
 - Rivas-Rivero E. & Bonilla-Algovia E. (2022). Violence in the family of origin and socialization in male perpetrators of intimate partner abuse. *Behavioral Psychology*, 30, 2, 533 – 548.
 - Rogier, G., Petrocchi, C., D’aguanno, M., & Velotti, P. (2017). Self-harm and Attachment in Adolescents: What is the Role of Emotion Dysregulation? *European Psychiatry*, 41, 222.
 - Rosell, D., & Siever, L. (2015). The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectrums*, 20, 254-279.
 - Salerno, A. & Giuliano, S. (2012). *La violenza indicibile. L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali*. Milano: Franco Angeli.
 - Saunders, B., & Goddard, C. (1998). Why do we condone the ‘physical punishment’ of children? *Children Australia*, 23(3), 23-28.
 - Scheff, T.J. (2011). Social-emotional origins of violence: A theory of multiple killing. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 6, 453–460.
 - Spitoni, G., Zingaretti, P., Giovanardi, G., Antonucci, G., Galati, G., Lingiardi, V., Cruciani, G., Titone, G. & Boccia, M. (2020). Disorganized Attachment pattern affects the perception of Affective Touch. *Scientific Reports*, 10.
 - Sudbrack, R., Manfro, P.H., Kuhn, I.M., De Carvalho H.W. & Lara, D.R. (2015). What doesn’t kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 123–129.
 - Taylor, A., & Kim-Cohen, J. (2007). Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 19, 4, 1029–1037.
 - Verrocchio, M.C., De Canio, G., (2011). I comportamenti autolesivi: una rassegna della letteratura sulle principali caratteristiche del fenomeno. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 17, 1, 29-56.
 - Walters, R.P., Harrison, P.K., Campbell, R.W., & Harrison, D.W. (2016). Frontal lobe regulation of blood glucose levels: support for the limited capacity model in hostile violence-prone men. *Brain informatics*, 3, 4, 221–231.
 - Zhou, J., Li, X., Tian, L. & Huebner, E.S. (2020). Longitudinal association between low self-esteem and depression in early adolescents: The role of rejection sensitivity and loneliness. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93, 54–71.

SITOGRAFIA

- McLeod, S.A. (2009). Teoria dell’attaccamento. Estratto da www.simplypsychology.org/attachment.html



I SERIOUS VIRTUAL REALITY GAMES (GIOCHI SERI IN REALTÀ VIRTUALE) NELLA RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Federica Doronzo

Docente universitaria di "Psicologia generale" e "Tecnologie dell'istruzione e dell'apprendimento" - Università Pegaso

Psicologa ad indirizzo neuropsicologico
- Studio Neuroscienze e Salute

RIASSUNTO

L'applicazione della realtà virtuale (VR) sta attirando l'interesse di clinici e ricercatori in vari campi come quello neuropsicologico, neurorabilitativo, educativo e sociale. È stato dimostrato da Liao e colleghi (2020) che l'interazione tra la mente umana e la realtà virtuale migliora le funzioni cognitive e lo stato psichico riuscendo a favorire il benessere sia del soggetto sano e che del paziente affetto da disturbo mentale (stati di alterazione patologica che colpiscono in vario modo le funzioni cognitive, la sfera affettiva, il comportamento o la qualità delle relazioni interpersonali). Di recente è quindi nato un nuovo filone di ricerca di ambito neuropsicologico che studia gli ambienti riabilitativi virtuali. Una delle

applicazioni della VR in fase di sperimentazione è il "serious virtual reality game" (SVRG), cioè una tipologia di giochi seri in VR realizzati per uno scopo primario diverso dall'intrattenimento, come quello educativo o riabilitativo, che adottano gli attributi del videogioco per il miglioramento delle performance cognitive e della qualità della vita.

L'obiettivo di questo saggio è indagare il correlato neuroplastico degli effetti psico-cognitivi e motori della realtà virtuale, e in particolare dei SVRG, attraverso un'analisi della letteratura. La plasticità neurale rappresenta il substrato attraverso il quale il sistema nervoso, danneggiato o disfunzionale, cambia in risposta alla riabilita-



zione, è pertanto un processo fondamentale da studiare per costruire dei trattamenti dei disturbi mentali più efficaci.

Si conclude che la realtà virtuale, e in particolare i SVRG, sono associati al miglioramento dei deficit cognitivi, psicologici e motori nei disturbi mentali e il correlato neurale del cambiamento comportamentale è caratterizzato dalla riparazione, anche se parziale, del danno subito o dalla ristrutturazione delle reti di attivazione neurale.

PAROLE CHIAVE

Riabilitazione neuropsicologica, serious game, realtà virtuale.

INTRODUZIONE

La riabilitazione neuropsicologica, che opera per il miglioramento dei sintomi psico-cognitivi, muove su due fronti: l'approccio restitutivo (recupero) punta a riportare la funzione compromessa all'efficienza pre-morbosa e l'approccio sostitutivo (compensazione) si prefigge di sti-

molare una funzione per sopperire a quella deficitaria. I due approcci non si escludono a vicenda ma possono essere integrati e attuati attraverso due categorie di strumenti: tradizionali (esercizi vocali o con carta e penna, e ausili come agende e registratori) e computerizzati. La riabilitazione computerizzata adotta il digitale in 2D o la realtà virtuale (VR) in 3D proponendo esercizi specifici e serious game (videogiochi a fini riabilitativi o educativi).

La realtà virtuale permette di trasportare le persone in un'esperienza, non reale, ad "alta immersione": il soggetto sente di essere incarnato e quindi di "esistere" all'interno dell'ambiente virtuale (processi definiti *body ownership* e *self-location*). La realtà virtuale immersiva (IVR) nasce nell'ambito del trattamento dei disturbi psichici ma successivamente ha attirato l'interesse di clinici e ricercatori in vari campi come quello neuropsicologico, psichiatrico, neuromotorio, educativo e socioculturale. La IVR consente agli utenti di interagire con ambienti virtuali simulati che



riproducono azioni e compiti cognitivi tipici della vita reale. Gli ambienti virtuali (VE) permettono quindi di presentare all'utente informazioni sensoriali multimodali complesse e suscitano un sostanziale senso di realtà e autopercezione dell'azione nonostante sia condotta artificialmente (Adamovich et al., 2010).

È stato dimostrato che l'interazione tra mente umana e realtà virtuale migliori le funzioni cognitive, riduca i sintomi neuropsicologici (Liao et al., 2020), promuova 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 influenzano positivamente lo sviluppo dell'empatia (Schutte & Stilinovic, 2017) e del Sé (Howard, 2019). Questi effetti sono determinati dalla possibilità, della realtà virtuale, di offrire allenamenti più intensi, ripetitivi e coinvolgenti rispetto a quelli tradizionali. Questo è dovuto a: (1) personalizzazione dei livelli di difficoltà, (2) restituzione in tempo reale dei feedback, (3) esperienze virtuali che motivano il paziente, (4) standardizzazione della riabilitazione e (5) sicurezza con cui si simula la vita quotidiana.

L'azienda Idego ha dimostrato l'efficacia in neuroriparazione del sistema VR *Cerebrum*, una app che consente di riabilitare domini cognitivi come la memoria e l'attenzione conducendo il paziente, attraverso un visore, in un mondo virtuale. Le pratiche riabilitative riprodotte in VR presentano un vantaggio unico rispetto alle pratiche in vivo, in quanto i protocolli di intervento possono essere regolati e gestiti costantemente (si pensi alla modulazione dell'intensità o della quantità di uno stimolo), ripetuti e adattati alle esigenze del paziente, e gli stimoli possono essere presentati gradualmente (Di Natale & Barbato, 2018). Inoltre, la VR risulta uno strumento che ben si presta al processo di cambiamento in psicoterapia, sia che si tratti di insight psicodinamici o di riorganizzazione degli schemi cognitivi (Barbato & Di Natale, 2019).

L'evidenza di portata maggiore che si associa alla VR è l'induzione di processi neuroplastici che rappresentano i correlati neurali del cambiamento osservato a livello psico-cognitivo e/o motorio.

La neuroplasticità è la capacità del cervello umano di adattarsi a determinate esperienze, ambienti e relazioni interpersonali ed è mediata dall'attivazione o inibizione della trasmissione sinaptica, dal rimodellamento delle connessioni sinaptiche o delle spine dendritiche, dalla riorganizzazione della morfologia neuronale e da processi epigenetici (Markham & Greenough, 2004). L'evidenza diretta di questi cambiamenti molecolari non è facilmente tracciabile, ma il neuroimaging può certamente aiutare a fornire una prova di questi cambiamenti. Successivamente nel paragrafo "Correlazione tra l'adozione della realtà virtuale e processi neuroplastici" si indagherà quanto emerso in merito in letteratura.

La review di Georgiev et al. (2021) ha evidenziato che la VR consente, in proporzioni differenti in base a diversi fattori, il recupero dei deficit motori acquisiti, il miglioramento del tono dell'umore e delle funzioni cognitive e ha un impatto positivo sulla qualità della vita. Si osserva che la sostituzione del proprio corpo con uno virtuale comporta cambiamenti relativi alla percezione, all'atteggiamento e al comportamento che possono contribuire al recupero delle capacità perse o all'abilitazione di nuove competenze. Inoltre, poiché la realtà virtuale crea un'esperienza narrativa, essa è anche in grado di influenzare profondamente il modo in cui vediamo noi stessi e il mondo circostante.

Una delle applicazioni della VR sono i serious game ad alta immersione (*serious virtual reality game - SVRG*), sono giochi che si avvalgono della realtà virtuale per raggiungere obiettivi diversi dal semplice intrattenimento: favoriscono l'acquisizione di competenze e conoscenze, e motivano il paziente attraverso processi di *Entertainment*. La natura coinvolgente, determinata

dall'adozione dei principi dei videogames, assume quindi un ruolo fondamentale in quanto motiva le persone a dedicare più tempo alla formazione o alla riabilitazione.

Attraverso l'integrazione di modelli neuroscientifici e di ingegneria informatica, che progettano la grafica, la colonna sonora e le attività per il raggiungimento di obiettivi specifici, i serious game hanno un grande potenziale nella neuroriabilitazione cognitiva (Misha et al., 2016; Manera et al., 2017; Sokolov et al., 2018). I SVRG hanno il vantaggio di permettere il monitoraggio di molteplici misure, come il tempo di reazione, l'accuratezza della risposta, la durata e l'esito della pratica, nonché indicatori fisiologici come la frequenza cardiaca, la conduttanza cutanea, i movimenti oculari e l'attività cerebrale. Queste misure possono essere utilizzate per raccogliere i feedback in tempo reale e registrare dettagliatamente le prestazioni e la progressione dell'allenamento (deBettencourt et al., 2015) per gestire l'intervento e favorirne l'efficacia. A tal proposito nel paragrafo "Correlazione tra l'adozione dei serious virtual reality games e i processi neuroplastici" si approfondirà la relazione tra l'adozione dei serious virtual reality games e i processi adattivi di tipo neurale.



Figura 1 - Visore per la realtà virtuale

CORRELAZIONE TRA L'ADOZIONE DELLA REALTÀ VIRTUALE E PROCESSI NEUROPLASTICI

La ricerca applicata ha dimostrato il potenziale della VR nella stimolazione della plasticità ce-

rebrale favorendo l'efficacia della riabilitazione neuropsicologica. Tuttavia, è stato osservato che gli effetti sono più evidenti combinando i trattamenti VR con altre modalità terapeutiche come terapie standard, BCI (brain-computer interface) e stimolazione cerebrale non invasiva (Wen et al., 2021).

Il concetto di plasticità cerebrale si riferisce alla capacità del cervello di cambiare in risposta a fattori ambientali. Il processo si basa sul presupposto che lo sviluppo del cervello sia influenzato da esperienze sia fisiche che psichiche. A livello sistematico, è quindi la proprietà del sistema nervoso di adattarsi, cambiare, autoripararsi, imparare e memorizzare in risposta a due elementi significativi: i periodi critici e l'attività. La nozione di *periodo critico* spiega che il tempo di ricezione dei dati è cruciale per lo sviluppo cerebrale e che capacità significative possono essere perse o acquisite in modo limitato se la stimolazione non avviene al momento giusto. Il secondo concetto di *attività* si riferisce invece all'esperienza che ha la potenzialità di produrre apprendimenti e quindi cambiamenti del SN (Sistema Nervoso): i fattori psicologici, biologici o ambientali esercitano effetti a livello neurale. L'organizzazione cellulare cambia, i dendriti si ramificano, si formano nuove sinapsi e varia la concentrazione dei neurotrasmettitori (Makara-Studzińska et al., 2012).

Affinché questi adattamenti neurali vantaggiosi si presentino con l'adozione della VR, per migliorare o riacquisire le capacità deficitarie, è indispensabile che: i programmi di allenamento siano personalizzati al tipo di disabilità, deficit o difficoltà cognitiva, che si pianifichino obiettivi in modo graduale e che si implementino esercizi costanti monitorando gli esiti (Doronzo & Nardacchione, 2022). La maggior parte degli studi focalizzati sulla correlazione tra adozione della realtà virtuale e neuroplasticità si riferiscono a casi di ictus cerebrale, con conseguenti deficit neuromotori; pertanto, l'effetto neuroplastico è



stato studiato soprattutto in corrispondenza dei trattamenti VR per la riabilitazione motoria. Di seguito si forniscono le evidenze neuroplastiche associate all'adozione della VR in pazienti colpiti da ictus cerebrali riconponendo i risultati della systematic review di Doronzo e Nardacchione (2022).

Patel et al., (2019) hanno osservato una riduzione della compromissione della motilità della mano offesa nel gruppo sperimentale (trattato con VR), rispetto al gruppo di controllo trattato con terapie tradizionali. Il correlato neurale del miglioramento motorio si presenta con una riorganizzazione corticale del muscolo FDI (flexor digitorum superficialis) ipsilesionale. Dallo studio di Gauthier et al. (2017) è emersa un'associazione tra l'aumento del Range Of Motion (ROM) di mano e braccio e lo sviluppo di processi neuroplastici osservabili tramite i neuroimaging nei follow-up. La VAI (Virtual anatomical inte-

ractivity) determina incrementi significativi del volume di materia grigia nelle regioni motorie e premotorie dell'emisfero danneggiato, in associazione i pazienti riportano a livello comportamentale evidenti miglioramenti motori (Keller et al., 2020). Wang et al., (2017) hanno riscontrato uno spostamento dell'attivazione della SMC (sensorimotor cortex) dalle regioni ipsilaterali o bilaterali alle regioni contralaterali in soggetti avariati una compromissione delle capacità motorie relativa agli arti superiori, a questo cambiamento è corrisposto un miglioramento a livello motorio. Xiao et al., (2017) hanno osservato un aumento dell'attivazione nella corteccia sensomotoria primaria dell'emisfero danneggiato e nella SMA (supplementary motor area) bilateralemente e una maggiore ampiezza del movimento del piede.

Vourvopoulos et al. (2019) hanno dimostrato l'insorgenza di cambiamenti neuroplastici



che hanno determinato il reclutamento di aree, aventi precedentemente un funzionamento alterato, collocate nella corteccia motoria primaria e supplementare dell'emisfero lesionato. Lo studio di Goncalves et al., (2018) ha mostrato lo stesso risultato: una riorganizzazione corticale con una maggiore attivazione della corteccia sensomotoria che era stata danneggiata dallo stroke. Ballester et al. (2017) hanno osservato un aumento dell'eccitabilità corticospinale per i muscoli addettori brevi del pollice offeso e uno spostamento dell'attivazione corticale verso l'emisfero danneggiato. Inoltre, nei casi di grave compromissione del movimento degli arti si osservano cambiamenti della comunicazione cortico-spinale in risposta a riorganizzazioni neurali, l'effetto è un aumento dell'attività motoria volontiva e una riduzione delle contrazioni involontarie (Marin-Pardo et al., 2020). I miglioramenti neuromotori associati alla VR sono spiegabili anche da un'attivazione funzionale del sistema dei neuroni specchio nelle aree frontale, parietale e temporale in risposta all'interazione tra paziente e avatar.

Studi che si concentrano sulla riabilitazione di pazienti con disturbi mentali hanno dimostrato l'esistenza di processi neuroplastici localizzati anche nelle aree che regolano le capacità cognitive e le emozioni. Nello studio di Montana et al. (2019) emerge che gli ambienti virtuali facilitano la riabilitazione delle capacità mnestiche spaziali: promuovono i processi di plasticità cerebrale attraverso meccanismi complessi legati alla riattivazione delle funzioni di determinati neurotrasmettitori.

La riabilitazione visiva tramite VR, nei casi di ambliopia, si è dimostrata correlarsi ad un miglioramento del deficit visivo successivamente a processi neuroplastici (Coco-Martin et al., 2020). Nei soggetti con SCI (spinal cord injuries), in cui la VR si associa alle sensazioni tattili per rendere i movimenti più reali, il flusso bidirezionale di informazioni percettive e motorie,

combinando l'osservazione dell'azione e l'esecuzione dei movimenti degli arti inferiori, si è dimostrato utile per ricostruire le memorie motorie e migliorare le sinergie neuronali a livello della corteccia sensomotoria (Leemhuis et al., 2021). Il sistema adottato è chiamato *Toyra System* e crea l'illusione di controllare il movimento dell'avatar. Il trattamento VR è stato testato anche nei pazienti fobici mostrando un cambiamento dell'attivazione della rete neurale pre-frontale e un miglioramento del disturbo (Hinze et al., 2021).

È importante considerare che il recupero post-lesione segue per lo più una traiettoria non lineare raggiungendo livelli asintotici pochi mesi dopo l'evento neurologico. Questo pattern suggerisce l'esistenza di un periodo di elevata plasticità in cui il paziente sembra essere più reattivo al trattamento, la cosiddetta "finestra critica" per il recupero. Al fine di caratterizzare la struttura temporale del recupero, la ricerca clinica ha identificato una combinazione di meccanismi alla base della riparazione neurologica che sembra essere unica del cervello danneggiato, tra cui neurogenesi, gliogenesi, germogliamento assonale, riequilibrio dell'eccitazione e inibizione di specifici network (Ward, 2017).

Non si dimentichi tuttavia che la letteratura ha fornito prove evidenti a sostegno del dato che il cervello umano presenti, durante tutto l'arco della vita, nicchie neurogeniche (aree cerebrali ricche di cellule staminali di tipo neurale) localizzate nella zona sottogranaulare dell'ippocampo, nella zona sottoventricolare dei ventricoli laterali e nel giro dentato (Sawada & Sawamoto, 2013), fondamentali per il recupero del danno neurologico e lo sviluppo di nuove funzioni.

Quanto suddetto dimostra l'efficacia della VR in ambito sanitario ed inaugura nuovi metodi riabilitativi per ridurre i deficit cognitivi e motori o difficoltà affettivo-relazionali.



CORRELAZIONE TRA L'ADOZIONE DEI SERIOUS VIRTUAL REALITY GAMES E I PROCESSI NEUROPLASTICI

Negli ultimi decenni, lo stato dell'arte ha fatto emergere l'impatto positivo dei programmi di riabilitazione che si avvalgono della tecnologia (Lundqvist et al., 2010), tra questi interventi, l'uso di strumenti digitali basati sul gioco per la riabilitazione è in rapido aumento (Rego et al., 2014). Sebbene nel mercato psico-educativo e nella ricerca applicata numerosi siano i serious virtual reality games progettati, le evidenze relative al cambiamento neurale correlato all'adozione di questa tecnologia sono molto poche. Ciò è spiegato dal fatto che gli ambienti di apprendimento virtuali sono oggetto di indagine solo da pochi anni e gli studi condotti si concentrano maggiormente sul correlato comportamentale. È indispensabile ricordare che ogni apprendimento è l'effetto di un cambiamento neurale ed il cervello è in costante riorganizzazione in base ai diversi input ricevuti e al numero e alla tipologia delle stimolazioni.

Si premette che la riabilitazione cognitiva è la base teorica della progettazione e calibrazione delle attività proposte nei serious game; generalmente si utilizzano due approcci per trattare i deficit cognitivi (Shahmoradi et al., 2022): recuperare direttamente la funzione cognitiva compromessa o aiutare le persone a imparare o re-imparare come eseguire abilità specifiche. La logica di base del primo approccio è che la pratica di esercizi accuratamente selezionati ripristini i circuiti neurali danneggiati e la funzione dei processi cognitivi deficitari. La logica di base del secondo approccio è che nuovi processi neuropsicologici sostituiscono quelli danneggiati attraverso la pratica e sviluppano abilità individuali compensative (Park & Ingles, 2001; Lincoln et al., 2000).

Coles et al. (2007) hanno adottato serious game per educare alla sicurezza i bambini con disturbo intellettivo, e Prang et al. (2015) per riabilita-

re dei soggetti con disabilità sensoriale. Questi interventi si sono mostrati più efficaci nel raggiungimento degli obiettivi riabilitativi rispetto ai trattamenti tradizionali. Nei pazienti con ASD (Autism spectrum disorder), trattati con SVRG, sono emersi processi neuroplastici localizzati nel solco temporale superiore posteriore destro e nel giro frontale inferiore sinistro (Yang et al., 2018), il correlato comportamentale si è presentato con un miglioramento delle abilità emotive e sociali. Il SVRG è utile anche negli studenti normodotati, infatti si associa a processi neuroplastici e all'acquisizione di nuove competenze in soggetti sani: Ghoman e colleghi (2020) hanno fornito evidenze circa l'efficacia dei serious game per l'addestramento alla rianimazione neonatale degli operatori sanitari. Irmén et al. (2020), in un corso di formazione per medici con SVRG, hanno osservato cambiamenti significativi a livello sottocorticale dell'emisfero sinistro in corrispondenza della regione della corteccia premotoria ventrale.

Questo cluster si è associato all'acquisizione di capacità d'uso di nuove apparecchiature mediche come l'endoscopio. Emergono effetti neuroplastici anche nei soggetti con ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder): attraverso l'esplorazione virtuale di un nuovo ambiente sono riusciti a migliorare le loro capacità di memorizzazione (Baumann et al., 2020). Inoltre, le scansioni con fMRI, durante l'esecuzione del serious game *Re-Mission*, hanno mostrato un'attivazione robusta delle regioni mesolimbiche, associate alla motivazione incentivante, derivata dagli aspetti partecipativi del gameplay. Questo gioco ha mediato la promozione di comportamenti adattivi e insegnamenti di tipo psicoeducativo relativi alla chemioterapia in soggetti malati di cancro. Le analisi delle differenze individuali hanno anche rilevato che l'entità dell'attivazione paraippocampale dopo l'inizio del gioco si correla con atteggiamenti positivi nei confronti della chemioterapia valutati sia alla fine della sessione di scansione che al

follow-up un mese dopo (Cole et al., 2012). Kim et al. (2018) hanno studiato gli effetti di un serious game nelle donne con diagnosi di cancro al seno e depressione maggiore, da lieve a moderata, utilizzando il neuroimaging funzionale. Alle partecipanti del gruppo sperimentale "Game" è stato chiesto di giocare a "Hit the Cancer", invece le partecipanti del gruppo di controllo "Nongame" hanno ricevuto le cure tradizionali. Sono emerse delle variazioni circa la 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 manifestato con un miglioramento dei punteggi nella Beck Depression Inventory quindi una riduzione dei sintomi depressivi.

CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni, lo stato dell'arte ha fatto emergere l'impatto positivo dei programmi di riabilitazione che si avvalgono della tecnologia su una varietà di deficit e disabilità (Lundqvist et al., 2010). In particolare, l'adozione degli ambienti virtuali nei trattamenti neuropsicologici cambia il modo in cui le persone si percepiscono, pensano, risolvono problemi e svolgono attività cognitive e motorie. Con l'introduzione dei SVRG è possibile realizzare interventi efficaci e personalizzati al fine di migliorare i servizi sanitari erogati e promuovere il benessere della persona motivandola al trattamento. Dal presente saggio emerge che uno dei motivi per cui il SVRG è efficace nei trattamenti riabilitativi è l'indurre processi neuroplastici (la riorganizzazione corticale e la variazione dell'attivazione neurale) i quali correlano con il miglioramento delle capacità deficitarie e lo sviluppo delle potenzialità dell'individuo.

Si consideri che le tecnologie oggi sono alla portata di tutti, infatti bambini, ragazzi e giovani adulti accolgono con maggiore interesse e partecipazione apprendimenti e trattamen-

ti riabilitativi veicolati da strumenti innovativi non tradizionali. La VR, quindi, permette all'uomo di trascendere i propri limiti di tipo psico-cognitivo o senso-motorio integrandosi nel contesto socio-culturale e lavorativo e ridare dignità alle persone affette da patologie invalidanti. Gradualmente i continui miglioramenti della tecnologia, la facilitazione dell'accesso e la riduzione dei costi permetteranno la diffusione della riabilitazione computerizzata per il miglioramento della qualità della vita in modo più equo.

BIBLIOGRAFIA

- Adamovich, S. V., Fluet, G. G., Tunik, E., & Meirans, A. S. (2009). Sensorimotor training in virtual reality: a review. *NeuroRehabilitation*, 25(1), 29–44. <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0497>
- Ballester, B. R., Nirme, J., Camacho, I., Duarte, E., Rodríguez, S., Cuxart, A., Duff, A., & Verschure, P. (2017). Domiciliary VR-Based Therapy for Functional Recovery and Cortical Reorganization: Randomized Controlled Trial in Participants at the Chronic Stage Post Stroke. *JMIR serious games*, 5(3), e15. <https://doi.org/10.2196/games.6773>
- Barbato, S., Di Natale, L., (2019). From Chat Therapy to Virtual Reality: The Case "Idego – Digital Psychology" in Guazzaroni G., (2019), *Virtual and Augmented Reality in Mental Health Treatment*, 199–220.
- Baumann, V., Birnbaum, T., Breitling-Ziegler, C., Tegelbeckers, J., Dambacher, J., Edelmann, E., Bergado-Acosta, J. R., Flechtner, H. H., & Krauel, K. (2020). Exploration of a novel virtual environment improves memory consolidation in ADHD. *Scientific reports*, 10(1), 21453. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78222-4>
- Charsky, D. (2010). From edutainment to serious games: a change in the use of game characteristics. *Games Cult.* 5 177–198.
- Coco-Martin, M. B., Piñero, D. P., Leal-Vega, L., Hernández-Rodríguez, C. J., Adiego, J., Molin



- na-Martín, A., de Fez, D., & Arenillas, J. F. (2020). The Potential of Virtual Reality for Inducing Neuroplasticity in Children with Amblyopia. *Journal of ophthalmology*, 2020, 7067846. <https://doi.org/10.1155/2020/7067846>
- Cole, S. W., Yoo, D. J., & Knutson, B. (2012). Interactivity and reward-related neural activation during a serious videogame. *PLoS one*, 7(3), e33909. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033909>
 - Coles C., Strickland D., Padgett L., Bellmoff, L. (2007). Games that work: using computer games to teach alcohol-affected children about fire and street safety. *Research in Developmental Disabilities*, 28(5):518–530. doi: 10.1016/j.ridd.2006.07.001.
 - deBettencourt, MT, Cohen, JD, Lee, RF, et al. (2015). Closed-loop training of attention with real-time brain imaging. *Nat Neurosci*, 18, 470–475.
 - Di Natale, L., Barbato, S., (2018). Virtual reality e psicologia: un tool innovativo per la ricerca e il trattamento in ambito psicologico. *Orientamenti Pedagogici*, 65 (3), 485-503.
 - Doronzo F. & Nardacchione G. (2022). Neuroplastic processes associated with the adoption of virtual reality: a systematic review highlighting a new approach to mental disorders treatment. *Computer Methods in Medicine & Health Care*, Hainan (China), 30 september 2022.
 - Gauthier, L. V., Kane, C., Borstad, A., Strahl, N., Uswatte, G., Taub, E., Morris, D., Hall, A., Arakelian, M., & Mark, V. (2017). Video Game Rehabilitation for Outpatient Stroke (ViGOREOUS): protocol for a multi-center comparative effectiveness trial of in-home gamified constraint-induced movement therapy for rehabilitation of chronic upper extremity hemiparesis. *BMC neurology*, 17(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0888-0>
 - Georgiev, D. D., Georgieva, I., Gong, Z., Nanjappa, V., & Georgiev, G. V. (2021). Virtual Reality for Neurorehabilitation and Cognitive Enhancement. *Brain sciences*, 11(2), 221. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020221>
 - Ghoman, S. K., Patel, S. D., Cutumisu, M., von Hauff, P., Jeffery, T., Brown, M., & Schmolzer, G. M. (2020). Serious games, a game changer in teaching neonatal resuscitation? A review. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 105(1), 98–107. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317011>
 - Hinze, J., Röder, A., Menzie, N., Müller, U., Domischke, K., Riemschneider, M., & Noll-Husong, M. (2021). Spider Phobia: Neural Networks Informing Diagnosis and (Virtual/Augmented Reality-Based) Cognitive Behavioral Psychotherapy-A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 704174. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704174>
 - 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
 - Irmén, F., Karabánov, A. N., Bögemann, S. A., Andersen, K. W., Madsen, K. H., Bisgaard, T., Dyrby, T. B., & Siebner, H. R. (2020). Functional and Structural Plasticity Co-express in a Left Premotor Region During Early Bimanual Skill Learning. *Frontiers in human neuroscience*, 14, 310. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00310>
 - Keller, J., Štětkářová, I., Macri, V., Kühn, S., Pětioký, J., Gualeni, S., Simmons, . D., Arthanat, S., & Zilber, P. (2020). Virtual reality-based treatment for regaining upper extremity function induces cortex grey matter changes in persons with acquired brain injury. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00754-7>
 - Kim, S. M., Kim, H. J., Hwang, H. C., Hong, J. S., Bae, S., Min, K. J., & Han, D. H. (2018). The Effects of a Serious Game on Depressive Symptoms and Anxiety in Breast Cancer Patients with Depression: A Pilot Study Using Functional Magnetic Resonance Imaging. *Games for health journal*, 7(6), 409–417. <https://doi.org/10.1089/gfhd.2018.0011>

- org/10.1089/g4h.2017.0183
- Leemhuis, E., Giuffrida, V., Giannini, A. M., & Pazzaglia, M. (2021a). A Therapeutic Matrix: Virtual Reality as a Clinical Tool for Spinal Cord Injury-Induced Neuropathic Pain. *Brain sciences*, 11(9), 1201. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091201>
 - Lincoln, N., Majid M., Weyman N. (2000). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 doi: 10.1002/14651858.CD002842.
 - Lundqvist, A., Grundström K., Samuelsson K., Rönnberg J. (2010). Computerized training of working memory in a group of patients suffering from acquired brain injury. *Brain injury*, 24(10), 1173–1183. doi: 10.3109/02699052.2010.498007.
 - Makara-Studzińska, M., Grzywa, A., & Spila, B. (2012). Plastyczność mózgu [Brain plasticity]. *Polski merkuriusz lekarski*, 32(191), 345–348.
 - Manera, V., Ben-Sadoun, G., Aalbers, T., et al. (2017). Recommendations for the use of serious games in neurodegenerative disorders. *Front Psychol*, 8, 1243.
 - Marin-Pardo, O., Laine, C. M., Rennie, M., Ito, K. L., Finley, J., & Liew, S. L. (2020). A Virtual Reality Muscle-Computer Interface for Neurorehabilitation in Chronic Stroke: A Pilot Study. *Sensors* (Basel, Switzerland), 20(13), 3754. <https://doi.org/10.3390/s20133754>
 - Markham, J.A., Greenough, W.T. (2004). Experience-driven brain plasticity: Beyond the synapse. *Neuron Glia Biol.*, 1, 351–363. doi: 10.1017/S1740925X05000219.
 - Montana, J. I., Tuena, C., Serino, S., Cipresso, P., & Riva, G. (2019). Neurorehabilitation of Spatial Memory Using Virtual Environments: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 8(10), 1516. <https://doi.org/10.3390/jcm8101516>
 - Park, N. W., Ingles, J. L. (2001). Effectiveness





- of attention rehabilitation after an acquired brain injury: a meta-analysis. *Neuropsychology*, 15(2), 199–210. doi: 10.1037/0894-4105.15.2.199.
- Merians, A., Tunik, E., & Adamovich, S. (2019). Intensive virtual reality and robotic based upper limb training compared to usual care, and associated cortical reorganization, in the acute and early sub-acute periods post-stroke: a feasibility study. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 16(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12984-019-0563-3>
 - Patti, I. (2018). Serious Game Design: storia e teorie sull'esperienza ludica applicata. *Serious Game Design*, 1-126.
 - Prange, G. B., Kottink, A. I., Buurke, J. H., et al. (2015). The effect of arm support combined with rehabilitation games on upper-extremity function in subacute stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, 29(2), 174–182.
 - Rego, P. A., Moreira, P. M., Reis, L. P. (2014). New Perspectives in Information Systems and Technologies. *Springer - Architecture for serious games in health rehabilitation*, 307–317.
 - Sawada, M., & Sawamoto, K. (2013). Mechanisms of neurogenesis in the normal and injured adult brain. *The Keio journal of medicine*, 62(1), 13–28. <https://doi.org/10.2302/kjm.2012-0005-re>
 - Schutte, N.S., Stilinović, E.J. (2017). Facilitating empathy through virtual reality. *Motiv. Emot.*, 41, 708–712. doi: 10.1007/s11031-017-9641-7.
 - Shahmoradi, L., Mohammadian, F., & Rahmani Katigari, M. (2022). A systematic review on serious games in attention rehabilitation and their effects. *Behavioural Neurology*, 2022 doi:10.1155/2022/2017975
 - Sokolov, AA, Grivaz, P, Bove, R. (2018). Cognitive deficits in multiple sclerosis: recent advances in treatment and neurorehabilitation. *Curr Treat Options Neurol*; 20, 53.
 - 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.
 - Vourvopoulos, A., Jorge, C., Abreu, R., Figueiredo, P., Fernandes, J. C., & Bermúdez I Badia, S. (2019). Efficacy and Brain Imaging Correlates of an Immersive Motor Imagery BCI-Driven VR System for Upper Limb Motor Rehabilitation: A Clinical Case Report. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 244. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00244>
 - Wang, Z. R., Wang, P., Xing, L., Mei, L. P., Zhao, J., & Zhang, T. (2017). Leap Motion-based virtual reality training for improving motor functional recovery of upper limbs and neural reorganization in subacute stroke patients. *Neural regeneration research*, 12(11), 1823–1831. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.219043>
 - Ward, N. S. (2017). Restoring brain function after stroke – bridging the gap between animals and humans. *Nature reviews. Neurology*, 13(4), 244–255. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.34>
 - Wen, D., Liang, B., Zhou, Y., Chen, H., & Jung, T. P. (2021). The Current Research of Combining Multi-Modal Brain-Computer Interfaces With Virtual Reality. *IEEE journal of biomedical and health informatics*, 25(9), 3278–3287. <https://doi.org/10.1109/JBHI.2020.3047836>
 - Xiao, X., Lin, Q., Lo, W. L., Mao, Y. R., Shi, X. C., Cates, R. S., Zhou, S. F., Huang, D. F., & Li, L. (2017). Cerebral Reorganization in Subacute Stroke Survivors after Virtual Reality-Based Training: A Preliminary Study. *Behavioural neurology*, 2017, 6261479. <https://doi.org/10.1155/2017/6261479>
 - Yang, Y., Allen, T., Abdullahi, S. M., Pelphrey, K. A., Volkmar, F. R., & Chapman, S. B. (2018). Neural mechanisms of behavioral change in young adults with high-functioning autism receiving virtual reality social cognition training: A pilot study. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 11(5), 713–725. <https://doi.org/10.1002/aur.1941>



MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA

CASE REPORT

Rossana Francesca Colucci
Psicologa, Psicoterapeuta
Cognitivo-Comportamentale ad
indirizzo Neuropsicologico

Eriola Bagoj
Psicologa, Psicoterapeuta,
Specialista in Neuropsicologica

RIASSUNTO

Il presente contributo affronta il tema del "*Decadimento Cognitivo Lieve*" o "*Mild Cognitive Impairment (MCI)*" dal punto di vista clinico. Il focus è posto sull'importanza di un'attenta e approfondita valutazione neuropsicologica, abitualmente impiegata per quantificare il grado di compromissione cognitiva e di un altrettanto accurato e preventivo intervento riabilitativo che tenga conto delle risorse residue e dei deficit riscontrati. Scopo primario è aiutare il paziente ad individuare percorsi cognitivi alternativi e diminuire le probabilità che la situazione clinica di MCI possa

sfociare in una più complessa patologia dimentigena. L'articolo tratta il caso di A.C., una paziente con familiarità rispetto alla malattia di Alzheimer, presa in carico per un intervento di stimolazione cognitiva individuale dopo aver ricevuto una diagnosi di Decadimento Cognitivo Lieve. La paziente è stata sottoposta a una valutazione neuropsicologica iniziale e due successive di monitoraggio (follow up) pre e post intervento cognitivo, durato otto mesi, precisamente da novembre del 2020 a luglio 2021. Lo studio si propone, pertanto, di rilevare il miglioramento dal punto di vista cognitivo e dell'umore in seguito all'intervento



di attivazione cognitiva, favorendo da un lato la comprensione della logica di un programma riabilitativo e dall'altro permettendo di osservare direttamente l'impatto di una terapia cognitiva.

PAROLE CHIAVE

MCI, Mild Cognitive Impairment, Decadimento Cognitivo Lieve, Valutazione Neuropsicologica, Riabilitazione cognitiva.

INTRODUZIONE

Il tema del deterioramento cognitivo lieve o MCI rappresenta oggi uno dei campi di maggior interesse per la ricerca scientifica sia per il progressivo aumento dei casi clinici, sia per l'impatto della patologia a livello economico e sociale, che per l'elevata probabilità di conversione in demenza. Nel 1999, Petersen introdusse il termine "*Mild Cognitive Impairment(MCI)*", illustrando il concetto di "*continuum cognitivo*" per riferirsi alla posizione intermedia che la suddetta patologia assumeva tra ciò che si considera normale funzionalità, in base all'età e al livello di scolarità, e la diagnosi di demenza. Se si pensa, quindi, al processo di invecchiamento come a un continuum ai cui estremi si collocano l'invecchiamento fisiologico e quello patologico, al centro si evidenziano tali "*quadri intermedi*" caratterizzati da una lieve compromissione delle funzioni cognitive, non diagnosticabili come disturbo neurocognitivo, tuttavia, meritevoli di attenzione.

La diagnosi di MCI viene raggiunta prendendo in considerazione i seguenti criteri:

1. Funzionamento cognitivo del soggetto non perfettamente nella norma ma, al tempo stesso, non devono essere presenti requisiti per la diagnosi di disturbo neurocognitivo secondo i criteri del DSM 5;
2. Assenza di impatto funzionale rilevante con attività di base della vita quotidiana preservate oppure minimo declino delle funzioni strumentali complesse;
3. La presenza di declino cognitivo riferita dal paziente e/o da una persona a lui vicina, av-

valorato dal riscontro di prestazioni deficitarie oggettivabili in specifici ambiti cognitivi tramite test neuropsicologici standardizzati.

IL CASO DI A.C.

In questa parte della trattazione, è descritto l'inter valutativo e riabilitativo di una paziente con diagnosi di Mild Cognitive Impairment Amnesico a Multiplo Dominio trattata con un protocollo riabilitativo realizzato ad hoc.

Il caso esposto è quello di A.C., una donna di 64 anni, assistente sociale ancora in servizio che manifesta iniziali dimenticanze rispetto alle informazioni recenti, riscontrate principalmente sul posto di lavoro.

A partire da tale sintomatologia, la paziente è stata sottoposta ad un primo attento e approfondito esame neuropsicologico a dicembre 2019 per la determinazione delle funzioni attentive, mnesiche, linguistiche ed intellettive.

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA (DICEMBRE 2019)

Anamnesi

In anamnesi emerge che da circa otto mesi, in concomitanza con un maggior carico lavorativo, ha iniziato a manifestare sintomi cognitivi con deficit di memoria rispetto a informazioni recenti, calo attentivo e deflessione del tono dell'umore associato a stati d'ansia. A.C., preoccupata, si sottopose, a ottobre del 2019, ad un esame della prevenzione dell'invecchiamento mentale dal quale si riscontrava un quadro cognitivo con alterazioni della memoria differita ed accesso al lessico fonologico (MMSE PG:29 – PC: 27,46 correzione Measso, 1993 – MOCA TEST 21/30). Le difficoltà cognitive hanno presentato nel tempo un andamento ingraescente con deficit di memoria più allarmanti, problemi nel ricordare la collocazione di oggetti in casa, talvolta, tendenza alla ripetitività, anomalie, sbalzi d'umore, facile irritabilità e ostinazione.

Dalla documentazione clinica del neurologo di riferimento si evince: "Mild cognitive impairment in corso di definizione diagnostica associato a pregresso CR mammario DX, a depressione reattiva in paziente con cardiopatia ipertensiva, diabete mellito".

Relazione neuropsicologica

Dalla valutazione neuropsicologica eseguita, si riscontra un coinvolgimento cognitivo selettivo nella capacità di shifting e nell'attenzione divisa. Si evidenziano, inoltre, iniziali difficoltà con prestazioni ai limiti inferiori della norma nella memoria dichiarativa episodica, nello span verbale, nelle capacità di problem solving e ragionamento analitico. Più nello specifico, la memoria dichiarativa presenta delle discrepanze tra l'apprendimento verbale di una lista di parole non semanticamente organizzate e la memorizzazione di fatti episodici. Nella norma, infatti, l'apprendimento verbale sia nella prova immediata che in differita mentre risulta ai limiti inferiori della norma il mantenimento di episodi semanticamente organizzati.

Tale difficoltà e discordanza, è probabilmente attribuibile ad un deficit di memoria di lavoro cioè nella manipolazione temporanea delle informazioni necessarie per eseguire i compiti cognitivi, emerse anche nella prova di ripetizione di serie numeriche. Pertanto, se un determinato stimolo/episodio viene riferito una sola volta la paziente non ha la giusta capacità di codifica ma se lo stesso è ripetuto più volte, le diviene più semplice la conservazione a lungo termine.

Adeguata è, infatti, la prestazione nell'apprendimento e recupero libero nell'immediato e in differita di nuove informazioni di tipo verbale con una buona sensibilità ai cue semantici. A.C., infatti, attraverso gli aiuti categoriali riesce a ricordare anche a distanza di tempo (30 minuti) gli stimoli precedentemente codificati nei tre trial. Adeguato lo span numerico inverso, lo span spaziale e la capacità di ritenzione a lungo termine di una figura complessa. In quest'ulti-

ma, A.C. è in grado di riprodurre la struttura generale dell'immagine con i dettagli più salienti manifestando buone capacità di riproduzione di informazioni visive memorizzate involontariamente. Per ciò che concerne le funzioni atten-tive, risulta non valutabile la performance nel Trail Making Test-B, poiché A.C. commette molti errori nell'alternare numeri e lettere, mostran-do difficoltà nello svolgimento di due compiti contemporaneamente.

L'attenzione focale valutata con il Trail A è adeguata così come la capacità di adottare una strategia di ricerca attentiva sequenziale e sistematica. Nel test delle "Matrici Attentive", la paziente si mostra accurata nell'esplorazione visiva che ha un andamento regolare, da sinistra verso destra; non emerge, pertanto, lateralizzazione.

Ai limiti inferiori della norma la performance nelle Matrici Progressive di Raven (CPM 47) poiché all'aumentare del livello di difficoltà, manifesta perplessità nell'individuazione del tassello corretto, specie nella parte AB e B del test che richiedono maggiori capacità di ragionamento e concentrazione. A.C. è, spesso, frettolosa nelle risposte, che vengono fornite, talvolta, senza alcuna logica. Sono, pertanto, alterate le abilità di ragionamento analitico non dipendente da nozionali precedentemente apprese.

Il tono dell'umore è deflesso (HAM:D 15) orientato sul versante depressivo. Si osserva sintomatologia ansiosa (HAM-A: 16) in paziente consapevole delle difficoltà cognitive ed emotive. Dal colloquio si evince che le abilità di base della vita quotidiana (ADL 0/6 funzioni perse) e quelle strumentali sono completamente preservate (IADL 0/8 funzioni perse).

Conclusioni diagnostiche

In relazione a quanto osservato, si ipotizza un quadro compatibile con Mild Cognitive Impairment A Multiplo Dominio associato a sintomatologia ansioso-depressiva.



FUNZIONI COGNITIVE E TEST NEUROPSICOLOGICO	P.G.	P.C.	P.E.	Cut-off	ESITO
TEST DI SCREENING					
M.M.S.E. (Measso et al., 1993)	29	27,46		≥23,8	NELLA NORMA
CLOCK DRAWING TEST (Caffarra et al., 2011)	9	9,25	2	>6,54	SUFFICIENTE
MEMORIA					
MEMORIA DI PROSA (Novelli et al., 1986)	11	9	1	>8	AI LIMITI INFERIORI DELLA NORMA
15 PAROLE DI REY- RIEVOC. IMMED. (Carlesimo et al., 1996)	40	39,6	3	≥28,53	NELLA NORMA
15 PAROLE DI REY- RIEVOC. DIFF. (Carlesimo et al., 1996)	13	13	4	≥4,69	NELLA NORMA
SPAN VERBALE (Monaco et al., 2013)	4	3,75	1	>3,75	AI LIMITI INFERIORI DELLA NORMA
SPAN VERBALE INDIETRO (De Beni et al., 2010)	3	-	-	2,55*	NELLA NORMA
SPAN VISUO-SPAZIALE (Orsini et al., 1987)	4	4	2	>3,5	SUFFICIENTE
FIGURA COMPLESSA DI REY - DIFFERITA (Caffarra et al., 2002)	15	17,5	4	>9,47	NELLA NORMA
FCSRT - FREE AND CUED SELECTIVE REMINDING TEST (APPRENDIMENTO SUPRA-SPAN VERBALE) vers Frasson et al., 2011					
Rievocazione immediata libera	29	28,24	3	≥19,60	NELLA NORMA
Totale Rievocazione immediata	36	-	-	≥35	NELLA NORMA
Rievocazione differita libera	9	8,64	2	≥6,32	SUFFICIENTE
Totale Rievocazione differita	12	-	-	≥11	NELLA NORMA
Indice di sensibilità ai cue	1	-	-	≥0,9	NELLA NORMA
Totale intrusioni	0	-	-	≤0	NELLA NORMA
ATTENZIONE					
MATRICI ATTENTIVE (Spinnler e Tognoni, 1987)	58	55,5	4	>30	NELLA NORMA
TRAIL MAKING TEST (Siciliano et al., 2018)					
Parte A	40,96	43,96	3	≤75"	NELLA NORMA
Parte B	N.V.	N.V.		< 196"	DEFICIT
LINGUAGGIO					
FLUENZA VERBALE FONOLOGICA (Costa et al., 2013)	28	25,16	2	>17,77	SUFFICIENTE
FLUENZA VERBALE PER CATEGORIE (Spinnler e Tognoni, 1987)	18,75	15,5	3	>7,25	NELLA NORMA
FUNZIONI PRASSICHE					
FIGURA COMPLESSA DI REY – COPIA (Caffarra et al., 2002)	31	31,25	3	>28,88	NELLA NORMA
PRASSIE SENZA ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE (Carlesimo et al., 1996)	8	8,6	1	>7,18	AI LIMITI INFERIORI DELLA NORMA
FUNZIONI ESECUTIVE					
FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (Appollonio, 2005)	16	15,5	3	>13,4	NELLA NORMA
TEST DI STROOP (Caffarra et al., 2002)					
Effetto Interferenza Errori	0	0	4	<4,24	NELLA NORMA
Effetto Interferenza Tempo	11'97	8'97	4	<36'92	NELLA NORMA
ABILITÀ INTELLETTIVE / CAPACITÀ DI ASTRAZIONE					
CPM 47 (Caltagirone et al., 1995, Carlesimo et al., 1995, 1996)	21	19,8	1	>18,96	AI LIMITI INFERIORI DELLA NORMA
VALUTAZIONE EMOTIVO-COMPORTAMENTALE					
HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION	15		>7	SINDROME DEPRESSIVA MODERATA	
HAMILTON ANXIETY SCALE	16		>17	LIEVI SINTOMI D'ANSIA	
SCALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA					
A.D.L.				Funzioni compromesse: 0/6 - Funzioni mantenute: 6/6	
I.A.D.L.				Funzioni compromesse 0/8 - Funzioni mantenute 8/8	

Tabella 1 - Test somministrati per la valutazione del funzionamento cognitivo (dicembre 2019).

*cut off per età e scolarità - n.s.: non somministrabile perché la persona non entra nel compito a causa dei gravi deficit cognitivi.

n.v: non valutabile poiché la persona manca dei prerequisiti necessari all'esecuzione del compito/o impiega più tempo del dovuto.

In rosso i deficit riscontrati



FOLLOW UP PRE RIABILITAZIONE (OTTOBRE 2020)

Anamnesi

A.C., di anni 65, giunge alla nostra attenzione per una valutazione di follow up della funzionalità cognitiva a distanza di 10 mesi dalla precedente a causa di un peggioramento a carico della memoria a breve termine. Più nello specifico, A.C. lamenta difficoltà nel reperire informazioni recenti e incertezze nelle procedure lavorative espletate attraverso l'utilizzo di un PC. A.C., nonostante i deficit cognitivi riscontrati nella precedente valutazione, sceglie di non sottoporsi a cicli di riabilitazione come le era stato consigliato dal clinico.

Esami strumentali

Una RM ENCEFALO con m.d.c eseguita nel gennaio del 2020 riporta: *"Sistema ventricolare in asse, di dimensioni normali. Sporadici esiti gliot-*

co-cicatriziali a verosimile patogenesi vascolare ischemica. Ipoplasia del corpo calloso con associato lipoma. La somministrazione del m.d.c. paramagnetico svela una piccola anomalia di sviluppo venoso in sede occipitale destra."

Relazione neuropsicologica

Dalla valutazione neuropsicologica di follow up effettuata a distanza di circa un anno dalla precedente, si rileva un profilo cognitivo generale integro ma con deficit cognitivi selettivi che emergono dalla valutazione di approfondimento nell'accesso al lessico fonologico, nelle funzioni prassiche e visuo-costruttive e a carico delle funzioni esecutive.

Si confermano, inoltre, iniziali difficoltà nella memoria dichiarativa episodica. Ai limiti inferiori della norma risulta, infatti, la capacità di apprendimento di fatti episodici le cui



alterazioni sono causate dalle modalità con cui il ricordo è gestito; più nello specifico, si osservano difficoltà di tipo esecutivo cioè nell'organizzazione e nel mantenimento delle informazioni. Buona la rispondenza ai cue semanticici.

Rispetto alla valutazione neuropsicologica eseguita a Dicembre 2019, non si evincono grossi cambiamenti nelle performance mnesiche sia per quanto riguarda la memoria dichiarativa episodica che per la memoria visuo-spaziale, gli span diretti, inversi e nella ritenzione a lungo termine della riproduzione di una figura complessa. A distanza di un anno, le stesse difficoltà emergono nell'apprendimento di episodi semanticamente organizzati la cui prova risulta ai limiti inferiori della norma. Ciò è dovuto, principalmente, a difficoltà di tipo esecutivo cioè nella manipolazione del ricordo.

L'attenzione selettiva così come la capacità di adottare una strategia di ricerca attentiva sequenziale e sistematica è nella norma come nella precedente valutazione. Nel test delle "Matrici Attentive", la paziente si mostra accurata nell'esplorazione visiva seppur frettolosa, cancellando gli stimoli con un andamento confuso e disordinato, in assenza, però, di lateralizzazione. La capacità di ricerca visuo-spaziale, di attenzione selettiva e la velocità psicomotoria risultano migliorate.

L'accesso al lessico fonologico, rispetto alla precedente valutazione, è deficitario a causa dell'esiguità di elementi prodotti mentre la capacità di accesso al magazzino lessicale su base semantica è sempre adeguata, seppur in presenza di frequenti ripetizioni.

Le capacità visuo-prassiche sono alterate nella copia di figure sia semplici che complesse. Tale alterazione, a differenza della precedente valutazione eseguita circa un anno fa, emerge anche nelle prove di copia senza elementi

di programmazione. In quest'ultima, infatti, nella copia della stella si osserva il fenomeno del "*closing in near type*" poiché A.C. esegue la copia in prossimità del modello, indice di una alterazione delle abilità visuo-percettive. Sono presenti, infatti, difficoltà specifiche di organizzazione visuo-spaziale del materiale presentato visivamente che emergono altresì nella copia della figura complessa di Rey. Difatti, in quest'ultima prova, A.C. esegue la copia cominciando dai dettagli esterni più salienti e ricomponendo successivamente la struttura portante della figura seppur in maniera disorganizzata e imprecisa. All'interno della stessa, sono collocati alcuni degli elementi più significativi, con molte deformazioni. Nel complesso, le funzioni prassiche risultano peggiorate.

Si evince, inoltre, un peggioramento nelle funzioni esecutive indagate attraverso la "FAB", nella quale emergono deficit di fluenza verbale e nel comportamento di prensione, A.C., infatti, afferra le mani dell'esaminatore senza alcuna esitazione. La prestazione nella prova del Clock Drawing Test è nella norma e i numeri sono collocati in posizione corretta. Alla richiesta di disegnare le lancette, le inserisce, indicando l'orario richiesto. Pertanto, si conferma l'integrità delle abilità di rappresentazione mentale e logica nonché quella di recuperare un'immagine nota.

A livello comportamentale-emotivo, emerge una sintomatologia ansioso-depressiva di lieve entità (HAM:A= 11 – HAM:D= 13). Preservata è la funzionalità di base (ADL 0/6 funzioni perse) così come quella strumentale della vita quotidiana (IADL 0/8 funzioni perse).

Conclusioni diagnostiche

In relazione a quanto osservato, si conferma un quadro compatibile con Mild Cognitive Impairment Amnesico a Multiplo Dominio associato a sintomatologia ansioso-depressiva.

FUNZIONI COGNITIVE E TEST NEUROPSICOLOGICO	P.G.	P.C.	P.E.	Cut-off	ESITO				
TEST DI SCREENING									
M.M.S.E. (Measso et al., 1993)	29	27,46		≥23,8	NELLA NORMA				
CLOCK DRAWING TEST (Caffarra et al., 2011)	12	12,25	4	>6,54	NELLA NORMA				
MEMORIA									
MEMORIA DI PROSA (Novelli et al., 1986)	10,5	9,5	1	>8	AI LIMITI INFERIORI DELLA NORMA				
SPAN VERBALE (Monaco et al., 2013)	5	4,92	2	>4,26	SUFFICIENTE				
SPAN VERBALE INDIETRO (Monaco et al., 2013)	4	3,87	3	>2,65	NELLA NORMA				
SPAN VISUO-SPAZIALE (Monaco et al., 2013)	4	4	2	>3,46	SUFFICIENTE				
FIGURA COMPLESSA DI REY - DIFFERITA (Caffarra et al., 2002)	10	13,5	3	>9,47	NELLA NORMA				
FCSRT - FREE AND CUED SELECTIVE REMINDING TEST (APPRENDIMENTO SUPRA-SPAN VERBALE) vers Frasson et al., 2011									
Rievocazione immediata libera	25	25,01	2	≥ 9,60	SUFFICIENTE				
Totale Rievocazione immediata	36	-	-	≥35	NELLA NORMA				
Rievocazione differita libera	12	12	4	≥6,32	NELLA NORMA				
Totale Rievocazione differita	12	-	-	≥11	NELLA NORMA				
Indice di sensibilità ai cue	1	-	-	≥0,9	NELLA NORMA				
Totale intrusioni	0	-	-	≤0	NELLA NORMA				
ATTENZIONE									
TRAIL MAKING TEST PARTE A (Siciliano et al., 2018)	45,98	48,98	3	>13,85	NELLA NORMA				
TRAIL MAKING TEST PARTE B (Siciliano et al., 2018)	138	153	2	<94"	SUFFICIENTE				
TRAIL MAKING TEST PARTE B-A (Siciliano et al., 2018)	92,02	104,2	2	≤135	SUFFICIENTE				
TRAIL MAKING TEST PARTE B/A (Siciliano et al., 2018)	3	3,18	2	≤4,11	SUFFICIENTE				
MATRICI ATTENTIVE (Spinnler e Tognoni, 1987)	56	54,75	4	<283"	NELLA NORMA				
LINGUAGGIO									
FLUENZA VERBALE FONOLOGICA (Costa et al., 2013)	14	11,16	0	>30	DEFICIT				
FLUENZA VERBALE PER CATEGORIE (Spinnler e Tognoni, 1987)	19,5	16,75	4	>17,35	NELLA NORMA				
FUNZIONI PRASSICHE									
FIGURA COMPLESSA DI REY - COPIA (Caffarra et al., 2002)	25,5	26,25	0	>28,88	DEFICIT				
PRASSIE SENZA ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE (Carlesimo et al., 1996)	7	6,8	0	>7,18	DEFICIT				
PRASSIE CON ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE (Carlesimo et al., 1996)	69	68,3	3	>61,85	NELLA NORMA				
FUNZIONI ESECUTIVE									
FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (Appollonio, 2005)	13	12,7	0	>13,4	DEFICIT				
TEST DI STROOP (Caffarra et al., 2002)									
Effetto Interferenza Errori	0	0	4	<4,24	NELLA NORMA				
Effetto Interferenza Tempo	24,26	18,76	4	<36'92	NELLA NORMA				
ABILITÀ INTELLETTIVE / CAPACITÀ DI ASTRAZIONE									
CPM 47 (Caltagirone et al., 1995, Carlesimo et al., 1995, 1996)	26	25,4	3	>18,96	NELLA NORMA				
SCALE DI VALUTAZIONE EMOTIVO-COMPORTAMENTALE									
HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION	13	>7		LIEVI SINTOMI DEPRESSIVI					
HAMILTON ANXIETY SCALE	11	>0		LIEVI SINTOMI D'ANSIA					
SCALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA									
A.D.L.	Funzioni compromesse: 0/6 - Funzioni mantenute: 6/6								
I.A.D.L.	Funzioni compromesse: 0/8 - Funzioni mantenute: 8/8								

Tabella 2 - Test somministrati per la valutazione del funzionamento cognitivo (ottobre 2020).

*cut off per età e scolarità - n.s.: non somministrabile perché la persona non entra nel compito a causa dei gravi deficit cognitivi.
n.v: non valutabile poiché la persona manca dei prerequisiti necessari all'esecuzione del compito/o impiega più tempo del dovuto.
In rosso le performance **aggravate** In verde le performance **migliorate**



PERCORSO RIABILITATIVO

A.C., dopo la prima valutazione neuropsicologica, presentava un certo grado di anosognosia riguardante gli effetti che i propri disordini avrebbero avuto sulla conduzione delle attività di vita quotidiana e, in particolar modo, sul proprio lavoro. A.C., infatti, è un'assistente sociale ancora in servizio e, nonostante i deficit cognitivi riscontrati e il quadro diagnostico emerso, non ritenne opportuno intraprendere un percorso riabilitativo ma, a distanza di un anno dal primo esame, di fronte a difficoltà cognitive più evidenti, decise di sottoporsi nuovamente ad un esame diagnostico con la consapevolezza che qualcosa fosse peggiorato.

Allo stato cognitivo, si associarono anche cambiamenti del proprio stato emotionale, caratterizzato da un maggior stato ansioso e da una più marcata labilità emotiva a causa del suicidio del figlio avvenuto nel 2020.

Tutto ciò ha, indubbiamente, avuto un significativo impatto disabilitante dal punto di vista cognitivo, emotivo, funzionale, della gestione e della pianificazione di attività di vita quotidiana con importanti ripercussioni anche in ambito lavorativo.

Si è pensato, quindi, di strutturare un trattamento riabilitativo che avesse come punto di partenza l'accrescimento della motivazione nella vita di tutti i giorni, cercando di migliorare la capacità della paziente di usare le informazioni ed il materiale fornito ad ogni seduta. Solo in seguito, sono stati proposti esercizi cognitivi specificatamente mirati al trattamento dei disordini cognitivi.

A partire da tali evidenze, si è programmato un intervento riabilitativo neuropsicologico specifico settimanale. L'intero training ha richiesto 30 sedute, coprendo complessivamente un periodo di circa 8 mesi, da novembre 2020 a luglio 2021.

Durante questo periodo, le sedute sono state generalmente impartite 1 volta alla settimana, con incontri di un'ora ciascuno, compatibilmente con gli impegni lavorativi di A.C., e con interruzioni in corrispondenza dei vari periodi festivi.

OBIETTIVI

A.C. ha partecipato alla progettazione del programma riabilitativo costantemente e, insieme, sono stati fissati degli obiettivi graduali, realistici e condivisi a breve e a medio termine; si sono scelti anche gli esercizi e le strategie da utilizzare.

Gli obiettivi perseguiti sono stati i seguenti:

1. Accrescere la consapevolezza attraverso colloqui motivazionali;
2. Migliorare il tono dell'umore impegnandosi costantemente in nuove attività;
3. Migliorare la memoria prospettica per eventi non routinari con l'ausilio di agende e di un quaderno che raccogliesse le attività che di volta in volta sarebbero state assegnate in auto-trattamento domiciliare;
4. Migliorare le funzioni mnesiche attraverso esercizi di Memory Training;
5. Migliorare i processi attentivi e di Working Memory.

COLLOQUI MOTIVAZIONALI

Prima di procedere all'individuazione di strategie cognitive specifiche per sopperire ai deficit riscontrati in fase diagnostica, si è resa necessaria l'impostazione di sedute supportive finalizzate al trattamento degli aspetti sociali ed emotionali, per sviluppare e mantenere nel tempo condizioni di benessere psicologico.

Pertanto, è stato necessario incrementare la consapevolezza di A.C. ed accompagnarla gradualmente all'accettazione ed alla comprensione delle proprie difficoltà cognitive ed emotive attraverso colloqui motivazionali.

Prendendo in considerazione il Modello Transteorico di Prochaska e di Diclemente (1983) e, in particolar modo i sei stadi del cambiamento, si è cercato di aumentare in A.C. la percezione dei rischi e dei problemi che avrebbe comportato il comportamento di negazione rispetto alle problematiche cognitive ed emotive, sia nella vita quotidiana che nel contesto lavorativo.

A.C., infatti, secondo il modello teorico, si trovava in fase di contemplazione, lo stadio in cui i pazienti sono consapevoli che un problema esiste e pensano seriamente di risolverlo ma non riescono ancora ad impegnarsi ad agire. Gli individui in questo stadio, come A.C., tendono a procrastinare nel mese a venire le intenzioni di intervenire ma nell'anno precedente hanno agito senza successo.

Si è focalizzato, pertanto, l'intervento psicologico sull'aumento della consapevolezza delle difficoltà e sui benefici di un eventuale miglioramento, documentandoci su tutto ciò che c'era da sapere rispetto alle problematiche legate al Mild Cognitive Impairment, specificando, appunto, i costi e i benefici del ritardato intervento.

Si è cercato, quindi, di far pendere opportunamente l'ago della bilancia sui costi, evocando le ragioni per intervenire precocemente in tale fase preclinica e i rischi che si sarebbero corsi in caso contrario. Il lavoro focalizzato sugli estremi ha aiutato A.C. a riflettere sulle conseguenze peggiori che si sarebbero potute verificare.

Altri punti determinanti negli incontri motivazionali sono stati:

- L'accrescimento dell'autoefficacia di A.C., per persuaderla che sarebbe stata in grado di operare con successo un cambiamento, sviluppando maggiore fiducia nella propria capacità di affrontare un compito specifico;
- Aumento del senso di responsabilità rispetto al cambiamento.

Durante gli incontri, si cercava di aumentare la discrepanza tra il problema attuale e gli obiettivi desiderabili, aiutando A.C. a comprendere che la procrastinazione dell'intervento cognitivo, avrebbe potuto soltanto interferire con il raggiungimento di obiettivi importanti.

L'INTERVENTO COGNITIVO

Una volta raggiunti i suddetti obiettivi motivazionali e acquisita maggiore consapevolezza, si è fatto ricorso a metodi di adattamento che comprendevano l'utilizzo di ausili mnemonici (agenda e quaderno), che lei stessa doveva gestire attivamente (anche al domicilio) per evitare di perdere informazioni rilevanti.

Per quanto riguarda, invece, i metodi riabilitativi con strategie interne, si è impostato il trattamento sull'utilizzo, inizialmente, di mnemotecniche. Infatti, è stato necessario introdurre strategie artificiali, come associare una parola ad un'immagine mentale per facilitare il ricordo di situazioni quotidiane.

Più nello specifico, nel trattamento della memoria di A.C., si sono utilizzate tecniche cognitive, come:

- Mnemotecniche: attraverso la creazione di associazioni bizzarre o brevi racconti, la paziente era facilitata nella memorizzazione di elementi diversi e nel successivo recupero;
- Lo Spaced Retrieval, che consiste nella rievocazione di informazioni ad intervalli di tempo via via crescenti (inizialmente stabiliti dalla paziente stessa);
- La tecnica PQRST (Preview, Question, Re-read, State, Test), secondo la quale si addestrava la paziente a compiere una profonda ed accurata analisi delle informazioni contenute in un brano (per esempio, individuazione dei concetti chiave, creare una sequenza logica) per verificare, successivamente, quante informazioni fosse riuscita a ritenere;



- Metodi di Categorizzazione semantica, fonologica, schematizzazioni, copy cue;
- Memorizzazione di immagini geometriche che la paziente doveva riconoscere in un insieme di altre immagini distraenti;
- Memorizzazione di serie numeriche;
- Esercizi di memoria prospettica: all'inizio della seduta, il riabilitatore forniva una parola alla paziente che al termine, avrebbe dovuto ricordare spontaneamente.

Per quanto riguarda la Working Memory e le funzioni attente, sono stati ideati e sviluppati esercizi specifici per il trattamento di questa funzione, prendendo spunto dall'Attention Process Training, ideato da Sohlberg e Mateer nel 1987.

I compiti erano i seguenti:

- Compiti di Updating: si presentano delle informazioni al soggetto, ad esempio lettere, chiedendogli di rievocare le ultime della serie

- appena presentata ogni volta che ne viene aggiunta una nuova;
- Compiti di Inhibition: il paziente è impegnato in un compito conflittuale e deve risolvere il conflitto per superare ogni item;
- Compiti di n'back: il paziente deve giudicare se lo stimolo corrente è uguale o diverso rispetto allo stimolo presentato prima;
- Compiti di cancellazione di stimoli o barrage per la stimolazione dell'attenzione selettiva con e senza condizione;
- Compiti per la stimolazione dell'attenzione divisa con doppio compito;
- Compiti ecologici con percorsi da completare.
- Altri esercizi somministrati per la stimolazione delle funzioni esecutive sono stati i seguenti:
 - Data una lista di numeri (da 1 a 10) presentata oralmente dal riabilitatore, la paziente doveva ripetere solo i numeri dispari (o pari) presenti nella lista;
 - Data una lista di numeri (da 1 a 10) presentata



oralmente dal riabilitatore, la paziente li doveva ripetere riordinandoli in ordine crescente (o decrescente);

- Span verbale inverso di parole;
- Catene semantiche di parole;
- Frasi da inventare le cui parole sarebbero dovute cominciare tutte con la stessa lettera;
- Spoonerismi: scambiando le lettere di due parole, la paziente ne doveva formare due nuove;
- Calcoli matematici, problemi da risolvere e compiti di logica.

Esercizi analoghi a quelli svolti in sede di riabilitazione, erano assegnati al termine di ogni seduta come homework in auto-trattamento, con il supporto dei familiari, per garantire una stimolazione continua nell'arco di tutta la settimana.

FOLLOW UP POST RIABILITAZIONE (NOVEMBRE 2021)

Anamnesi

A.C. riferisce che nell'ultimo anno non ci sarebbero stati importanti cambiamenti a livello cognitivo. Effettua regolarmente da circa un anno cicli di stimolazione cognitiva individuale.

Relazione neuropsicologica

Dalla valutazione neuropsicologica di follow up effettuata a distanza di circa un anno dalla precedente, si rileva un profilo cognitivo generale integro con notevoli miglioramenti nelle performance mnesiche, nell'accesso al lessico fonologico, nei tempi di esecuzione e nelle funzioni prassiche e visuo-costruttive.

Più nello specifico, rispetto all'esame neuropsicologico eseguito a Ottobre 2020, si evincono performance adeguate sia nell'apprendimento di fatti episodici che nell'apprendimento e recupero libero di nuove informazioni di tipo verbale. A.C., difatti, riesce perfettamente a rievocare un racconto precedentemente appreso nonché le figure memorizzate, riuscendosi a servire, al bisogno, dei cue semantici.

Rispetto alla precedente valutazione, si riscontrano notevoli miglioramenti nell'accesso al lessico fonologico. A.C., difatti, non manifesta difficoltà nel rievocare gli elementi richiesti e riesce ad attenersi perfettamente alle indicazioni fornite dall'esaminatore. Resta adeguata la capacità di accesso al magazzino lessicale su base semantica seppur in presenza di ripetizioni.

Le capacità visuo-prassiche sono migliorate nella copia di figure complesse. Più nello specifico, sono presenti miglioramenti nell'organizzazione visuo-spaziale del materiale presentato visivamente.

La prestazione nella prova del Clock Drawing Test è sempre nella norma e risultano anche migliorati i tempi di esecuzione nello Stroop Test, durante il quale è richiesto di inibire un processo automatico come la lettura per uno volontario quale la denominazione del colore.

Pertanto, si conferma l'integrità delle abilità di rappresentazione mentale e logica nonché quella di recuperare un'immagine nota.

A livello comportamentale-emotivo, emerge un miglioramento del tono dell'umore con una riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva (HAM:A= 6 – HAM:D= 6) in paziente consapevole delle proprie difficoltà cognitive.

Preservata è la funzionalità di base (ADL 0/6 funzioni perse) così come le autonomie strumentali della vita quotidiana (IADL 0/8 funzioni perse).

Conclusioni diagnostiche

In relazione a quanto osservato, si osserva un quadro cognitivo globalmente migliorato con prestazioni del tutto rientrate nella norma, rispetto all'ultima valutazione neuropsicologica eseguita un anno fa, sia dal punto di vista cognitivo che a livello comportamentale-emotivo.



FUNZIONI COGNITIVE E TEST NEUROPSICOLOGICO	P.G.	P.C.	P.E.	Cut-off	ESITO
TEST DI SCREENING					
M.M.S.E. (Measso et al., 1993)	29	27,46		≥23,8	NELLA NORMA
CLOCK DRAWING TEST (Caffarra et al., 2011)	11	11,25	3	>6,54	NELLA NORMA
MEMORIA					
MEMORIA DI PROSA (Novelli et al., 1986)	14,5	13,5	3	>8	NELLA NORMA
SPAN VERBALE (Monaco et al., 2013)	5	4,92	2	>3,75	SUFFICIENTE
SPAN VERBALE INDIETRO (Monaco et al., 2013)	4	3,87	3		NELLA NORMA
SPAN VISUO-SPAZIALE (Monaco et al., 2013)	4	3,9	3	>3,5	NELLA NORMA
FIGURA COMPLESSA DI REY - DIFFERITA (Caffarra et al., 2002)	18	21,5	4	>9,47	NELLA NORMA
FCSRT - FREE AND CUED SELECTIVE REMINDING TEST (APPRENDIMENTO SUPRA-SPAN VERBALE) vers Frasson et al., 2011					
Rievocazione immediata libera	32	32,01	4	≥19,60	NELLA NORMA
Totale Rievocazione immediata	36	-	-	≥35	NELLA NORMA
Rievocazione differita libera	12	12	4	≥6,32	NELLA NORMA
Totale Rievocazione differita	12	-	-	≥11	NELLA NORMA
Indice di sensibilità ai cue	1	-	-	≥0,9	NELLA NORMA
Totale intrusioni	0	-	-	≤0	NELLA NORMA
ATTENZIONE					
TRAIL MAKING TEST PARTE A (Siciliano et al., 2018)	59,3	62,3	2	>13,85	SUFFICIENTE
TRAIL MAKING TEST PARTE B (Siciliano et al., 2018)	146	161	2	<94"	SUFFICIENTE
TRAIL MAKING TEST PARTE B-A (Siciliano et al., 2018)	86,7	96,7	2	≤135	SUFFICIENTE
TRAIL MAKING TEST PARTE B/A (Siciliano et al., 2018)	2,46	2,64	3	≤4,11	NELLA NORMA
MATRICI ATTENTIVE (Spinnler e Tognoni, 1987)	55	53,75	4	<283"	NELLA NORMA
LINGUAGGIO					
FLUENZA VERBALE FONOLOGICA (Costa et al., 2013)	33	30,16	3	>30	NELLA NORMA
FLUENZA VERBALE PER CATEGORIE (Spinnler e Tognoni, 1987)	20,5	17,75	4	>17,35	NELLA NORMA
FUNZIONI PRASSICHE					
FIGURA COMPLESSA DI REY – COPIA (Caffarra et al., 2002)	31	31,75	3	>28,88	NELLA NORMA
PRASSIE SENZA ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE (Carlesimo et al., 1996)	9	8,8	2	> 7,18	SUFFICIENTE
PRASSIE CON ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE (Carlesimo et al., 1996)	66	65,7	2	>61,85	SUFFICIENTE
FUNZIONI ESECUTIVE					
FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (Appollonio, 2005)	17	16,7	4	>13,4	NELLA NORMA
TEST DI STROOP (Caffarra et al., 2002)					
Effetto Interferenza Errori	0	0	4	<4,24	NELLA NORMA
Effetto Interferenza Tempo	15'93	10''43	4	<36'92	NELLA NORMA
ABILITÀ INTELLETTIVE / CAPACITÀ DI ASTRAZIONE					
CPM 47 (Caltagirone et al., 1995, Carlesimo et al., 1995, 1996)	31	30,4	4	>18,96	NELLA NORMA
SCALE DI VALUTAZIONE EMOTIVO-COMPORTAMENTALE					
HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION	6		>7		UMORE EUTIMICO
HAMILTON ANXIETY SCALE	6		>0		LIEVI SINTOMI D'ANSIA
SCALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA					
A.D.L.				Funzioni compromesse: 0/6 - Funzioni mantenute: 6/6	
I.A.D.L.				Funzioni compromesse: 0/8 - Funzioni mantenute: 8/8	

Tabella 3 - Test somministrati per la valutazione del funzionamento cognitivo, post riabilitazione (novembre 2021).

*cut off per età e scolarità - n.s.: non somministrabile perché la persona non entra nel compito a causa dei gravi deficit cognitivi.
n.v: non valutabile poiché la persona manca dei prerequisiti necessari all'esecuzione del compito/o impiega più tempo del dovuto.
In rosso le performance **aggravate** In verde le performance **migliorate**

RISULTATI

Il grafico, riportato nella figura 1, confronta i punteggi corretti dei test neuropsicologici somministrati ad A.C. nella valutazione iniziale e in quelle di follow up pre e post intervento cognitivo, eseguite a distanza di circa un anno l'una dall'altra. I test confrontati forniscono, indicativamente, una visione dei miglioramenti ottenuti dopo l'intervento riabilitativo.

Per quanto riguarda il MMSE, è rimasto stabile nelle tre valutazioni con un punteggio corretto di 27,46 (Measso et al., 1993). I miglioramenti si evincono nell'apprendimento di fatti episodici, nella fluenza verbale fonologica, nella Frontal Assessment Battery e, seppur lieve, nella copia di una figura complessa. Le performance agli altri test non considerati nel grafico sottostante, sono rimasti perlopiù invariati, con prestazioni tutte adeguate.

performance cognitive alterate, ha raggiunto gli esiti sperati.

Al termine della fase di riabilitazione, dal punto di vista cognitivo, si è osservato un miglioramento nelle funzioni mnesiche, nell'accesso al lessico, nelle funzioni esecutive e nei tempi di reazione con una completa regressione dei deficit precedentemente riscontrati. A livello comportamentale-emotivo, si è rilevato un miglioramento del tono dell'umore con una riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva.

BIBLIOGRAFIA

- Caffarra, P., Gardini, S., Zonato, F., Concari, L., Dieci, F., Copelli, S., ... & Venneri, A. (2011). Italian norms for the Freedman version of the Clock Drawing Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 982-988.
- Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, F.,

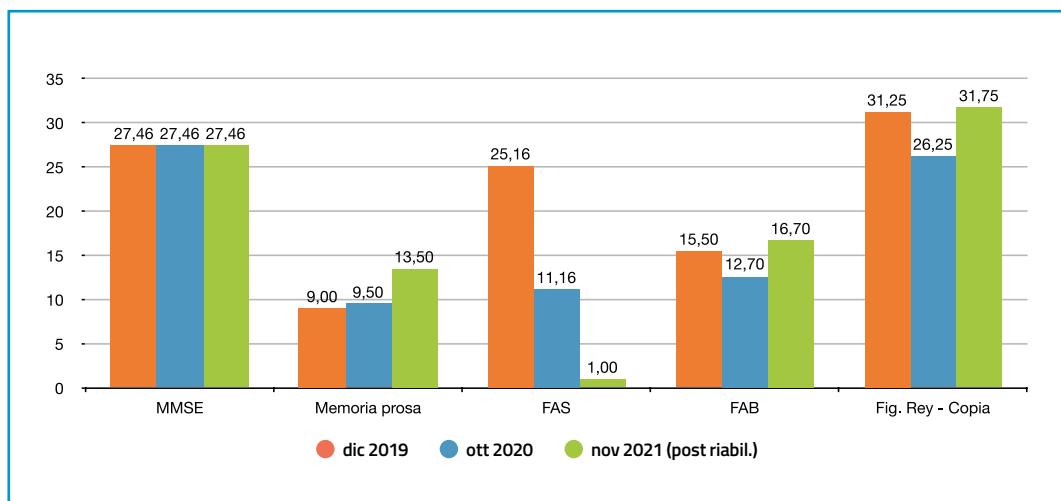


Figura 1 - Il pannello sintetizza i dati di A.C. ai principali test neuropsicologici. Le barre rappresentano i punteggi corretti ottenuti ad ogni test nelle tre valutazioni neuropsicologiche eseguite. Gli strumenti presi in considerazione sono il MMSE (cut-off > 23,8), la memoria di prosa (cut-off > 8), la FAS (cut-off > 30) e la FAB (cut-off > 13,4). In arancione i punteggi ottenuti nella valutazione di dicembre 2019, in blu quelli di ottobre 2020 e in verde quelli ottenuti nel follow up post intervento riabilitativo.

In conclusione, si può sostenere che l'approccio riabilitativo impostato per A.C., finalizzato, inizialmente, a stimolare la motivazione e la consapevolezza della paziente e, successivamente, le

& Venneri, A. (2002). Rey-Osterrieth complex figure: normative values in an Italian population sample. *Neurological sciences*, 22(6), 443-447.



- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Ladavas E, Berti A. *Neuropsicologia*. Bologna, Il Mulino. 2003.
- Mateer, C. A. (1999). *The rehabilitation of executive disorders*. In D. T. Stuss, G. Winocur, & I. H. Robertson (Eds.), Cognitive neurorehabilitation (pp. 314– 332). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mazzucchi A. *La riabilitazione neuropsicologica, premesse teoriche e applicazioni cliniche*. Milano: Masson; 1999.
- Measso, G., Cavarzeran, F., Zappalà, G., Lebowitz, B. D., Crook, T. H., Pirozzolo, F. J., ... & Grigoletto, F. (1993). The mini mental state examination: Normative study of an Italian random sample. *Developmental neuropsychology*, 9(2), 77-85.
- Mondini S, Bergamaschi S. *Training di attivazione cognitiva (AT) in pazienti con demenza iniziale*. In: Bisiacchi P, Tressoldi P, eds. *Metodologia della riabilitazione delle funzioni cognitive nell'adulto e nel bambino*. Roma: Carocci 2005, pp. 133-169.
- Petersen, R. C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227-2234.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 56(3), 303-308.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). Stages and process of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-395.
- Sohlberg M.M., & Mateer C. A. *Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach*. New York: The Guilford Press; 2001
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 9(2), 117-130.
- Trabucchi M. *Le demenze*. Milano: UTET; 1998.
- Wilson B. A. (1987a). La rieducazione dei disturbi di memoria. In Mazzucchi A. (a cura di), *La riabilitazione neuropsicologica*, Bologna, Il mulino.





ANALISI DI UN CASO DI DISTURBO BIPOLARE CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE

PROFILO PSICOLOGICO, OBIETTIVI E TECNICHE DI INTERVENTO

ABSTRACT

Negli ultimi anni la complessità della fenomenologia psichiatrica ha richiesto ai Servizi Territoriali una presa in carico globale dei pazienti, promuovendo e implementando la sinergia con i servizi privati convenzionati al fine di consentire percorsi terapeutico-riabilitativi sempre più individualizzati al riconoscimento dei sintomi e delle dinamiche intrapsichiche ad esso correlate come manifestazione specifica del vissuto personale, sociale e culturale del singolo.

In questo studio si analizza specificatamente il progetto terapeutico-riabilitativo di un paziente con disturbo bipolare correlato a manifestazioni psicotiche in cui, la fissazione ad una fase del conflitto edipico irrisolto, è generativa di una continua oscillazione tra tentativi di indipendenza che – vissuti come angoscianti e aggressivi – favoriscono un movimento regressivo ad una relazione di dipendenza con l'oggetto amato. Dipendenza che, negata e non superata, indurisce i sentimenti, attivando difese maniacali tipiche della posizione depressiva infantile.

Riccardo Tarantino

Psicologo, Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 5247

Raissa Centonze

Psicologo, Psicoterapeuta con formazione psicodinamica, Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 5398

Antonella Maci

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Ordine TSRM-PSTRP Interprovinciale BA-TA-BT n. 50



Domenico Fetti, La Malinconia (1618 ca.)

Tale dinamica generalizzata, oltre che essere sollecitata da variabili intervenienti quali aspettative e status sociale, economico e culturale del nucleo familiare, investe completamente la vita del paziente e le sue relazioni, rendendo necessario un intervento riabilitativo complesso e multidisciplinare, per questo meritevole di condivisione scientifica.

PAROLE CHIAVE

Single-case; disturbo bipolare; psicosi; profilo psicologico; progetto terapeutico-riabilitativo.

INTRODUZIONE

Il progenitore della psicoanalisi, Sigmund Freud (citato in Gabbard, 2005/2007, pp. 218-219), associa la depressione al tema della perdita di un

oggetto significativo e ai tentativi di superare tale rinuncia mediante i meccanismi di introiezione e identificazione del Sé con l'oggetto perduto, il quale diviene bersaglio dei profondi sentimenti di rabbia e successivi sensi di colpa per aver canalizzato l'aggressività sulle persone oggetto di investimento libidico.

In età adulta, la depressione può essere ingenerata da nuove perdite o delusioni che inducono a provare sentimenti negativi verso figure appartenenti al presente o al passato che hanno ferito la persona, deprivandola in modo reale o immaginario del loro amore. A tale dolore è possibile riscontrare contestualmente l'attivazione di difese maniacali quali diniego, onnipotenza, disprezzo e idealizzazione, funzionali a recuperare l'oggetto d'amore, respingere oggetti negativi interni e/o negare la propria dipendenza servile. Clinicamente, i pazienti possono

misconoscere il proprio bisogno di relazione, anche negando qualsiasi aggressività o distruttività, idealizzando o, al contrario, manifestando disprezzo verso gli altri. Un aspetto costitutivo dell'atteggiamento difensivo maniacale è il desiderio di trionfare sulla diade genitoriale, per ottenere una *role reversal* rispetto al rapporto bambino-genitore. Questo desiderio può spiegare quei fenomeni depressivi che si verificano in seguito alla conquista di un successo personale o scolastico, quale può essere ad esempio una promozione.

Bibring (citato in Gabbard, 2005/2007, p. 220) attribuisce peculiare importanza all'Io e in particolare allo scarto tra ideale e reale come fattore emergente della depressione; le potenti aspira-

zioni narcisistiche come *valere ed essere amato, essere bravo e amorevole ed essere forte e superiore*, sarebbero i tre parametri fondamentali a cui l'Io fa riferimento per confrontarsi con la realtà e, in caso contrario, generare sentimenti di vulnerabilità narcisistica e impotenza.

Nella depressione con sintomatologia psicotica, si può osservare una fusione del Sé con l'oggetto e la riattivazione di una relazione oggettuale interna in cui un oggetto cattivo o un Super-io primitivo, perseguita un Sé cattivo. In quest'ottica la mania può essere considerata come una riunificazione magica del Sé con il Super-io, bonificando tale figura in un'entità amorevole. In seguito, questo oggetto può essere proiettato verso l'esterno per stabilire relazioni altamente idealizzanti, dove tutta l'aggressività e la distruttività vengono negate.

Tale desiderio di riunificazione può spiegare anche alcune manifestazioni autolesive o tentativi di suicidio. Fenichel (citato in Gabbard 2005/2007, p. 225) parla del suicidio come di un giocoso e magico ricongiungimento con un oggetto amato perduto, oppure un'unione narcisistica con una figura amata superegoica, rilevando intensi desideri di dipendenza; in tal senso il suicidio può corrispondere ad un desiderio regressivo di unione con una figura materna perduta, spesso quale unico modo per stabilire la coesione del Sé.

ANAMNESI FAMILIARE E PERSONALE

Vincenzo (il nome è di fantasia per tutelarne la privacy), 51 anni, nasce da una famiglia agiata composta da padre, madre e due sorelle. Unico figlio maschio della famiglia, riferisce di aver trascorso un'infanzia serena. Conseguì la laurea in Beni Culturali dopo vent'anni dalla prima iscrizione all'Università. Dalla narrazione del paziente si viene a conoscenza di una certa assiduità iniziale negli studi universitari che rallenta drasticamente in seguito e probabilmente a causa della morte del padre, avvenuta nel 1992 successivamente ad un'estenuante battaglia contro il cancro dura-

ta ben 13 anni. Durante la malattia, Vincenzo si occupa *in toto* di lui in quanto, per ragioni culturali, il padre non condivideva con la moglie le sue vicissitudini di salute, considerandola un essere puro e spirituale. Vincenzo è cresciuto con l'immagine angelica e idealizzata della madre e la figura imponente del padre, il quale, prigioniero dei nazisti durante la seconda guerra mondiale, ha poi svolto il ruolo di ispettore del lavoro, venendo descritto e ricordato da tutti per la sua integrità morale.

Alla morte del padre, Vincenzo rimane a casa con la madre e le sorelle, quando, nel 2000 autoriconosce sintomi attribuibili ad uno stato depressivo e si rivolge a molti psichiatri che esercitano privatamente.

Nel 2004 tenta il suicidio per la prima volta attraverso l'ingestione di farmaci.

Altri tentativi lo portano a vari ricoveri "a porta girevole" e spingono l'SPDC ad interessare il CSM a che se ne faccia carico evitando il ricovero, a volte coatto, e si diano risposte reali a stati d'animo a carattere ambivalente e a volte deliranti.

Vincenzo non ha mai effettuato prestazioni lavorative. È titolare di pensione di invalidità civile. Ha avuto una relazione sentimentale della durata di tre anni, non si è mai sposato ed ha vissuto esperienze sessuali di tipo adolescenziale che reitera ancora oggi. Non si riscontrano patologie organiche di rilievo.

Vincenzo viene inserito dal Centro di Salute Mentale di appartenenza in una struttura socio-riabilitativa h 12 nel 2017, per l'attuazione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, in seguito ad un ricovero dovuto ad un ennesimo tentativo di suicidio. L'inserimento viene preceduto da un periodo di conoscenza del gruppo casa, delle metodologie relazionali e dei laboratori espressivi e dinamici che costituiscono il percorso riabilitativo psico-sociale degli utenti.



Dopo due mesi accetta di trasferirsi nella struttura.

Ad oggi, assume terapia farmacologica con antipsicotici non depot, depot, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi, benzodiazepine.

PERIODO DI RIFERIMENTO

2017 - 2020.

PROFILO PSICOLOGICO

AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO

L'osservazione clinica dell'utente mette in luce la circolarità di una modalità di funzionamento (chiaramente disfunzionale) caratterizzata da sbalzi umorali che sembrano riflettere il suo profondo ed atavico conflitto edipico mai pienamente risolto. Le sue psicopatologie quotidiane riflettono una lotta al riconoscimento, all'individuazione del proprio posto nel mondo, una differenziazione che non arriva mai a compimento e che parrebbe nascondere la fantasia di spode-

stare l'individuo del suo stesso sesso (il padre) per la conquista della sua tanto agognata posizione, una condensazione fantasmatica a carattere vessatorio e prevaricatorio che origina nella valorizzazione a spese altrui e che, nell'atto di distruggere l'oggetto amato, danneggia anche se stesso. Fantasmaticamente per il paziente tanto la vicinanza quanto la lontananza all'oggetto amato risultano angoscianti.

Vincenzo non palesa uno stato di completa consapevolezza del suo disagio e non ha chiaro il suo obiettivo all'interno della comunità, non discriminando il *primum movens* connesso alle motivazioni che lo hanno portato ad intraprendere il percorso in struttura.

Egli minimizza i gesti di matrice auto ed etero/lesionista, sostenendo di compierli a causa di sentimenti di solitudine e di angoscia ed esprime spesso il desiderio di "riuscire a parlare con

la gente", come se esistesse un'unica modalità comunicativa adeguata di rapportarsi con gli altri ed i suoi tentativi non fossero mai all'altezza delle sue aspettative.

Vincenzo si presenta come una persona ben curata nell'aspetto. La sua postura rigida e controllata si accompagna ad un eloquio altrettanto forbito e attento, cogentemente al desiderio di non deludere le aspettative sociali e di consentirgli di "fare bella figura", ma puntualmente tradito da una profonda insicurezza che lo porta a ritrattare ogni minima affermazione.

Nel corso degli anni, ha instaurato con la madre un legame simbiotico/mutualistico entro il quale non è stato possibile integrare ed interiorizzare gli aspetti positivi e quelli negativi del proprio essere. Inoltre, la perdita prematura del padre, non ha permesso al paziente di portare a termine il processo di maturazione della propria personalità, lasciando degli irrisolti anche nell'ambito dell'identità sessuale. La figura maschile di riferimento è di fatto una figura assente, indebolita da una malattia che non è riuscito a sconfiggere. Non è chiaro in che modo egli abbia elaborato tale lutto, sembrerebbe però che il processo di crescita e di maturazione risulti essere stato interrotto.

Col trascorrere del tempo, all'interno del percorso riabilitativo si è potuto constatare come il funzionamento del paziente alterni fasi di progresso a sconfortanti regressioni.

Tale dinamica, che descrive anche la forza del bisogno di dipendenza che lo caratterizza, si traduce in un ciclico alternarsi di fasi di sviluppo e fasi di regressione, nelle quali manifesta il conflitto intrapsichico tra il suo io reale e quello ideale.

Sul piano comportamentale si evince una resilienza all'apertura verso l'altro che sembrerebbe essere funzionale a frenare una fantasia dalle conseguenze devastanti.

Il suo pensiero non presenta alcun tipo di deficit sul piano cognitivo: la sua capacità di elaborazione delle informazioni, così come l'organizzazione spazio-temporale, le funzioni mnemoniche e la capacità di apprendimento, risultano intatte.

Dimostra capacità di cura di sé ed empatia, che però vengono spesso minate da emozioni forti di rabbia, invidia e angoscia di separazione che ne ostacolano l'esperienza profonda. Queste ultime emergono spesso nei suoi scambi interpersonali, nonché nell'uso massiccio di meccanismi intrapsichici aggiuntivi di difesa quali l'intellettualizzazione e la razionalizzazione. Periodicamente polarizza l'interesse ideo/affettivo sulle operatrici della comunità in una modalità che gli ritorna addosso in termini castranti e frustranti mantenendo in questo senso intatto il suo legame di dipendenza fondato sulla mancanza (di capacità, di possibilità, di rapporti, di un'identità definita) e, dunque, sul bisogno degli altri.

Ogni tentativo che Vincenzo compie per colmare il senso di vuoto, solitudine e inadeguatezza non è costante perché repentino è il ritiro, la distruzione di quanto sperimentato un attimo prima attraverso il sollevamento di dubbi e di costanti auto-svalutazioni che lo reinscrivono in un *rotulus* di dipendenza. Il rapporto con l'oggetto amato è un rapporto castrante, dove il desiderio viene represso e piuttosto incastonato, allineato ed infine confuso con quello dell'altro. Mentre è alla ricerca spasmodica di una propria identità e di un proprio ruolo ne interiorizza la valenza aggressiva, vitale e, spaventandosene, finisce col confondersi, immergendosi nel desiderio di perpetrare relazioni filiali e simbiotiche che vanificano ogni suo tentativo di emersione.

Dell'esperienza di Vincenzo, fanno parte sensi di colpa, autocommiserazione ed uno stato di tensione costante protesa rivolta ad un'impeccabilità ideale (esperire pulsioni o percepire desideri che si discostano da quelli dei familiari generano la percezione continua dell'errore). La sfera dell'autovalutazione rispecchia una parzialità irrisolta che



malcela i suoi altalenanti stati d'animo e genera costanti errori di valutazione della realtà che, oltretutto, hanno delle ricadute negative sui "modelli operativi interni" (*Internal Working Models*).

Gli aspetti depressivi e di ritiro fanno parte di tale vissuto e garantiscono il rapporto con l'oggetto amato, necessario alla sua sopravvivenza.

Il lavoro terapeutico individuale e di gruppo durante la permanenza in comunità hanno permesso di "tangere" queste dimensioni di sofferenza e di autenticità. I suoi movimenti appaiono ancora timidi tentativi di testare la resistenza e l'apertura all'altro, come se volesse essere sicuro di poter uscire allo scoperto. Ogni atto spontaneo viene investito affettivamente e vissuto come qualcosa di squallido che va eliminato, soppresso in favore di un conformismo dai contorni castranti. L'affettività si presenta come sregolata: repressa o espressa in maniera inappropriata e via d'accesso a fantasie di natura psicotica.

Al meccanismo di idealizzazione e svalutazione non sottopone solo l'altro ma, più spesso, tale modalità risulta essere autocentrata.

Nel corso del tempo si sono potute notare espressioni di timori di abbandono cui segue un'aspra autosvalutazione e disprezzo per l'emersione di quelle parti considerate indesiderabili, inaccettabili. Il costo emotivo di tale movimento sembra essere il sacrificio di una parte di sé in favore di una relazione fondata sulla propria sottomissione e sofferenza.

Sul piano relazionale, difatti, si nota un incremento delle occasioni di scontro verbale dentro le quali sembra emergere il proprio bisogno di autoaffermazione e che suonano come esercizi di indipendenza, esperimenti dentro i quali prendere le misure. Il conflitto fra dipendenza e desiderio di emancipazione rappresenta uno dei nuclei attorno al quale si è strutturata e oltretutto dal quale promana costantemente e si alimenta la sua sofferenza.

L'aggressività è parte integrante della sua esperienza interna, la maggior parte delle volte repressa ed introiettata, talvolta emerge in maniera dura e diretta, spesso espressa sotto forma di attacco interno all'oggetto amato. L'identità personale e sessuale appare ancora indefinita e confusa, laddove il peso dell'aspettativa sociale non permette di comprendere in modo chiaro la direzione delle proprie spinte ad un'idealizzazione che lo spinge verso figure femminili (ad un desiderio dai tratti irrealizzabili fa seguito il pensiero di una sessualità che si dirige – lo si riscontra nei *lapsus linguae* o in frasi sfuggenti – verso il genere maschile).

Sentimenti di colpa, vergogna e invidia sono centrali nell'esperienza interna con un oggetto d'amore intrusivo che non ammette l'esistenza di un desiderio altro.

Oggetto di ogni percorso psicoterapeutico e riabilitativo è quello di favorire l'elaborazione e lo sviluppo di un'identità matura dentro la quale ciascun individuo possa accogliere un'immagine di sé reale, univoca e duratura. Si persegue pertanto l'obiettivo di sostenere l'emergere di una modalità relazionale meno rigidamente ancorata alla qualità masochista dell'esperienza del piacere e la sperimentazione di relazioni altre, dentro le quali il desiderio possa perdere il ruolo di castrante persecutore che ad oggi riveste.

SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE

MMSE (Mini-Mental State Examination), test neuropsicologico per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettuiva e della presenza di deterioramento cognitivo.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) versione 4.0 ampliata, è uno strumento di misurazione per la valutazione della psicopatologia globale.

Accertamento psicodiagnostico all'ingresso con MMSE: dalla somministrazione del test per la valutazione neuropsicologica delle funzioni cognitive generali, emerge un punteggio grezzo pari a

30 (cut off 29/30) indicativo di assenza di deficit cognitivi. Pertanto, dalla performance dell'utente si rileva assenza di deterioramento cognitivo.

In una successiva somministrazione del test di valutazione MMSE nell'anno 2020, il punteggio rimane invariato, non rilevando alcun deterioramento cognitivo.

Accertamento psicodiagnostico all'ingresso con BPRS: dalla somministrazione del test, emerge un punteggio totale pari a 55. Dal punteggio rilevato emerge un grado di severità alto nelle seguenti scale: "rischio di suicidio", "sentimenti di colpa", "ansia", "ostilità".

Per quanto concerne le scale "rischio di suicidio" e "sentimenti di colpa", si ipotizza che il paziente, al momento della somministrazione, si trovasse in una forte fase depressiva. Per quanto riguarda invece il punteggio rilevato nelle scale "ansia" e "ostilità", si suppone che il tono dell'umore stia per protrarsi verso la fase maniacale, giustificando la ciclicità del disturbo bipolare. Il risultato è da considerarsi, in linea di massima, di lieve severità.

In una successiva somministrazione, nell'anno 2020, emerge un punteggio totale pari a 62. Dal punteggio rilevato emerge un grado di severità alto nelle seguenti scale: "ansia", "depressione", "sentimenti di colpa". Pertanto, si ipotizza che al momento della somministrazione il paziente si trovasse nella fase depressiva del disturbo bipolare.

Dal confronto tra le due somministrazioni emerge che il valore attribuito al punteggio delle scale "ansia", "depressione", "sentimenti di colpa", "sospettosità", "rallentamento motorio", è diminuito nella seconda somministrazione rispetto alla prima. Da ciò si può dedurre che l'inserimento e la convivenza in un contesto gruppale, attraverso gli interventi riabilitativi effettuati, ha fatto sì che la sintomatologia, correlata alle problematiche relazionali, sia diminuita rispetto al momento dell'ingresso in comunità.

PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

Obiettivo generale: ottenere miglioramenti nell'area "Abilità di base"; "Capacità di socializzazione"; "Abilità strumentali".

Obiettivo globale: reinserimento nel contesto sociale al fine di ottenere miglioramenti sul versante economico e affettivo.

Obiettivo specifico: "Cura di sé"; "Cura della propria salute fisica"; "Gestione della propria salute psichica"; "Cura del proprio spazio di vita"; "Partecipazione alla vita sociale e di comunità"; "Partecipazione alla vita familiare"; "Gestione del denaro"; "Attività produttive e socialmente utili"; "Interessi".

Obiettivo strumentale: ottenere un miglioramento delle abilità di comunicazione dell'intera famiglia di convivenza contribuendo a creare attorno un ambiente meno stressante.

Interventi rispetto alle abilità di base: Programma sulla "Cura di sé".

Interventi di risocializzazione: Attività di gruppo di competenza sociale (AGCS); Social Skills Training.

Interventi di tipo espressivo: Alfabetizzazione informatica; Arterapia; Tecniche di espressione corporea.

Interventi di addestramento e formazione lavoro: IPS (Programma di supporto all'impiego).

Interventi rivolti alla famiglia: Colloqui con i familiari e interventi informativi e di psicoeducazione familiare.

Tecniche riabilitative a supporto del programma di intervento: Acquisizione abilità di coping (centrate sull'emozione, centrate sul problema); Abilità di problem solving; Training dell'assertività: sistema dei 5 livelli dell'assertività: 1. Autonomia emotiva 2. Libertà espressiva 3. Rispetto di sé e degli altri 4. Autoaffermazione 5. Immagine positiva di sé.



SCALA DI VALUTAZIONE RIABILITATIVA

VADO (Valutazione del Funzionamento delle Abilità e Definizione degli Obiettivi)

Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (FPS) all'ingresso: pari a 50. Si evidenziano marcate difficoltà nell'area delle relazioni personali e sociali. Il livello di disfunzione nelle aree "Cura dell'aspetto e dell'igiene" e "Attività socialmente utili" risulta "evidente ma non marcato". Il valore attribuito all'area "Comportamenti disturbanti e aggressivi" risulta "assente".

In una successiva compilazione della scala FPS, il punteggio totale del "Funzionamento Personale e Sociale" è pari a 60.

Andamento del funzionamento personale e sociale: persistono le difficoltà marcate nell'area dei rapporti interpersonali e sociali che ostacolano il paziente nella costruzione, nel mantenimento e nella valutazione dei rapporti. L'oscillazione del punteggio è imputabile al miglioramento registrato nelle restanti aree: maggior consapevolezza della propria salute e igiene personale, costante partecipazione alle attività riabilitative e all'impegno stabile nelle attività quotidiane. Dimostra capacità organizzative e collaborative che mette in campo prevalentemente attraverso un modo adempiacente di conformarsi alle regole. Trascura talvolta la cura del proprio aspetto sebbene abbia acquisito in questo item maggiore autonomia. Si prende cura degli spazi di vita con costanza e meticolosità. Nelle relazioni interpersonali alterna momenti d'apertura e disponibilità a momenti di profonda chiusura e invidia. Generalmente si sente gratificato dalle attenzioni rivoltegli dagli altri che, nutrendo la componente narcisistica della quale è intrisa la sua personalità, ne alleviano contemporaneamente la sofferenza. La tendenza ad esagerare nell'uso del denaro, e più in generale, delle proprie risorse, resta una caratteristica che ciclicamente ripropone. Intatte le capacità di orientamento e di spostamento in città. Ancora da potenziare risulta invece l'approfondimento dei propri interessi che manifesta, ma lascia inespressi.

CONCLUSIONI

Solitamente, gli individui che affrontano un percorso riabilitativo a orientamento psichiatrico, interiorizzano una struttura relazionale tendenzialmente ambivalente, in cui la stessa patologia psichiatrica è espressione dell'incapacità di tollerare (o mentalizzare) la possibilità che l'altro sia dotato di un proprio desiderio, orientabile verso altri oggetti. Il desiderio dell'altro, la sua vitalità, diviene insopportabile in quanto corrisponde simbolicamente al limite relazionale e/o alla negazione del rapporto stesso con lui e quindi, spesso, tende a convergere con il vuoto: l'altro rappresentato coincide *tout court* con la sua dimensione interiore, l'assenza in termini relazionali viene percepita come mera distruttività, ed è per questo che l'autonomia non è concepibile a nessun livello, nemmeno embrionale.

È all'interno di quest'ottica che la riabilitazione psichiatrica si pone come obiettivo la comprensione profonda e autentica della dinamica intrapsichica del soggetto e del suo vissuto emotivo oltrepassando la deriva di un approccio psichiatrico puramente formale e riconoscendo nell'équipe multidisciplinare uno strumento fondamentale che consente all'utente un contatto ricorsivo con l'alterità, in cui il rapporto con l'altro è mediato e vincolato dal ruolo quale sublime espressione di libertà. Il progetto terapeutico permette di costruire relazioni basate sulla funzionalità, consentendo alla persona di sviluppare conoscenza, pensiero, di introdurre categorie spaziali e temporali che sono potenzialmente in grado di ampliare l'orizzonte dell'esperienza. Fare esperienza di estraneità implica che il soggetto sperimenti la propria reale condizione, entri in contatto con il proprio vuoto esistenziale attraversando una fase depressiva che, pur essendo caratterizzata da momenti di regressione, si differenzia dalla sofferenza patologica perché al suo termine si osserva un movimento in avanti del soggetto, assemblando delle componenti inizialmente scisse tra loro come mondi e promuovendo la consapevolezza di sé. È questo il movimento che descrive il percorso terapeuti-

co-riabilitativo di Vincenzo, un movimento a spirale in cui si torna indietro per innalzarsi verso l'alto.

L'obiettivo precipuo è favorire la crescita psicologica attraverso percorsi di dilazione dei propri desideri e di rivalutazione del proprio narcisismo nell'ottica di facilitare il processo di svincolo da relazioni fondate sulla sofferenza. Far emerge altresì – attraverso le relazioni e gli impegni quotidiani – un potenziale capace di riequilibrare lo stato di disagio psichico. Fornire lo spazio relazionale (attività lavorative e di empowerment) in cui divenire consapevole delle proprie risorse e capacità, così da tenere a bada le fantasie autolesionistiche che ancora influenzano profondamente il suo pensiero e, di riflesso, ne condizionano il comportamento.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia l'Ente che ha fornito i dati relativi al percorso riabilitativo del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental di-

sorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method of grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press (trad. it. Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina, Milano 2007).
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual. PDM-2* (2nd ed.). New York: Guilford Press (trad. it. Manuale diagnostico psicodinamico, Raffaello Cortina, Milano 2018).
- Morosini, P., & Casacchia, M. (1995). Traduzione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, 3, 199-228.
- Morosini, P., Magliano, L., & Brambilla, L. (1998). *V.A.D.O., Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi*. Trento: Erickson.
- Vita, A., Dell'Osso, L., & Mucci, A. (Eds.). (2019). *Manuale di riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale* (Vol. 2). Roma: Giovanni Fioriti.





L'ANALISI NEUROPSICOLOGICA IN SOGGETTI AFFETTI DA MENINGIOMA STUDIO DI UN CASO

Ludovica Bruno
Psicologa Psicoterapeuta
Esperta in Neuropsicologia Clinica

RIASSUNTO

Il meningioma è la neoplasia intracranica più comune. Dati epidemiologici recenti suggeriscono che il meningioma è il più frequente tumore primitivo cerebrale, costituendo quasi un terzo di tutti i tumori del SNC. I meningiomi si diversificano ampiamente per dimensioni. La maggior parte è di piccole dimensioni, asintomatica ma possono raggiungere dimensioni considerevoli prima di provocare dei sintomi che differiscono a seconda della dimensione e sede del tumore; tra i più frequenti vi sono la comparsa di una sintomatologia convulsiva, deficit visivi, motori, sensitivi, del linguaggio, alterazioni psichiche, senso di confusione, alterazione del tono dell'umore e comportamentali con, a volte, veri e propri cambiamenti della personalità. Si possono verificare disturbi cognitivi, come deficit di memoria, dell'orientamento, dell'attenzione, facile distraibilità, disturbi nei processi decisionali ed intenzionali. L'autore sostiene che attraverso una valutazione neuropsicologica pre e post intervento si posso-

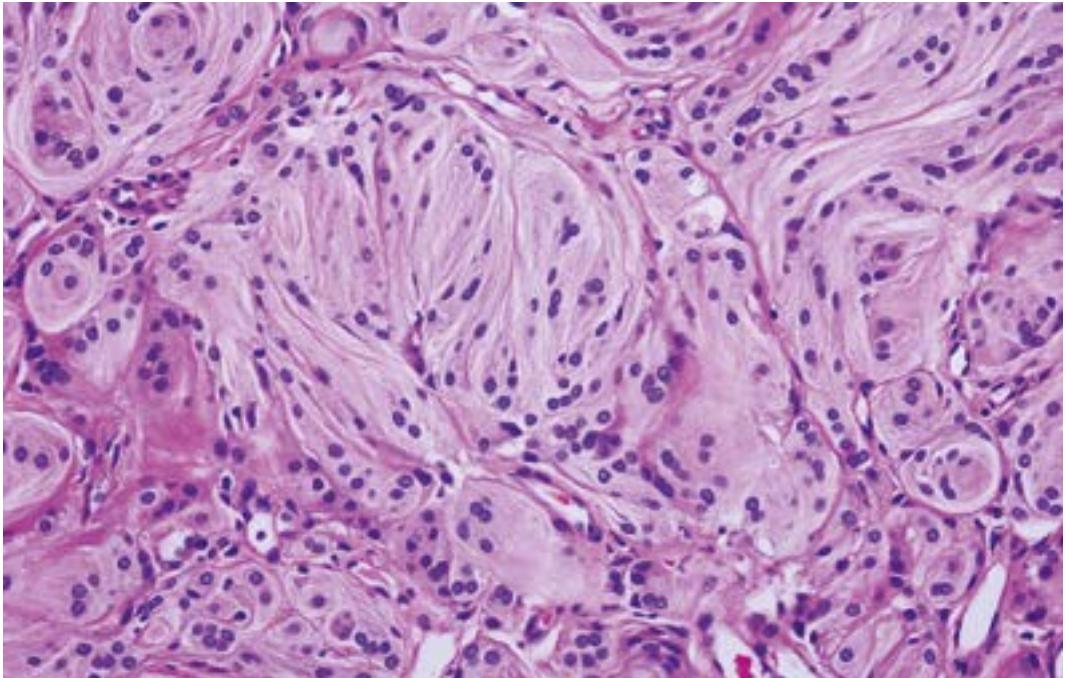
no riscontrare nello specifico le difficoltà legate alla sfera cognitiva e comportamentale e, una volta effettuato il trattamento chirurgico o medico, è possibile improntare un percorso di riabilitazione cognitiva per le funzioni colpite, favorendo il recupero funzionale. La ricerca è stata svolta presso la U.O.C. di Neurochirurgia del P.O. "V. Fazzi" di Lecce, su un solo caso di Meningioma di tipo meningoteliade di grado 1, ricoverato in reparto.

PAROLE CHIAVE

Valutazione Neuropsicologica, Riabilitazione Cognitiva, Meningioma, Neurochirurgia.

INTRODUZIONE

Le neoplasie del SNC si suddividono in tumore primitivi e metastatici; ciascuna di queste categorie rappresenta la metà dei tumori cerebrali. Il meningioma è la neoplasia intracranica più comune. I meningiomi (benigni, atipici, e anaplastici) sono il più grande gruppo di neoplasie meningoteliali. Sono tra i tumori cerebrali più frequenti, costi-



tuendo circa un quarto fino ad un terzo delle neoplasie primarie intracraniche. La classificazione WHO (World Health Organization) suddivide i meningiomi in tre gruppi a seconda del grading e della possibilità di recidiva. I meningiomi di I grado del WHO presentano un basso rischio di recidiva e di crescita aggressiva. Questi meningiomi benigni dal punto di vista istologico e biologico sono i più frequenti. Altri sottotipi di meningioma, invece, sono associati ad un comportamento clinicamente più aggressivo ed outcome meno favorevole. I meningiomi atipici corrispondono al II grado WHO. Il meningioma anaplastico ("maligno") è la forma più aggressiva di meningioma, corrispondente al III grado WHO. Il meningioma è uno dei pochi tumori cerebrali che presenta una predominanza nel sesso femminile. Le donne sono affette dai meningiomi tipici con una percentuale doppia rispetto agli uomini. Il rapporto F:M varia con l'età, con picchi di 3,5-4:1 nei pazienti di mezza età. I meningiomi sono tumori della media età e degli adulti più anziani. Il picco d'incidenza è nella sesta o nella settima decade.

Sebbene il meningioma costituisca meno del 3% dei tumori primari del cervello nei bambini, esso rappresenta la più frequente neoplasia durale nei pazienti di quest'età. Storicamente, il meningioma veniva considerato il secondo più frequente tumore cerebrale intracranico primario (dopo l'astrocitoma). Dati epidemiologici recenti suggeriscono che il meningioma è il più frequente tumore primitivo cerebrale, costituendo quasi un terzo di tutti i tumori del SNC. I meningiomi tipici costituiscono il 90-95% di questi tumori. Molti TM (meningiomi comuni o tipici) sono piccoli e vengono individuati incidentalmente attraverso le immagini o al riscontro autoptico. La prevalenza di lesioni subcliniche si attesta all'1-3%. I meningiomi multipli sporadici (ad es. non sindromici) si verificano nel 10% circa dei casi.

I meningiomi si diversificano ampiamente per dimensioni. La maggior parte è di piccole dimensioni, asintomatica, individuata incidentalmente con crescita minima ed è solitamente controllata con immagini radiologiche seriate, quali TAC



e RMN. Altri, possono raggiungere dimensioni considerevoli prima di provocare dei sintomi. I meningiomi possono essere solitari o multipli. Le metastasi extra craniche sono estremamente rare. Quando si manifestano, le metastasi coinvolgono generalmente i polmoni o lo scheletro. I sintomi differiscono a seconda della dimensione e sede del tumore. Tra i sintomi più frequenti vi sono la comparsa di una sintomatologia convulsiva e/o comparsa di deficit visivi (per es. annebbiamento, diplopia, ecc.), deficit motori (per es. disturbi della deambulazione, dell'equilibrio, deficit della forza, ecc.), sensitivi (per es. alterazioni del gusto), disturbi del linguaggio, sia nell'espressione che nella comprensione, ma anche alterazioni psichiche, senso di confusione e in generale perdita/riduzione delle capacità intellettive, alterazione del tono dell'umore e comportamentali con, a volte, veri e propri cambiamenti della personalità.

Si possono verificare disturbi nei processi decisionali ed intenzionali e/o deficit delle capacità di concentrarsi su compiti specifici. Infatti, questi pazienti mostrano un'attenzione disturbata, un'aumentata distraibilità, una difficoltà nell'afferrare l'insieme di un complicato stato di eventi, la tendenza a divagare da un argomento all'altro nel corso della conversazione, l'inconcludenza nel portare a termine qualunque operazione prima di intraprenderne altre suggeritegli dal minimo richiamo dell'ambiente.

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 da 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 nervi cranici non influiscono molto sull'outcome. La radiochirurgia stereotassica o la chemioterapia del progesterone potrebbero essere delle opzioni per i pazienti con TM presenti in sedi critiche come ad esempio il seno cavernoso. Una valutazione neuropsicologica pre e post intervento potrebbe verificare nello specifico le difficoltà legate alla sfera cognitiva e comportamentale e, una volta applicato il trattamento chirurgico o medico adeguato, improntare un percorso di riabilitazione cognitiva per le funzioni colpite o deficitarie, un sostegno psicologico ed un reinserimento nella vita quotidiana e sociale del paziente.

METODI

Nel presente lavoro viene presa in considerazione la valutazione neuropsicologica pre e post intervento chirurgico che ha interessato il caso clinico di una paziente con diagnosi di *"Meningioma di tipo meningoteliade di grado 1 con presenza di focolai di necrosi ischemica"*, ricoverata 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, l'aspetto cognitivo come un valore aggiunto al solo aspetto organico, importante nel recupero della patologia e della qualità della vita, rilevando come una valutazione neuropsicologica potrebbe identificare deficit cognitivi nelle patologie esaminate.

Lo strumento considerato nella ricerca è una batteria di test somministrata alla paziente, sia prima che dopo l'intervento chirurgico che valuta le seguenti funzioni cognitive: efficienza cognitiva generale; memoria verbale a breve e lungo termine; memoria spaziale a breve e lungo termine; capacità costruttive e percezione visuo-spaziale; capacità di ragionamento logico - astrattivo e funzioni esecutive; linguaggio; attenzione. In più è stato aggiunto un test di screening il M.M.S.E. (Measso et al. 1993), che ha la finalità di esaminare varie aree cognitive in modo preliminare.

STRUMENTI

Lo strumento utilizzato è una batteria di test cognitivi ed un test iniziale di screening M.M.S.E. (Measso et al. 1993). L'elenco delle prove cognitive utilizzato per l'indagine neuropsicologica è il seguente:

1. MMSE
 2. Disegno dell'orologio
 3. Matrici Progressive di Raven
 4. Span Spaziale di Corsi
 5. Span Verbale Parole
 6. Memoria di Prosa (rievocazione immediata e differita)
 7. Parole di Rey (rievocazione immediata e differita)
 8. AC di Milano
 9. Figura di Rey (copia e memoria)
 10. Fluenza Verbale Semantica
 11. Fluenza Verbale Fonemica
 12. Trail Making Test
 13. WCST
 14. FAB
-
1. M.M.S.E.: valuta l'efficienza cognitiva generale in modo orientativo e la presenza di deterioramento cognitivo. È utilizzato come strumento di screening ed è costituito da trenta item, che fanno riferimento a sette aree cognitive differenti: orientamento nel tempo, orientamento nello spazio, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio e prassia costruttiva.
 2. Test dell'orologio: valuta le abilità prassiche di costruzione dell'oggetto, le abilità di rappresentazione mentale, le abilità di pianificazione della disposizione dei numeri nel quadrante e la capacità logica di 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 chiede 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.
 3. Matrici Progressive di Raven: valutano le capacità di ragionamento logico-astrattivo di materiale non verbale. Nella consegna viene fatta vedere una figura con una parte mancante e il paziente dovrà scegliere quale delle sei figure in basso a quella data completa nel modo migliore quella sopra. Se il paziente non comprende la consegna è possibile aiutarlo solo al primo item. Il paziente può cambiare risposta prima di passare alla matrice successiva ma non è possibile ritornare su una matrice precedente.
 4. Span Spaziale di Corsi: valuta la memoria a breve termine visuo-spaziale. L'esaminatore toccherà alcuni cubetti presenti negli strumenti del test, il paziente dovrà toccare gli stessi cubi che tocca l'esaminatore nello stesso ordine. L'esaminatore torna con l'indice sul tavolo dopo ogni tocco. È prevista una prova preliminare che consiste nel toccare una volta tutti i cubi da 1 a 9. Si passa alla lunghezza successiva solo se il paziente ha eseguito correttamente due serie su tre.
 5. Span Verbale di Parole: valuta la capacità della memoria a breve termine del paziente attraverso la memorizzazione e ripetizione di una serie di parole. L'esaminatore legge una serie di parole e il paziente deve ripetere nello stesso ordine. Si inizia con poche parole e poi si aumenta fino a quando il paziente riuscirà a ripeterle tutte. Si passa alla lunghezza successiva solo se il paziente ha ripetuto correttamente due serie su tre.
 6. Memoria di Prosa. Rievocazione Immediata: valuta la capacità di memorizzare un racconto, determina l'impiego di meccanismi di integrazione delle informazioni, di pianificazione delle informazioni in maniera coerente, di comprensione verbale. Si legge un racconto al paziente e poi si chiede di ripetere tutto quello che ricorda. Rievocazione Differita: valuta la memoria a lungo termine; dopo la



- prima rievocazione del paziente, l'esaminatore rilegge una seconda volta il raccontino e si riferisce al paziente che lo dovrà rievo- care solo dopo lo svolgimento di un compito visuo-spaziale, che non interferisce con il ri- cordo verbale del raccontino.
7. Parole di Ray: valuta le capacità di memoria a lungo termine verbale. Consiste nella lettura di una lista di 15 parole, il paziente deve ri- petere quelle che ricorda; la lista viene letta per 5 volte ed ogni volta il paziente dovrà dire tutte le parole che ricorda. Dopo un intervallo di 15 minuti in cui verranno svolte prove non verbali si chiederà al paziente di dire quali pa- role ricorda della lista detta prima.
8. AC di Milano: valuta le abilità costruttive e di copia del paziente. Si fa vedere la figura al paziente e si chiede di copiarla, nello spazio sottoindicato, il più possibile uguale.
9. Figura di Rey: valuta le capacità costruttive e di memoria a lungo termine spaziale. Si fa vedere la figura che dovrebbe ricopiare sul foglio bianco. Dopo 10 minuti, in cui verran- no somministrati compiti verbali, si chiede di disegnare la figura che ha ricoperto prima. Il paziente in entrambe le prove non può ruo- tare il modello.
10. Fluenza Verbale Semantica: valuta le capa- cità di ricerca lessicale semantica. Il pazien- te dovrà dire tutte le parole che conosce che appartengono ad una determinata categoria (colori, animali, città, frutta). Il tempo di som- ministrazione è di 2 minuti per ogni categoria.
11. Fluenza Verbale Fonemica: verifica le capa- cità del paziente di recuperare le parole dal lessico, facendo una selezione sulla base del fonema iniziale (F, A, S) in 1 minuto di tem- po ciascuno. Sono valutate anche le abilità di



accesso e di recupero lessicale, oltre che la capacità di selezionare un'adeguata strategia di ricerca.

12. 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, 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.

13. Trial making test – B (TMT-B): valuta 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. 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.

14. WCST: valuta la flessibilità cognitiva, ricerca e selezione di strategie. È una prova particolare in quanto l'esaminatore non può spiegare molto su come svolgere il compito. Non c'è

limite di tempo. Bisogna cambiare criterio ogni 10 abbinamenti corretti senza avvertire il paziente.

15. FAB: è una batteria di screening o di primo livello per esaminare il funzionamento esecutivo globale composta da prove cognitive e comportamentali: somiglianza, fluenza fonemica, programmazione di una serie motoria con la mano dominante, risposta ad istruzioni contrastanti, go no-go, comportamento di prensione.

SOGGETTI

Il campione è composto da 1 paziente degente presso l'U.O.C. Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi di Lecce, con un'età di 58 anni ed una scolarità di 13 anni. La diagnosi medica della paziente è di "*Meningioma di tipo meningoteliade di grado 1 con presenza di focolai di necrosi ischemica*".

Criteri di inclusione

Si tratta di una paziente ricoverata presso la U.O.C. Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi di Lecce, con diagnosi di Meningioma di tipo meningotelia- de di grado 1.

Criteri di esclusione

Nel protocollo di ricerca è stata inserita il paziente 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.
- Pazienti con gravi limitazioni motorie all'arto superiore dominante.

PROCEDURA

La procedura prevede la somministrazione di una batteria di test cognitivi con l'aggiunta di un test di screening. La valutazione viene effettuata prima e dopo l'intervento chirurgico, previa sottoscrizione del consenso informato. I punteggi considerati ai fini di ricerca sono quelli relativi ai test di valutazione cognitiva sopra elencati.



RISULTATI

Dalla somministrazione dei test sia pre che post-intervento chirurgico si evidenziano delle variazioni in diversi ambiti.

Valutazione Efficienza Cognitiva Generale

MMSE. La prestazione al MiniMental State Examination nella valutazione prima dell'intervento non si colloca nella norma indicando deterioramento cognitivo con moderata compromissione, si hanno alterazioni nell'orientamento temporale, la paziente non ricorda la data del giorno, il giorno della settimana e la stagione. Anche le capacità attentive e del calcolo risultano deficitarie, come altresì il richiamo immediato e differito delle tre parole (pane, casa, gatto). Nella valutazione post-intervento la prestazione al MiniMental State Examination si colloca nella norma indicando un adeguato livello di efficienza cognitiva generale, anche se gli errori di orientamento e memoria permangono. Il punteggio grezzo ottenuto nella valutazione pre-operatoria è 17, il punteggio standardizzato secondo la taratura di Maesso et al. (1993) è di 15.99 quindi ben al di sotto della norma (tenendo presente come cut-off 23.8).

Il punteggio grezzo ottenuto nella valutazione post-operatoria è 25, il punteggio standardizzato secondo la taratura di Maesso et al. (1993) è di 23.99 quindi poco sopra la norma (tenendo presente come cut-off 23.8).

Matrici Progressive di Raven. La somministrazione delle Matrici Progressive di Raven evidenzia buone capacità di ragionamento logico - astrattive, in entrambe le prestazioni. Il punteggio grezzo ottenuto nella valutazione pre-operatoria è 24, il punteggio standardizzato secondo la taratura di Carlesimo et al. (1996) è di 22.3 quindi nella norma. Nella valutazione post-operatoria il punteggio grezzo ottenuto è 25, il punteggio standardizzato secondo la taratura di Carlesimo et al. (1996) è di 23.3 pertanto nella norma.

Valutazione Memoria

Span Spaziale di Corsi. Il punteggio ottenuto in entrambe le valutazioni è patologico; la paziente ottiene 2 come punteggio grezzo, corretto secondo la taratura di Spinnler e Tognoni (1987) è 0, non nella norma. La paziente, si interrompe facilmente, dicendo di non ricordare quale cubetto toccare; chiede che l'esaminatore ritocchi i cubetti. Nel momento in cui non riesce, si scusa e sprofonda in un pianto.

Span Verbale Parole. Allo span verbale il punteggio ottenuto è 2, nella prima valutazione, che corretto secondo la taratura di Spinnler e Tognoni (1987) è 1.5, cioè patologico. Un minimo miglioramento si ha nella seconda valutazione (punteggio grezzo 3, punteggio corretto 2.5), ma rimane alterato. È bene notare nel caso della signora, che potrebbe non essere tanto un problema di capacità di MBT quanto un problema di attenzione in codifica o in recupero.

Memoria di Prosa. Nel test di memoria di Prosa, la paziente ottiene punteggi patologici sia nella prima che nella seconda valutazione, anche se in questo caso, come nello span verbale di memoria, va meglio nella valutazione dopo l'intervento chirurgico (punteggio grezzo pre-intervento 1.2, punteggio corretto -0.05; punteggio grezzo post-intervento 2.7, punteggio corretto 1.45, secondo la taratura di Spinnler e Tognoni (1987)). In entrambe le valutazioni la paziente ha difficoltà nella rievocazione immediata e differita, confabula, riferisce elementi non presenti nella storia originale, tende a produrre resoconti totalmente inventati sul breve racconto, tanto da riferire poi nella rievocazione differita falsi ricordi. È come se la paziente, nella rievocazione differita andasse a riprendere dalla sua memoria, quella storia che ha riferito prima, ma che già in precedenza era inventata. Questo può indicare che la paziente abbia deficit di memoria, probabilmente più difficoltà esecutive di codifica piuttosto che di consolidamento e di recupero e, deficit delle funzioni cognitive.

Test delle 15 Parole di Rey. Nel Test delle 15 Parole di Rey ci sono sostanziali differenze tra la valutazione pre e post intervento chirurgico. La paziente, dopo l'intervento neurochirurgico avrebbe migliorato i punteggi non solo nella rievocazione immediata, ma soprattutto nella rievocazione differita, ponendo i risultati nettamente nella norma.

■ **Valutazione Pre-Intervento**

- **Rievocazione immediata:** alla prima rievocazione riesce a ricordare solo 3 parole: violino, tempo e isola con due intrusioni: sonno e giorno. Le successive ripetizioni presentano un leggero miglioramento. Nell'ultima ripetizione la paziente riesce a ricordare 5 elementi su 15. Alla fine del test la Signora ricorda 22 su 75. Nella taratura di Carlesimo et al. (1996) il punteggio corretto è 10, collocandosi al di sotto della norma ($N > 28.53$).
- **Rievocazione differita:** la Signora riesce a ricordare le solite 3 parole ricordate anche nella rievocazione immediata: violino, notte e brodo. Nel tentativo di ricordare altre parole effettua 4 intrusioni: sonno, letto, scuola e pagina. Il punteggio corretto, secondo la taratura sopra citata è di 2.5 e si colloca al di sotto della norma ($N > 4.69$).
- In entrambe le ripetizioni, la paziente tende a ripetere più volte le stesse parole, ciò può indicare deficit di monitoraggio frontale.
- **Riconoscimento:** la paziente riesce a riconoscere e ad avere ben 13 risposte corrette su 15; tuttavia effettua ben 16 falsi riconoscimenti. La Signora fornisce in questa prova una performance superiore a quella di rievocazione differita.

■ **Valutazione Post-intervento**

- **Rievocazione immediata:** alla prima rievocazione riesce a ricordare 5 parole: violino,

notte, campagna, lira, isola ed effettua tre intrusioni: terra, casa e scuola. Eccetto la seconda ripetizione in cui la paziente ricorda solo 4 parole, dalle successive ripetizioni si ha un miglioramento. Nell'ultima ripetizione la paziente riesce a ricordare 8 elementi su 15. Alla fine del test la Signora ricorda 32 su 75. Nella taratura di Carlesimo et al. (1996) il punteggio corretto è 30, collocandosi ai limiti del patologico ($N > 28.53$).

- **Rievocazione differita:** la Signora riesce a ricordare ben 7 parole su 15, inserendo parole non presenti nell'elenco come: scuola, giorno e terra. Il punteggio corretto, secondo la taratura sopra citata è di 6.5 e si colloca ben al di sopra della norma ($N > 4.69$).
- Una buona rievocazione differita e una borderline rievocazione immediata possono indicare difficoltà esecutive di codifica e buone capacità di consolidamento e recupero. Inoltre, in entrambe le ripetizioni, la paziente tende a ripetere più volte le stesse parole, ciò può indicare deficit di monitoraggio frontale.
- **Riconoscimento:** la paziente riesce a riconoscere e ad avere ben 9 risposte corrette su 15; tuttavia effettua ben 14 falsi riconoscimenti. La Signora fornisce in questa prova una performance superiore a quella di rievocazione differita.

Valutazione Abilità Costruttive

Test dell'Orologio. In tale test la Signora ottiene punteggi patologici sia nella valutazione pre-intervento che nella valutazione post-intervento.

Valutazione Pre-Intervento: la Signora inserisce i numeri nel quadrante in senso orario a partire dal 1, anche se si dimentica del 6, del 7 e del 12. La disposizione dei numeri è lievemente errata. Nel posizionamento delle lancette ci sono lievi imperfezioni. Il punteggio totale ottenuto da LT



è 3. La valutazione del test è stata effettuata con la taratura di Mondini et al. (2003) in cui il punteggio di cut-off è 7 (alta scolarità > 8 anni). Sembra che l'immagine mentale dell'orologio sia conservata, ma la mancanza di oltre 2 numeri e le imperfezioni nel collocare le lancette, fanno in modo che la paziente ottenga un punteggio patologico.

Valutazione Post-Intervento: la Signora non inserisce nessun numero nel quadrante, sono inserite solo delle linee ad indicare i numeri (mancandone sempre una per arrivare a 12). Le lancette vengono, però, posizionate più o meno correttamente. Il punteggio totale ottenuto è 2.5, al di sotto della norma secondo la taratura di Mondini et al. (2003). La prestazione segnala una chiara difficoltà a costruire una figura complessa a partire da una rappresentazione mentale. Si osserva un'incapacità ad organizzare il percepito da un punto di vista spaziale poiché non sono assolutamente inseriti i numeri e, quindi, non vengono assolutamente rispettati gli assi (12 - 6 e 3 - 9).

AC di Milano. Nel test di AC di Milano la paziente esordisce, alla presentazione della prova, con il dire che non è mai stata brava nel disegno e che sicuramente non riuscirà al meglio nel copiare le figure. La Signora ottiene esattamente lo stesso punteggio in entrambe le valutazioni, punteggio corretto 8.75, corretto secondo la taratura di Spinnler e Tognoni (1987), ponendosi ai limiti della norma.

Valutazione Pre-Intervento: la Signora è più decisa e facilmente riesce a copiare le figure, la copia del cubo, del quadrato - cerchio - triangolo insieme e dell'ultima figura (sequenza di triangoli) non è esattamente corretta.

Valutazione Post-Intervento: nella copia delle figure la signora non ha mai avuto un tratto fermo, sempre tremolante e soprattutto si nota la micrografia in tutte le figure, oltre che imperfe-

zioni e semplificazioni, in cui le figure riprodotte rispettano la configurazione generale del modello, ma presentano un numero minore di angoli o di elementi, perseverazioni, in cui tutto il modello, la figura del cubo in questione, viene ripetuta due volte durante la copia, omettendo sempre lo stesso elemento.

Test della Figura di Rey. La paziente in questa prova, come anche nell'AC di Milano esordisce con il dire che non è brava nel disegnare le figure. Spesso nella prova di memoria, si ferma e si demoralizza esprimendo la sua preoccupazione sulle sue capacità di memorizzare le figure, le parole. Soprattutto nella valutazione pre-intervento sprofonda in un pianto di sconforto.

Valutazione Pre-Intervento: i punteggi riportati nella complessa figura di Rey, sia in copia che in memoria, sono patologici. Nonostante, apparentemente, la figura sembra essere ben copiata, prendendosi tutto il foglio per ricopiarla, omette diversi elementi, come la verticale grande e piccola, l'orizzontale grande e piccola, il rettangolo piccolo di sinistra, la verticale e l'orizzontale del triangolo di destra. Ottenendo così un punteggio grezzo di 21 su 36 elementi, corretto poi secondo la taratura di Bertolani et al. (1993), ma risultando comunque al di sotto della norma ($N < 28.87$).

La memoria della figura è nettamente scarna di particolari. Vi è solo il contorno, qualche ricordo del rombo e dell'orizzontale piccola, ma poi ci sono pochi altri elementi mal riprodotti o mal posizionati. Anche in questo caso la Signora prende in considerazione la superficie di tutto il foglio. La paziente ottiene un punteggio corretto di 8.25 secondo la taratura sopra citata (punteggio equivalente 0).

Valutazione Post-Intervento: in questa valutazione la paziente ha prestazioni decisamente migliori nella memoria della figura di Rey, (punteggio corretto 15.25 secondo la taratura sopra

riportata, punteggio equivalente 4) ma ben al di sotto della norma nella copia della stessa, con punteggio grezzo di 20 su 36 elementi.

Anche in questo test, come nel test di AC di Milano, la Signora disegna con tratto tremante e utilizzando la micrografia.

Valutazione Funzioni Esecutive

Fluenza Verbale Semantica. Nella Fluenza Verbale Semantica la paziente appare inizialmente tranquilla, poi durante il compito diviene ansiosa. Si ferma più volte affermando di non ricordare più niente, di non riuscire a rievocar alcun colore. Proprio per questa categoria, ad esempio, nella prima valutazione ci sono all'incirca 12 ripetizioni. La sua preoccupazione è più quella di far bene il compito che quella di riuscir a dire quante più parole è possibile. I risultati ottenuti in entrambe le valutazioni sono esattamente gli stessi (punteggio equivalente ai limiti della norma, 1). Se nella valutazione pre-intervento vi è un punteggio totale di 47, con riportati in memoria ben 9 colori, 13 animali, 15 città, 10 tipi di frutta, nella

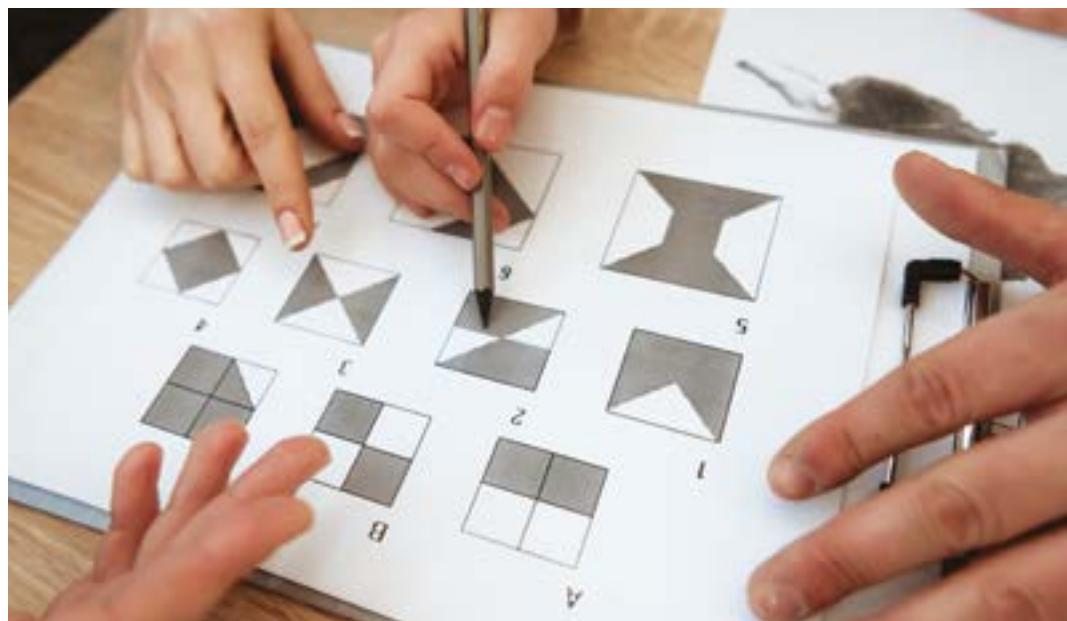
valutazione post-intervento il punteggio totale è 59, con il ricordo di 11 colori, 15 animali, 20 città, 13 tipi di frutta. Punteggi corretti secondo la taratura di Spinnler e Tognoni (1987).

Fluenza Verbale Fonemica. La Signora ottiene lo stesso punteggio nella valutazione pre e post-intervento, punteggio grezzo 28, corretto secondo la taratura di Carlesimo et al. (1996) risulta essere 23.8, che corrisponde al punteggio equivalente di 2 (in un range da 0 a 4). Ottiene, quindi, punteggi nella norma. In questa prova, a differenza del test di fluenza semantica, ci sono solo 3 ripetizioni complessive nella valutazione pre-intervento e 5 ripetizioni nella valutazione post-intervento.

Trail Making Test. Nel Trail Making Test la Signora porta a termine solo la parte A. La parte B non viene eseguita, in entrambe le valutazioni.

- **Valutazione Pre-Intervento**

- **TMT A:** la paziente comprende come svolgere la prova, impiega 110 secondi per





completarla, compie 4 errori, in particolare non collega il numero 5 con il numero 6, collega direttamente il 13 al 15, collega il 22 direttamente al 24. Il punteggio verrà corretto seguendo la taratura di Giovagnoli et al. (1996). Il punteggio equivalente è 0, al di sotto della norma ($N > 93$).

- **TMT B:** la paziente comprende come svolgere la prova, ma durante il foglio di prova ha difficoltà, saltando la lettera B e il numero 3 e collegando direttamente il 2 alla C. Scusandosi dell'errore, si corregge e arriva alla fine. Inizia la prova vera e propria, nonostante le venga fatta una correzione istantanea per non aver alternato numero-lettera prosegue con l'item successivo della stessa lettera. Effettuando più di tre errori dall'inizio, la prova si interrompe e, quindi, la prova B del TMT non è eseguibile.

▪ **Valutazione Post-Intervento**

- **TMT A:** la paziente comprende la consegna del compito, impiega 165 secondi, che corretti per età e scolarità secondo la taratura sopra citata è 159, si pone nel punteggio più basso del range dei punteggi equivalenti. La prestazione a questa prova è patologica. Nonostante la Signora abbia impiegato più tempo per completare la prova, è stata più corretta facendo solo 2 errori.
- **TMT B:** anche in questa valutazione, come in quella pre-intervento, la paziente comprende la consegna della prova, tanto da svolgere bene la prova preliminare. Successivamente, inizia bene la prova, ma arrivata al numero 4 collega il numero 5, invece della lettera D. Poi dalla lettera D collega direttamente il 6, il 7, l'8, fino al numero 11, non adempiendo più alla consegna della prova. Effettuando più di tre errori dall'inizio, la prova si interrompe e, quindi, la prova B del TMT non è eseguibile.

Wisconsin Card Sorting Test (WCST). La somministrazione del WCST nella valutazione pre-intervento non è stata possibile, appare stanca e si oppone nell'eseguire il test.

Nella valutazione post-intervento la signora appare stanca di dover affrontare ancora un'altra prova. È ancora più demoralizzata nel momento in cui all'inizio per due volte, la risposta dell'esaminatore è "sbagliato". Quando si pensava che stava per completare una nuova serie, subito cadeva in errore. Ha dimostrato grande difficoltà a cambiare mentalmente il target e provare nuove soluzioni una volta ricevuto giudizio negativo. La signora non è riuscita a terminare le sequenze e ha concluso 3 serie.

Ottiene come punteggio globale 98, effettua 44 errori perseverativi, 41 errori non perseverativi e 2 perdite del set. Trasformati in punteggi corretti attraverso la taratura di Laiacona et al. (2000), risultano esseri tutti, tranne la perdita del set al di sotto della norma.

Frontal Assessment Battery (FAB). La paziente ottiene lo stesso risultato in entrambe le valutazioni. Sia prima che dopo l'intervento chirurgico esegue correttamente gli item di somiglianza, fluenza fonemica, serie motorie, comportamento di prensione, ma nei compiti in cui si indaga la sensibilità all'interferenza come il sub-test istruzioni contrastanti e, nei compiti di controllo inibitorio come il Go - No - Go la paziente compie più di 2 errori, influenzando poi il punteggio finale. In totale la Signora ottiene un punteggio grezzo di 14 su 18. Secondo la taratura di Apollonio et al. (2005), il punteggio corretto corrisponde a 13.3, che corrisponde ad un punteggio equivalente di 0 (in un range da 0 a 4).

DISCUSSIONE

L'esame neuropsicologico ha valutato lo stato di efficienza cognitiva generale, la memoria e le abilità prassico-costruttive.

I risultati della valutazione pre-intervento hanno dimostrato deterioramento cognitivo con moderata compromissione, con disturbo in tutte le prove di memoria a breve e lungo termine verbale e spaziale, disorientamento temporale, disturbi nei compiti di attenzione, nelle capacità costruttive e nei compiti di sensibilità all'interferenza e controllo inibitorio.

Il quadro cambia dopo l'intervento neurochirurgico. Se prima si potevano ipotizzare i disturbi cognitivi a carico di un probabile decadimento cognitivo, nella valutazione post-intervento, il profilo cognitivo varia: presenta uno stato di buona efficienza cognitiva generale, adeguate capacità di memoria a lungo termine, ma presenta soprattutto deficit di memoria a breve termine verbale e spaziale, deficit di attenzione e deficit delle capacità costruttive e di pianificazione. È utile soffermarsi su questi ultimi risultati per poter delineare degli obiettivi, delle metodologie e delle strategie di intervento riabilitativo. Si è, così, delineato un training riabilitativo di tipo cognitivo, focalizzato sulle abilità attenzionali e mnestiche con tre incontri settimanali e follow-up dopo 6 mesi circa.

Il progetto terapeutico ha diversi obiettivi:

- restituire ovvero ripristinare, almeno in parte, le funzioni danneggiate per migliorare le funzioni cognitive deficitarie;
- compensare ovvero, intervenire sulle abilità risparmiate o sull'ambiente per compensare il deficit; la paziente potrà imparare ad usare "protesi cognitive", come agende o altri dispositivi elettronici, oppure giovarsi di un ambiente strutturato per svolgere operazioni complesse con un impegno ridotto delle risorse esecutivo-strategiche;
- migliorare l'impatto dei deficit cognitivi nella vita quotidiana del paziente.

Più nello specifico gli obiettivi saranno:

- trattamento del disorientamento temporale;
- trattamento del deficit attenzionale;
- trattamento del deficit di memoria a breve termine verbale e spaziale;

- trattamento dei deficit frontale di recupero delle informazioni e del monitoraggio di esse, e poi ricerca e selezione di strategie per raggiungere uno scopo.

Inoltre, per tutta la durata dell'intervento riabilitativo si procederà con il sostegno psicologico non solo alla paziente ma anche ai suoi familiari. Con la Signora si potrà lavorare nell'intraprendere e proseguire questo progetto terapeutico, non solo da un punto di vista cognitivo, ma anche fisiatrico per postumi invalidanti (emiplegia sinistra) che richiedono, appunto, trattamento riabilitativo. La terapia di sostegno rivolta alla paziente riguarderà la consapevolezza della sua malattia, il suo essere demoralizzata in una situazione così disagievole. Per quanto riguarda i familiari, il sostegno riguarderà non solo l'aspetto psicologico, ma saranno loro rivolte spiegazioni del disturbo degenerativo della signora e saranno date indicazioni utili sul modo di affrontare le varie problematiche che potrebbero emergere nella gestione del deficit. Il trattamento riabilitativo delineato potrà avere durata per circa 6 mesi al termine del quale si procederà con una successiva valutazione neuropsicologica, andando ad analizzare l'aspetto qualitativo e quantitativo delle funzioni cognitive, aspettandoci risultati di miglioramento per le capacità cognitive che risultavano deficitarie.

CONCLUSIONI

Valutata in diverse sedute, l'analisi qualitativa e quantitativa delle funzioni cognitive della paziente ha rilevato un deficit prevalente a carico delle capacità attentive, di memoria a breve termine verbale e spaziale e di funzioni frontali, quali recupero delle informazioni e del monitoraggio di esse, ricerca e selezione di strategie, sottolineando la mancanza del mantenimento dell'attenzione, ma anche dell'esecuzione di compiti diversi contemporaneamente. Tale disturbo attenzionale comporta difficoltà nel memorizzare informazioni nuove. Inoltre, dato che il meningioma della paziente è localizzato a livello parietale di destra, estendendosi fin sul lobo frontale, la signora presenta emiparesi sinistra dell'arto superiore e inferiore.



Il presente lavoro si propone di analizzare la fattibilità e la validità della valutazione neuropsicologica pre e post intervento neurochirurgico nello studio di un caso approfondito di Meningioma, al fine di avere informazioni sulle funzioni cognitive disfunzionali. Questa analisi vuole, quindi, evidenziare l'importanza della valutazione neuropsicologica sia delle prestazioni cognitive e comportamentali compromesse dal meningioma, ma anche della rilevanza che essa può avere in un'ottica riabilitativa, al fine di delineare un percorso di sostegno psicologico e di riabilitazione cognitiva, favorendo la paziente e la sua famiglia nell'eventuale utilizzo di strategie riabilitative, generalizzate poi alla vita di tutti i giorni.

BIBLIOGRAFIA

- Baddeley, A.D. (1986). *Working Memory*, Clarendon Press, Oxford; trad. it. La memoria di lavoro, Milano, Cortina, 1990.
- Baddeley, A., Wilson, B. & Watts, F. (Eds.) (1995) *Handbook of Memory Disorders*. Chichester, W.Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Bear, M. F., Connors, B. W., Paradiso, M. A. (2002). *Neuroscienze. Esplorando il Cervello*. Milano: Masson.
- Brodmann, K. (1909). *Vergleichende Lokalisa-*
tionslehre 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.
- Grossi, D., Trojano, L. (2011). *Lineamenti di neuropsicologia clinica*. Roma: Carocci Editore.
- Ladavas, E., Berti, A. (1999). *Neuropsicologia*. Il Mulino, Bologna.
- Mazzucchi, A. (a cura di) (1998). *La riabilitazione neuropsicologica. Premesse teoriche e applicazioni cliniche*. Elsevier. Masson.
- McCarthy, R. A., Warrington, E. K. (1990). *Neuropsicologia cognitiva, un'introduzione clinica*, Raffaello Cortina Editore.
- Mondini S., Mapelli D., Vestri A., Arcara G., Bisacchetti P.S. (2011). *Esame Neuropsicologico Breve*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Owen AM. Cognitive planning in humans: neuropsychological, neuroanatomical and neuropharmacological perspectives. *Progress in Neurobiology* 1997;53:431-450.
- Spinnler, H., Tognoni, G. (1987). Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici, in *Italian Journal of Neurological Sciences*, 6, Supp. 8, 47 - 50.



LA PSICOLOGIA CLINICA A DIALOGO IN SENATO PER LA GIORNATA MONDIALE DELLA FAMIGLIA

Annarita Altamura

Psicologa. Specialista in Psicologia Clinica,
Psicoterapia e Gruppoanalisi Clinica.
Dirigente ospedaliera e Docente abilitata.

RIASSUNTO

L'articolo qui riportato è stato presentato a conclusione della "X Giornata Mondiale della Famiglia", svoltasi a Roma dal 24 al 26 Giugno scorso. Per tale occasione, la Senatrice Paola Binetti ha realizzato, in Senato e presso il Centro Culturale Villa delle Palme a Roma, un ciclo di eventi promossi a seguito dell'Anno Internazionale della Famiglia indetto da Papa Bergoglio nel 2021.

L'articolo, dal titolo e sottotitolo più avanti menzionati, è stato scritto con la supervisione del gruppo di lavoro per la ricerca scientifica "Mepsiche e Sanprao", registrata con marchio originale per il decennio 2019-2029 e già pubblicata in "anteprima" su questo notiziario.

PAROLE CHIAVE

X Giornata Mondiale della Famiglia. Violenza "domestica". Rapporto EURES sugli omicidi in famiglia. Natura proiettiva e introiettiva della mente. Ricerca scientifica "Mepsiche e Sanprao".

ARTICOLO PER IL SENATO

«**E LIBERACI DALLA VIOLENZA
"DOMESTICA" QUOTIDIANA».**

SOTTOTITOLO

Dalla natura "proiettiva e introiettiva" della mente agli effetti di trascinamento della violenza, persino nella vita domestica.

Rapporto EURES-2022 sugli omicidi in famiglia: si uccide ogni 40 ore con dati in aumento del 10%.



A Salvaguardia della Famiglia, Cuore Sociale dell'Umanità, Papa Francesco propone *in extremis* le 'distanze di sicurezza'.

INDICE

N	VOCI
1	TITOLO
2	INDICE
3	NOTE (autrice e G.S.R.)
4	ANTEFATTO
5	STESURA
6	CONCLUSIONI
7	BIBLIOGRAFIA

NOTE

Altamura Annarita (Cognome e Nome)

Psicologa. Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapia e Gruppoanalisi Clinica.

Dirigente ospedaliera e Docente abilitata.

Titolare della ricerca scientifica "Mepsiche e Sanprao": marchio registrato su scala nazionale (decennio 2019-2029)

Copyright © dell'AUTRICE

email: altamuraannarita@gmail.com

Gruppo di Supervisione per la Ricerca Scientifica "Mepsiche e Sanprao": marchio registrato su scala nazionale (decennio 2019-2029)

Fabello Marco

Direttore Rivista *Fatebenefratelli*

Religioso dell'Ordine Fatebenefratelli di San Giovanni di Dio e Dirigente Ospedaliero

Membro CEI per la Consulta della Pastorale Sanitaria
email: fra.marco@fatebenefratelli.eu

Grasselli Prof.ssa Bruna

Professore Senior

▪ Dipartimento Scienze della Formazione Uni-

versità degli Studi di Roma TRE

▪ Università Pontificia Lateranense

email: bruna.grasselli@uniroma3.it

Bruno Dr.ssa Lilla

Dirigente Scolastico

▪ Istituto Comprensivo 'Sen. Jannuzzi - Mons. Di Donna" di Andria (BT)

email: lilla.bruno72@gmail.com

ANTEFATTO

L'articolo, nasce dalla partecipazione al <Ciclo di Tre Incontri Sulla Relazione Coniugale>, come da programma a seguire, organizzato dall'Ufficio Stampa della Senatrice Paola Binetti, e successivamente all'<Evento in Senato> che ne ha rappresentato l'esordio. Si riportano i rispettivi testi *ad litteram*:

PROGRAMMA (Settembre 2021)

Anno internazionale della Famiglia

Premesse di un solido rapporto, cura della relazione e superamento della crisi.

Nell'ottica dell'anno della Famiglia, indetto dal Santo Padre Papa Francesco, che si concluderà. Si è pensato di analizzare l'attuale situazione sociale, secondo il piano tracciato, classico, in Medicina:

Prevenire, Curare, Riabilitare.

Trattare la coppia come una creatura viva e dinamica, che cresce e si sviluppa, si ammalà e guarisce, inciampa e ricomincia.

I giovani in procinto di fondare una nuova famiglia affrontano sfide culturali indotte sia dal pensiero moderno che dalle nuove condizioni sociali e di mobilità per il lavoro, condizioni che tendono a disperdere la famiglia compromettendo la relazione coniugale.

Il Programma è stato preceduto dall'invito all'**<Evento in Senato>**

Carissimi,

questi due anni di Pandemia sono stati difficili per tutti, sotto tanti e diversi punti di vista. Per molti di noi il Covid ha inciso soprattutto sotto il profilo della salute, per molti altri è stato il lavoro a presentare nuovi ostacoli. Certamente l'organizzazione della vita di famiglia ha richiesto nuove acrobatiche capacità per tenere insieme le relazioni familiari, sociali e professionali, dando a ognuno ciò di cui aveva più bisogno. Per questo abbiamo deciso di inaugurare il prossimo anno 2022 ripartendo proprio dalla Famiglia. E poiché dal 22 al 26 Giugno 2022 si terrà a Roma l'incontro mondiale delle Famiglie, abbiamo pensato di dedicare l'anno ad una serie di incontri e di dialoghi proprio sul Tema famiglia, cominciando con l'organizzare il nostro primo incontro in Senato il primo Lunedì di Settembre 2021. Vogliamo proprio ripartire da qui per ragionare insieme e lanciare ulteriori iniziative di riflessione su questo tema. Sono molteplici le implicazioni sociologiche, educative, ma anche politiche e professionali che possiamo affrontare, considerando la famiglia, nonostante l'evidente crisi in cui versa, come il fondamento della Società. Desideriamo dare un forte contributo culturale all'argomento con la speranza di raccogliere proposte e suggerimenti positivi, anche sul piano normativo, a sostegno delle politiche per la famiglia. Sono molte, perfino troppe, ad esempio, le sfide che debbono affrontare i giovani che decidono di costituire una nuova famiglia: c'è il tema del lavoro, quello della casa e non ultimo quello dei figli. La famiglia è un tema troppo importante per restare chiuso nella dimensione privata, merita tutto il giusto supporto da parte delle Istituzioni, che non sempre però ne sono consapevoli fino in fondo...

La Sen. Paola Binetti

N.A.M.

La scrivente è stata accreditata in presenza a tutti e tre gli incontri del suddetto programma, fra i 23 partecipanti accolti nella sede di realizzazione.

ESPOSIZIONE

Citavo Tonino Bello, o più noto 'don Tonino', con il suo finale: «...perché qui si muore...», a conclusione dell'articolo da me pubblicato nel Giugno 2021 (rif.).

Avevo scelto, infatti, la Sua preghiera, chiamata dell'**<Unicef rovesciato>**, per far mio il Suo invocare l'aiuto dei più piccoli, dei bambini, perchè «..noi, grandi, e figli dell'opulenza e inquilini di uno squallido Terzo Mondo Morale, (ne) abbiamo bisogno...».

Don Tonino, da terziario francescano, prima che da vescovo, aveva scoperto, in sé, la radice più profonda del Vangelo, che nell'essere "piccoli" identifica la vera "grandezza".

Dall'età di 15 anni, attraverso di Lui, divenuto vescovo delle 'mia' Diocesi, ho respirato quella propria capacità di amare che nell'Amore, da Gesù Cristo ad oggi, come in Chiara e Francesco d'Assisi, in San Giovanni Di Dio, nei *nostri* Santi Francescani -Padre Pio da Pietrelcina, Giovanni Paolo II, anch'Egli terziario-, come in tutto il francescanesimo, si fa talmente 'minore' da preferire il porsi:

- «..fra gli ultimi...»
- «..in fondo, anzi in Cima...» e soprattutto
- «..nelle periferie sociali...» (rif.)

E, mai, mai avrei potuto immaginare di poter sentire me stessa, a un certo punto della mia vita, come 'ultima' fino a quella 'invisibilità morale' da parte dei cosiddetti 'miei', da cui mi sono sentita osteggiata mentre avrebbe dovuto essere il contrario, nel momento del crollare.

Si sa, s'impara sulla pelle, ed è in questa direzione che *qui si assume a lezione-madre*, quella di Papa



Francesco che crede nella pedagogia dell'«errore» insieme alla Grazia del Perdono!

Egli, Fedele a tutta la Coscienza Evangelico-religiosa del Cattolicesimo e storica della Cristianità, non può che essere coerente anche alle scienze specialistiche che affermano che solo l'esperienza rende capaci di apprendimento e verità (rif.).

Bergoglio, già dal suo chiamarsi, per primo fra i papi Francesco, si è posto come iniziatore di una rinnovata fedeltà ai principi della Chiesa e che nella matrice francescana del nome, potrebbe individuarsi come 'riparatrice': «...Francesco va. Ripara la mia casa. Non vedi che è in rovina?....».

Nella storia del pontificato di Papa Francesco, la "lebbra da curare" è, peculiarmente, doppia nel tema in questione:

- invisibile, fino a quando non si rende estrema, e inconfinabilmente

▪ diffusa: "in famiglia si uccide ogni 40 ore, con dati in aumento del 10%" (rif).

Per questo Papa Francesco rivolge un'attenzione particolare alle situazioni di 'estremo male', così le chiama, con la conseguenza inevitabile di ricorrere, anche, agli 'estremi rimedi' per quelle coppie che sperimentano il fallimento del loro matrimonio. E che l'articolo vuole evidenziare, per prevenire, innanzitutto, le estreme conseguenze a comprova dello stesso titolo introduttivo.

Il 'contagio mentale' (rif.) è, concettualmente, di pari valenza con quello bio-organico che, però, dispone per protocollo della prescrizione medica del cosiddetto 'distanziamento' o 'separazione ambientale'.

Potrebbe, perciò, essere legittima la domanda: se è dovuta la prescrizione di una distanza

di sicurezza nei casi di contagio bio-organico, in situazioni di violenza esercitata fra le mura domestiche, non dovrebbe essere ‘curativa’ o ‘ri-abilitativa’ anche quella psico-relazionale, come è naturale in un classico processo clinico?

Alle coppie in crisi, che arrivo perfino al fallimento del matrimonio, Papa Bergoglio dedica le seguenti affermazioni: «Nonostante tutto il sostegno che la Chiesa può offrire alle coppie in crisi, ci sono, tuttavia, situazioni in cui la separazione è inevitabile. A volte può diventare persino moralmente necessaria». I casi sono evidentemente quelli di violenza «quando si tratta di sottrarre il coniuge più debole, o i figli piccoli, alle ferite più gravi causate dalla prepotenza, dall'avvilimento e dallo sfruttamento, dall'estraneità e dall'indifferenza». La separazione deve comunque essere considerata come «estremo rimedio, dopo che ogni altro ragionevole tentativo si sia dimostrato vano».

Oggi, con sempre maggiore incidenza, quell’essere ‘ultimi’, rivela il rischio tangibile, di far coincidere quel «l’essenziale..invisibile agli occhi» (rif.) con ciò che diventa invisibile alla propria stessa vita.

Le statistiche ufficiali, come le cronache, riportano ‘quotidianamente’ gli esiti di omicidi cosiddetti ‘dolosi’ e suicidi.

L’UNICEF mondiale, per esempio, in tema di suicidi, dichiara, che ogni 11 minuti vi è una persona fra i 10 e i 19 anni che decide di uscire dalla vita: inimmaginabile!

Con questa consapevolezza, è persino prevedibile che lo stato di quel fenomeno, chiamato nel titolo ‘violenza domestica’, sia talmente diffuso da renderne centrale –o oserei dire, salvifica- l’analisi di Papa Francesco nello scenario dei fallimenti, innanzitutto morali, della vita cosiddetta ‘familiare’.

In questa realtà attuale, così amara, ancora una volta, come fossero un raggio di luce in pieno buio, risuonano le parole del Papa a guidare, verso la “direzione giusta”, il senso della Decima Festa Mondiale della Famiglia (Roma, 22-26 Giugno 2022).

A partire dalle parole-chiave come “realità, emergenza, urgenza”, l’invito –e naturalmente la fede e la speranza- è che esse siano legate, innanzitutto, alla presa d’esame di coscienza della dilatante situazione di crisi della famiglia attuale, e poi che siano ri-orientate ai valori della Bellezza e della Santità che sono le ali della Vocazione alla Vita!

Ancora una volta, Papa Francesco si mostra fedele alle premesse, puntuale e concreto nella proposta ‘curativa’, partendo dall’analisi delle criticità per arrivare a tracciare orizzonti di soluzioni operative diversificate:

FRANCESCO

«..L’annuncio cristiano che riguarda la famiglia è davvero una buona notizia » (*Amoris laetitia*). Questa affermazione della *relatio finalis* del Sinodo dei Vescovi sulla famiglia meritava di aprire l’Esortazione Apostolica *Amoris laetitia*. Perché la Chiesa, in ogni epoca, è chiamata ad annunciare nuovamente, soprattutto ai giovani, la bellezza e l’abbondanza di grazia che sono racchiuse nel sacramento del matrimonio e nella vita familiare che da esso scaturisce. A cinque anni dalla sua pubblicazione, l’Anno “Famiglia *Amoris laetitia*” ha inteso rimettere al centro la famiglia, invitare a riflettere sui temi dell’Esortazione apostolica e animare tutta la Chiesa nell’impegno gioioso di evangelizzazione per le famiglie e con le famiglie.

Uno dei frutti di questo Anno speciale sono gli “Itinerari catecuminali per la vita matrimoniale”, che ora ho il piacere di affidare ai pastori, ai coniugi e a tutti coloro che lavorano nella pastorale familiare. Si tratta di uno strumento pasto-



rale preparato dal *Dicastero per i Laici, la Famiglia e la Vita*, dando seguito a un'indicazione che ho espresso ripetutamente, cioè «la necessità di un "nuovo catecumenato" in preparazione al matrimonio»; infatti, «è urgente attuare concretamente quanto già proposto in *Familiaris consortio* (n. 66), che, cioè, come per il Battesimo degli adulti il catecumenato è parte del processo sacramentale, così anche la preparazione al matrimonio diventi parte integrante di tutta la procedura sacramentale del matrimonio, come antidoto che impedisca il moltiplicarsi di celebrazioni matrimoniali nulle o inconsistenti» (*Discorso alla Rota Romana*, 21 gennaio 2017).

Emergeva qui senza mezzi termini la seria preoccupazione per il fatto che, con una preparazione troppo superficiale, le coppie vanno incontro al rischio reale di celebrare un matrimonio nullo o con basi così deboli da "sfaldarsi" in poco tempo e non saper resistere nemmeno alle prime inevitabili crisi. Questi fallimenti portano con sé grandi sofferenze e lasciano ferite profonde nelle persone. Esse restano disilluse, amareggiate e, nei casi più dolorosi, finiscono persino per non credere più nella vocazione all'amore, inscritta da Dio stesso nel cuore dell'essere umano. C'è dunque anzitutto un dovere di accompagnare con senso di responsabilità quanti manifestano l'intenzione di unirsi in matrimonio, affinché siano preservati dai traumi delle separazioni e non perdano mai fiducia nell'amore.

Ma c'è anche un sentimento di giustizia che dovrebbe animarci. La Chiesa è madre, e una madre non fa preferenze fra i figli. Non li tratta con disparità, dedica a tutti le stesse cure, le stesse attenzioni, lo stesso tempo. Dedicare tempo è segno di amore: se non dedichiamo tempo a una persona è segno che non le vogliamo bene. Questo mi viene in mente tante volte quando penso che la Chiesa dedica molto tempo, alcuni anni, alla preparazione dei candidati al sacerdozio o alla vita religiosa, ma dedica poco tempo, solo alcune settimane, a coloro che si preparano al matrimonio. Come i sacerdoti e

i consacrati, anche i coniugi sono figli della madre Chiesa, e una così grande differenza di trattamento non è giusta. Le coppie di sposi costituiscono la grande maggioranza dei fedeli, e spesso sono colonne portanti nelle parrocchie, nei gruppi di volontariato, nelle associazioni, nei movimenti. Sono veri e propri "custodi della vita", non solo perché generano i figli, li educano e li accompagnano nella crescita, ma anche perché si prendono cura degli anziani in famiglia, si dedicano al servizio delle persone con disabilità e spesso a molte situazioni di povertà con cui vengono a contatto. Dalle famiglie nascono le vocazioni al sacerdozio e alla vita consacrata; e sono le famiglie che costituiscono il tessuto della società e ne "rammendano gli strappi" con la pazienza e i sacrifici quotidiani. È dunque un dovere di giustizia per la Chiesa madre dedicare tempo ed energie alla preparazione di coloro che il Signore chiama a una missione così grande come quella famigliare... ».

È un'analisi che a partire dal <no-all-a-violenza>, innanzitutto se scandalosa nella quotidianità della Famiglia, arriva a optare per le 'distanze di sicurezza' a garanzia di ogni protezione possibile dei casi che arrivano alle estreme conseguenze, dei casi estremi di crisi dell'identità personale e relazionale compresa quella della coppia genitoriale, perché l'amore non è vincolabile allo stare sotto lo stesso solaio. È la lucida consapevolezza che la famiglia sia il contesto a monte, 'portatore sano e malato' della diffusa crisi dell'identità personale e relazionale a contraddistinguere l'attuale degrado dello scenario sociale globale, lo "Squallido Terzo Mondo Morale" di cui parlava già 40anni fa il noto Vescovo di Molfetta, e prima Terziario Francesco. Da questa analisi e consapevolezza, la proposta del Papa si orienta ad un'azione riparatrice a radice, a una re-impostazione trasversale della stessa pastorale, *in toto*, la quale dai suoi settori più particolareggiati - l'infanzia, i giovani e il matrimonio- giunge a riedificare le istituzioni a guida di detti settori, attraverso un tracciamento coerente e continuo nel percorso vocazionale delle persone, dall'infanzia fino alla vita adulta.

Così si esprime a riguardo la Dottoressa Gabriella Gambino, sottosegretario del Dicastero per i Lai, la Famiglia e la Vita:

«...il tema fondamentale è l'annuncio della vocazione di ogni famiglia, di ogni soggetto all'interno della famiglia. ... La parola chiave credo che sia "realità", cioè partire dalla realtà perché ognuno di noi deve vivere la propria vocazione nella realtà quotidiana in cui è inserito. È importante che formiamo formatori che sappiano incontrare la realtà delle famiglie di oggi. È importante che accompagniamo le famiglie e in particolare i giovani fidanzati e gli sposi nella realtà che vivono, a partire dalla loro realtà, perché da lì possano scoprire la loro vocazione e incontrare Cristo. Ed è importante che impariamo a trasmettere la fede ai giovani partendo dalla realtà in cui sono inseriti, quindi avendo il coraggio anche di affrontare tematiche, oggi per noi, molto faticose, sulle quali a volte siamo poco preparati. Penso, ad esempio, all'ambiente digitale dei giovani, all'ambiente dei social, degli smartphone, che ci chiedono delle competenze relazionali particolari, perché da lì dobbiamo saper dialogare con i giovani e far scoprire loro la fede, anche da quei contesti»

E aggiungerei a proteggerli dalle insidie che rappresentano, innanzitutto nella formazione dei loro assetti mentali transizionali agli stati stabili mentali, propri dell'età adulta, o mentegruppo (rif.)

Le scienze specialistiche psicodinamiche affermano che la natura dinamica degli stati formativi mentali sia poggiata su principi

- di alternanza e/o prevalenza, o transizionali, con connotazioni di sbilanciamento delle istanze concorrenti a detti stati e
- corrispondenza, con connotazione di stabilità 'formativa' o di equilibrio (rif.).

La natura dinamica degli stati transizionali formativi è a sua volta regolata da processi identificatori cosiddetti 'proiettivi' e 'introiettivi' che possono essere a loro volta 'benigni o maligni'.

L'uso del 'digitale' aggrava lo sbilanciamento dei processi identificatori proiettivi maligni (rif.) e questo comporterebbe il rischio di:

- anti.strutturazione di assetti mentali sani nell'età evolutiva e
- schemate di natura regressiva nei cosiddetti adulti.

Il tutto aggravato dagli esiti della depravazione inevitabili allo stato di pandemia da Covid19 e ancora attivi.

La mia esperienza di insegnante nasce con la dizione "docente.Covid". La specializzazione in psicologia clinica mi ha permesso, in quell'avvio e preciso momento storico, di avere una lente competente per la consapevolezza dinamica che qui, per brevità espositiva, chiamerò di *mentegruppo intra-e-inter/personale, gruppale e istituzionale*. Da qui la proposta anticipatoria, poi diventata -senza certa correlazione- la disposizione scolastico-ministeriale (Atti del M.I. del 14/8/21 – Commissione in articolo 12).

Della presenza di una commissione (rif.) che però è prevista con durata annuale mentre gli esiti della depravazione da pandemia o stati similari sono di gran lunga più duraturi o meglio resistenti. Grazie alla sinergia umana, cristiana e professionale con la dirigente scolastica, nelle Note a pag.2 indicata, viene costituita e (per me, ri-)sperimentata come contesto programmatico, operativo e trasversale e gruppo di lavoro attraverso l'attuazione di progetti-pilota fra cui:

- la commissione 'Dr.V.Bruno' in interfaccia con la su citata ricerca scientifica (v.Note, parag.2);
- la patente di guida dei comportamenti (rif.) e, non in ultimo la prima, forse,
- biblioteca "spirituale" (rif.) dell'Istituto Comprendivo di riferimento.

In questo, possibile parallelismo fra le intenzioni della Chiesa di costituirsi in termini pastorali come trasversale ai vari settori già citati e la inderogabilità della continuità fra le componenti



laiche delle istituzioni civili –*in primis*, la scuola-*qui*, si ipotizza la necessità di individuare dei contesti trasversali stabili e duraturi in continuità fra loro a partire da quelli insiti nelle linee guida ecclésiali, prospettate dal Papa, fino alle istituzioni civili e religiose operanti sul piano clinico-didattico-formativo e “ri-educativo”.

La stesura analitica del progetto della commissione ‘salute’, trasversale fra le rappresentanze interne ed esterne alla istituzione scolastica, irrinunciabilmente volontaristiche, ne garantirebbe l’opportuna riproducibilità per comprovare la portata degli obiettivi già raggiunti e dalla scrivente sperimentata per il decennio 1991-2001(rif.) nelle scuole pubbliche di primo e secondo grado locali, senza soluzione di continuità.

Senza la presenza di contesti stabili formativi: nelle istituzioni e per le istituzioni mai potrà essere possibile arrivare alla ri-costruzione di una “identità umana” del singolo, come caso personale e/o, di coppia, familiare e collettivo. Resta, qui, volutamente sullo sfondo l’annosa questione della standardizzazione dei processi formativi dei formatori, soprattutto nell’area delle specializzazioni cliniche delle relazioni umane. Ciò che in conclusione si pone a contributo di una comunità di “coscienza e scienza”, sulla problematica nel titolo, è l’ipotesi di considerare i contesti trasversali -a ponte fra le istituzioni- parimenti a quel ‘terzium’ noto alla esperienza clinica e formativa, individuale e gruppale, decisivo nel mantenimento della relazione d’aiuto, in situazioni di ‘speciale’ complessità.

CONCLUSIONI

Vorrei concludere questo articolo citando: un episodio che mi ha segnato, nella mia prima esperienza di docente di scuola dell’infanzia*, durante quest’anno scolastico e una preghiera di Don Tonino Bello, con cui invocare “Maria dello Spirito” perché riporti la vita quotidiana della Famiglia -a quella che, qui, a fine contributo, oserei orientare- verso l’Identità Umana della Pace.

RESOCONTI

Ho iniziato l’esperienza di docente di sostegno, nella scuola d’Infanzia, dell’Istituto Comprensivo su menzionato, agli inizi di Dicembre 2021.

In esordio, lo stupore più evidente che riscontravo nella classe era suscitato dal TAU che, dal giorno del compimento della ‘Professione Terziaria’ porto appeso al collo, pressochè quotidianamente.

È lo stesso ‘modello’ di Tau usato da Don Tonino Bello.

Un giorno, una alunna, mentre eravamo in pieno gioco a palla in giardino –e non della classe in cui svolgevo il servizio- mi chiede: -maestra cos’è quel legnetto che porti al collo?-

Sorpresa anch’io, come è naturale e ordinario nel mondo dell’infanzia, che ti protegge da ogni rigidità inter-corrente, le rispondo con la prima cosa che –come dice il Papa- «il cuore e la mente, insieme» mi hanno suggerito in quel momento: -questo legnetto si chiama Croce di Gesù e lo porto perché mi ricorda sempre che Gesù mi ama e mi libera da ogni contrarietà-

Nei pochi secondi successivi di silenzio che rivelavano quel forte impatto emotivo legato ad uno scambio così denso, in uno sfondo, peraltro, così dispersivo, siamo riuscite a tenerci – come si suol dire, ‘con gli occhi negli occhi’, fino a quando la piccola non è irrotta con un’espressione propria del vissuto provato in conseguenza della mia risposta: -allora, lo voglio anch’io, maestra!.

Questo mi ha incoraggiata a spiegare, a scopo, didattico-formativo, il valore dei simboli come strumento di comprensione e introdurre, anche, il significato della ‘corona’ per la recita del “rosario”, nella cultura e fede cristiana.

PREGHIERA

Sposa dello Spirito (+ Don Tonino Bello)

Santa Maria Sposa dello Spirito, non ci far mancare la Tua Sollecitudine Materna perché la No-

stra Chiesa Che talvolta vede oscillare i Tratti del Suo Volto come nelle acque mosse dalla corrente, ricomponga presto la Sua Linea di Bellezza nel Dono dell'Unità e nell'Eleganza dell'Armonia.

Fa' che, messo nelle nostre mani, l'Olio degli Infermi ci riconduca ad unità non solo quando il dolore fisico dissocia la Prontezza dello Spirito dalla debolezza della carne, ma anche quando la sofferenza derivante dalle lacerazioni comunitarie ci impedisce di sperimentare la impagabile felicità propria dei fratelli che sanno vivere insieme.

Fa' che l'Olio dei Catecumeni non solo ci aiuti a riannodare alle Esigenti Utopie del Vangelo i nostri comportamenti così poveri di coerenza, ma ci renda più agevole il sollevamento-pesi dei nostri macigni spirituali, così che ogni pietra d'inciampo diventi pietra di guado.

E concedici finalmente che il Sacro Crisma, dopo averci consacrato come Te, Tempio Regale della

Santissima Trinità, ci abiliti a riscoprirci Popolo Radunato nel Nome del Padre, del Figlio e dello Spirito, e a divenire così artefici e beneficiari di quella Pace di Cui Tu sei Proclamata l'Indiscussa Regina.

BIBLIOGRAFIA

(in indice, paragrafo n.6)

Abercrombie, Jane

- "Anatomia del giudizio operativo" (1960)
Trad. a cura di Giordano M. - Ed. Franco Angeli, 2007

ALÌ M.Sali

- *La proiezione. Uno studio psicoanalitico.*
Edizione italiana, introduzione e traduzione a cura di G. Alberto Patella Ed. Milella 1990

Altamura, Annarita

- 1. "Anteprima del testo <Mepsiche e Sanprao>: sintesi teorica del modello scientifico di *mentegruppo* e sua definizione metodologica, cli-





nico-applicativa". Notiziario PsicoPuglia n.24 (da pag.218), Dicembre 2019.

2. "Una Commissione Pluridisciplinare per la Salute... Premesse di un progetto sperimentale per le istituzioni scolastiche, in tempo di emergenza da Pandemia/COVID'19". Notiziario PsicoPuglia n.26 (da pag.164), Gennaio 2021
3. "Gruppoanalisi, metacognizione e didattica, insieme per l'inclusività in tempo di pandemia. Dalla teoria alla prassi operativa, l'esperienza, nella scuola primaria 'Jannuzzi-Di Donna' di Andria (BT) del modello sperimentale *clinico-didattico-formativo*, dal nome "*La patente di guida del treno dei comportamenti e delle materie scolastiche!*" Con la presentazione della Dott.ssa Lilla Bruno, Dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo "Jannuzzi-Di Donna"- Andria (BT) Notiziario PsicoPuglia n.27 (da pag.280), Giugno 2021

Ancona, Leonardo

- "Bion e Foulkes..." Abstract, Rivista Telematica Scientifica dell'Università La Sapienza di Roma, 'Funzione Gamma', - Registr. presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)
- Atti del M.I. del 14/8/21 – Commissione in articolo 12.

Bello, Antonio (Don Tonino)

- "Fate presto bambini" 1985 - Ed. Meridiana 2010-12

Bion, Wilfred Ruprecht

- "Esperienze nei gruppi" (1961) - Ed. Armando, 2009

Diacono Antonella

- "Io sono come il mare" - Ed. Poiesis (Albero-bello), 2018

Fabello Fra Marco

- Ospitalità. Ed. San Paolo 2007

Foulkes, Siegmund Heinrich

- "Analisi terapeutica di gruppo" (1964) - Ed. Boringhieri, Torino 1967

Freud, Sigismund Schlomo

1. "Introduzione alla Psicoanalisi" (1915-1932). Bollati Boringhieri, 1978.
2. "Psicologie delle Masse e Analisi dell'Io" (1921) - Prima Edizione italiana, 1946

Giordano Maria

- Ripensare il processo empatico. Ed.Franco Angeli 2008

Grasselli Bruna, Nera Maria Matilde

- Pensare la scuola. Avio Ed.Scientifiche 2019

Grasselli Bruna, La Rovere Gabriella, Nera Maria Matilde

- Lettere dal mare della pandemia. Riemergere e guardare in alto. Avio Ed.Scientifiche 2022

Ianes, Dario e Cramerotti, Sofia (a cura di)

- "Compresenza didattica inclusiva> fra le <Metodologie e percorsi per la didattica, l'educazione, la riabilitazione, il recupero e il sostegno". Collana diretta da Dario Ianes- EdErikson (Le Guide), 2015

Patella, Alberto

1. "CASO R. Mentegruppo nello status analitico nascente del contesto clinico" -Ed. Franco Angeli, 2004
2. "Scollusione clinica. Training Gruppoanalitico in Educazione Continua in Medicina (ECM)" -Ed. Franco Angeli, 2020
3. "Trauma interazionale. Gruppoanalisi clinica delle bio-patologie emergenti" -Ed. Franco Angeli, 2021

Segal, Hanna,

- *Melanie Klein*, Ed. Bollati Boringhieri, Torino 1985.

Von Platen, Alice

- in "Antipgmalione. Gruppoanalisi e Rivoluzione formativa" - Ed. Franco Angeli, 2003

N.A.M. Tutte i riferimenti bibliografici del Santo Padre Papa Francesco sono riportati direttamente in sede delle citazioni relative.



LILLIPUT E GULLIVER

I PASSAGGI IDENTIFICATIVI DI UN ADOLESCENTE IN PSICOTERAPIA IN UNA COMUNITÀ EDUCATIVA NEL PRE E POST CRISI PANDEMICA

Alba Rizzo

Psicologa clinica Bari

Psicoterapeuta Asne-Sipsia/
i-Winnicott Roma

Candidata analista Associazione Italiana
di Psicoanalisi A.I.Psi. Roma

RIASSUNTO

Alcuni frammenti clinici tratti da un lungo lavoro di psicoterapia analitica con un adolescente all'interno di una Comunità Educativa, verranno utilizzati per declinare le riflessioni della psicoterapeuta su come le vicissitudini esterne di questi ultimi anni si siano declinate, nel processo psicoterapeutico, in una relazione non lineare e all'insegna di cambiamenti psichici significativi.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia psicodinamica, adolescenza, identità.

Massimo entra in comunità educativa all'età di 9 anni, in una prima fase accompagnato dalla madre e dai tre fratelli minori all'interno di un servizio di accoglienza madre-bambino. Dopo al-

cuni mesi, nonostante alcuni interventi mirati al recupero della genitorialità, la madre di Massimo risulta inidonea come genitore e approfittando della convalida di una recente condanna penale per un reato commesso in passato, viene revocata la responsabilità genitoriale. Massimo e i fratelli vengono separati dalla madre in 24 ore e inseriti all'interno di un servizio educativo per minori non accompagnati.

Massimo entra nella comunità educativa con l'idea che avrebbe trascorso poco tempo o comunque solo il necessario, per poter presto rientrare in famiglia con madre e fratelli. Massimo non sa bene dove si trova e perché, non sa bene perché lui e i suoi fratelli sono stati allontanati dalla madre, non fa domande e sembra subire gli eventi cercando di adattarsi come meglio può,



orientandosi tra le notizie parziali che sente e sembra abituato a situazioni confuse in cui non fare domande è una strategia di sopravvivenza, la stessa che lo guiderà costantemente e che spesso lo condurrà in errore. Massimo è un ragazzo robusto, a prima vista sembra più grande della sua età, silenzioso ma mascherato da un sorriso beffardo e provocatorio, è il maggiore tra i fratelli, subito dopo il fratello di 6 anni, la sorella di 4 anni e il fratellino di appena 1 anno. L'ingresso in casa famiglia nasce dalla denuncia di una sorella della madre che, a differenza di tutta la famiglia, ha deciso di differenziarsi vivendo una vita onesta e dedita alla fatica del lavoro, per quanto in grandi difficoltà economiche senza le quali avrebbe preso con se tutti i nipoti. La de-

nuncia è conseguenza di episodi di grave incuria della madre verso i figli, le indagini dei Servizi Sociali non impiegano molto a ritenere opportuno allontanare il nucleo madre-bambini verso un luogo protetto.

Il servizio di psicoterapia della comunità prevede degli incontri settimanali per tutti gli ospiti in carico al fine di poter valutare in principio e monitorare durante la permanenza per inquadrare le situazioni, le esigenze degli ospiti e degli operatori e contribuire ad una progettualità condivisa. L'orientamento psicodinamico e l'assetto analitico interno mi permettono ogni giorno di poter entrare in Casa Famiglia (ma anche nello studio privato) e riuscire ad osservare le dinami-

che interpersonali e intrapersonali nonostante l'ambiente comunitario di per sé crei un clima di potenziale confusione perché tutti gli ospiti sono pazienti. La formazione analitica basata anche sull'analisi personale garantisce l'opportunità di poter costruire un setting interno nel quale potersi muovere con padronanza senza creare sovrapposizioni per poter leggere e interpretare la realtà ed essere uno strumento di aiuto per i pazienti presentando loro uno spazio di aiuto, confronto e riflessione ma anche per gli operatori.

Massimo viene descritto come un ragazzo solitario, risponde a monosillabi e lascia immaginare, a chi ha voglia di scoprirlo, un mondo sommerso di cui non parla. Così parte il percorso terapeutico settimanale, Massimo arriva al primo incontro palesemente controvoglia, sebbene sembri incuriosito dalla novità; con aria sicura e sprezzante, si siede e resta silenzioso rispondendo ereticamente alle domande che gli vengono poste con l'atteggiamento di chi cerca di capire che risposta sia meglio dare. Il silenzio caratterizza tutti i primi incontri, Massimo arriva sempre barricato da un sorriso canzonatorio, si siede e con il silenzio mostra un apparente rifiuto della relazione che si concretizza nel sedersi di spalle, mostrando la sua schiena e guardando l'orologio sul muro: non parla ma ascolta, non parla ma non va via, attende fino all'ultimo secondo in cui al commiato segue il saluto alla settimana successiva. Massimo chiede agli operatori quando deve venire in terapia, poi dichiara di non voler andare ma alla fine viene e resta, facendo pensare a come possa esserci stata una sorta di depravazione relazionale, come se fosse desideroso di uno spazio che gli viene offerto e garantito ma resta incredulo e incapace di viverlo fino a rifiutarlo, come se non fosse in grado di riorganizzare le proprie risorse a suo favore. Massimo viene sempre, in silenzio e di spalle ma non manca un incontro, vivendo settimana dopo settimana l'esperienza di essere accolto.

Pian piano Massimo inizia a fidarsi e si concede di investire nello spazio e nella relazione terapeutica finendo per proporre di giocare a pallone insieme con la palla di spugna che è presente in stanza. Come ho già detto, Massimo è un ragazzino robusto, visibilmente sovrappeso e si muove in modo dinoccolato e maldestro, mentre giochiamo più volte cade inciampando su se stesso e finisce per rompere qualcosa contro cui sbatte o lancia la palla; in casa famiglia senza sapere mai come succede, rompe diverse reti del letto, le ante dell'armadio, la parete e la porta della stanza. Massimo fin dal principio sembra abitare un corpo di cui non è padrone, come se fosse un contenitore di cui non si ha consapevolezza, un po' come quei cuccioli di cane con una stazza importante. Giocando a pallone, Massimo sbercia gli spigoli del muro e insieme emerge con forza il suo bisogno di mostrarsi ai miei occhi capace, all'altezza, migliore di tutti gli altri e di me; Massimo si barrica dietro l'assoluta capacità grandiosa del "*io so giocare in tutti i ruoli, sono il migliore, nessuno mi batte*", nel calcio come in qualsiasi altra attività, mostrando però al contrario di quanto afferma con vigore e convinzione, una profonda fragilità del proprio mondo interiore in cui non sa chi è, se non rispetto a quello che gli altri gli restituiscono e in risposta Massimo dichiara un sé grandioso e onnipotente, inattaccabile e resistente. Il vero Massimo sembra essere rappresentato dal muro sberciato, forse proprio come si sente lui anche se non lo si nota apertamente.

A scuola sembra essere stato etichettato come un allievo fastidioso facinoroso, provocatorio, svogliato e violento; difficile staccarsi da questa definizione e finisce per adeguarsivisi in modo accondiscendente, allo stesso tempo preserva la sua immagine prima di tutto a se stesso dichiarandosi sempre e comunque meglio di chiunque altro. L'accondiscendenza sembra essere diventata un modo per sopravvivere e orientarsi nelle relazioni sociali e familiari, coerente con il non fare domande e non esporsi troppo se non



per come gli altri si aspettano che faccia. In casa famiglia non parla molto, si adegu alle richieste senza discutere e resta sempre periferico e in disparte. Non prende mai l'iniziativa e cerca di passare inosservato durante la giornata.

È il primo a svegliarsi la mattina perché vuole poter essere libero di utilizzare il bagno in serenità, odia arrivare in ritardo a scuola motivo per cui esce con grande anticipo preferendo aspettare lui davanti l'edificio scolastico e non trovarsi con gruppi di studenti che come lui si dirigono verso l'Istituto; emergerà nel tempo l'esigenza di non trovarsi in gruppi numerosi pena il doversi riconoscere così diverso e in difficoltà, aspetti misconosciuti e mascherati da grandezza onnipotente. I primi mesi in Casa Famiglia sembrano avergli permesso di vivere l'esperienza di essere riconosciuto nella sua individualità con le sue difficoltà ma anche nelle sue capacità, di poter vivere in un contesto di vita condivisa in cui confrontarsi con gli altri, anche coetanei, scoprire lentamente che poteva essere diverso da come gli altri lo avevano etichettato, di poter esplorare chi è e cosa vuole. La vita in Casa Famiglia e lo spazio di terapia gli permettono di scoprire di avere anche dei desideri e così di poter ad esempio chiedere di frequentare una attività sportiva pomeridiana *"per dimagrire e diventare alto"* così come precisa lui stesso.

La terapia procede affidando a me il compito di pensare e creare uno spazio per lui. I nostri incontri sono densi e ricchi, scopro il mondo di Massimo e tutta la sua fragilità e così come la vedo io la inizia a vedere anche lui, emerge tutta la sua insicurezza mascherata da un falso sé grandioso e inattaccabile. D.W. Winnicott parlava di personalità "Falso-sé" come una maschera che protegge un vero sé fragile e vulnerabile, Massimo sembra aver dovuto affidarsi ad un'immagine grandiosa e inattaccabile, risultando spocchioso e beffardo, per nascondere la sua vera natura, il vero sé rimasto esposto troppo presto e quindi non protetto da alcuno scudo

protettivo e privo di qualsiasi riferimento identificatorio. Si può ipotizzare che Massimo abbia dovuto alzare questo muro difensivo per necessità per reagire all'assenza di una cura adeguata da parte delle figure di riferimento, prime fra tutte la madre che stando ai documenti del Servizio Sociale era stata una madre molto affettuosa nei primi mesi di vita di tutti i figli, ma allo svezzamento di ciascuno di loro ha iniziato ad allontanarli curandosi solo della loro alimentazione. Nel ricordo di una operatrice, la madre offriva continuamente cibo a tutti i figli in ogni occasione, la sua cura era cibarli.

Massimo in stanza di terapia attraverso gli occhi della terapeuta inizia a vedersi in modo più obiettivo, non ha più bisogno di porgere le spalle ma pian piano si volta e si predisponde verso di me. Sul tavolo che ci divide iniziano a comparire oggetti che penso per lui, dai quali sembra attirato e così dapprima i fogli e i colori, poi le carte napoletane, quelle di Uno e poi la dama e gli scacchi che ci appassiona molto. Giocando si crea uno spazio transizionale che ci permette di entrare in contatto senza che lui si senta troppo esposto, uno spazio che permette un pensiero autentico finalizzato ad una conoscenza di un sé vero. Trascorrono settimane in cui si lasciano partite in sospeso, riprese poi nelle sedute successive, un filo ci lega e Massimo inizia ad avere fiducia che dall'altra parte qualcuno c'è, qualcuno lo osserva, lo attende e prepara uno spazio per lui, inizia un rispecchiamento in cui Massimo può finalmente vedersi nella sua parte vera senza sentirsi in pericolo. Tra i giochi un giorno Massimo scopre lo Shanghai, un gioco molto rappresentativo e simbolico, che ci sfida sull'abilità, sulla pazienza, e ci esercita sulla fiducia reciproca. Durante i giochi, mani occupate e mente più libera, meno difesa, Massimo si racconta e mi rende partecipe dei suoi dubbi, delle sue curiosità e delle sue passioni. In stanza abbiamo di comune accordo preso l'iniziativa di segnare sul muro con dei piccoli segni le sue altezze, e ammiriamo quanto sta diventando alto. Massimo è alle volte confuso e

rassegnato a non avere risposte ad alcune domande proprio come quando per la prima volta arrivò in casa famiglia.

Ovvero nella confusione della realtà, meglio non fare domande e accontentarsi di quello che si comprende, anche perché non è detto che ci sia qualcuno a dare una risposta. Il problema nasce quando nell'accontentarsi di quello che si comprende, si finisce per crearsi una realtà finta ma che si considera l'unica e inattaccabile perché l'alternativa è sentirsi perso e disorientato, quindi, Massimo diventa rigido nelle sue credenze che sono delle false conoscenze. In terapia invece può chiedere *"ma questa parola che significa?"* mi chiede un giorno riferendosi ad una canzone di Leon Faun, prendo il cellulare e insieme scopriamo il testo e lo traduco per lui. Il cantante è un ragazzo poco più grande di lui con grandi capacità di scrittura e canore, nei video ambientati nei boschi crea delle ambientazioni fantasy in cui ha il ruolo del fauno, lo ascolto e colgo ogni rimando di Massimo che sembra proiettare su questo cantante, come in tutti gli altri che mi nomina, parti di sé parti non conosciute, parti assetate di riscatto e rivalsa, persone con cui identificarsi (pensiamo ai cantanti come Fabri Fibra, Sferabbasta, etc). Così come per le canzoni, i programmi televisivi di cui ha sentito parlare ma non ha mai visto, per le notizie di attualità o gli eventi storici, i giocatori di calcio, io stessa come terapeuta mi ritrovo costantemente a dover tradurre il mondo per Massimo, renderlo digeribile proprio come una figura di riferimento primario dovrebbe fare. I nostri incontri diventano occasioni di recupero della funzione di holding, handling e mastering e nella terapia si ripete qualcosa del passato che risignificato e rielaborato, promuove un cambiamento profondo in lui. Come terapeuta mi trovo a doverlo accompagnare anche nella fase delicata in cui tutti i fratelli vengano adottati, Massimo è felice per loro e non riconosce subito la delusione per la propria condizione solitaria, sa bene di essere troppo grande per sperare in una famiglia

ma non smette mai di desiderarla anche per sé. Il fratello più piccolo nell'arco di 20 giorni viene adottato da una famiglia, mentre gli altri due fratelli con un percorso più complicato vengono dimessi in tre mesi e adottati insieme da un'altra famiglia. La nostra terapia procede, e Massimo agisce in stanza di terapia il suo stato affettivo conseguente le adozioni e allontanamenti dai fratelli: proietta all'esterno tutto ciò che è negativo, fragile, disabile definendo "scemo" chiunque non sia apparentemente funzionale e adatto ad alti obiettivi di vita. Il Meccanismo difensivo utilizzato è la proiezione, attraverso la quale allontana da sé tutto ciò che potrebbe farlo entrare in contatto con proprie incapacità, diversità da un ideale perfetto e infrangibile, lui che non è stato abbinato a nessuna famiglia. Giocando a giochi di abilità diventa una lotta con sé stessi riuscire ad attendere il proprio turno, attenersi alle regole, di volta in volta cambiate o rifiutate per affrontare la delusione di non riuscire in manovre per lui fisicamente impossibili. La vittoria è essenziale affinché possa sentirsi vivo e buono, al contrario perdere o essere in svantaggio sono motivi di disvalore personale, grande sconforto e spinta all'attacco e all'offesa dell'altro per proteggere l'immagine di sé da mortificazioni e segni di incapacità. Il lavoro terapeutico in questa fase mira al consolidamento della fiducia nella relazione terapeutica, nello spazio privato a lui riservato con l'obiettivo di far crescere un senso di realtà senza il rischio di vivere una sensazione di annullamento e soprattutto senza che si traduca nella distruzione dell'Altro per preservare se stesso.

Nei mesi precedenti la pandemia, Massimo giunge in seduta felice e soddisfatto di ritrovare ogni settimana lo spazio lasciato la volta precedente, non arriva più barricato dietro un sorriso canzonatorio, ma con un grande entusiasmo che si traduce nei primissimi minuti della seduta con una certa instabilità motoria, come se il desiderio di tornare ogni volta e ritrovare qualcuno in sua attesa, fosse stato così forte, che quando il mo-



mento arriva, è come dover affrontare un ingorgo di emozioni; ciò lo porta da un lato a non stare fermo, alzarsi e toccare tutto, dall'altro a non riuscire a soffermarsi su un pensiero alla volta e quindi affrontare fin dall'inizio con serenità la relazione con l'altro, in cui vorrebbe sempre dare un'ottima impressione di sé dichiarandosi il più capace e il migliore rispetto agli altri e in assoluto. La tolleranza e la disponibilità dello spazio e della terapeuta permettono ogni volta a Massimo di calmare l'entusiasmo iniziale e un progressivo lento fluire delle emozioni, dei pensieri, delle domande, allo stesso tempo ha sempre meno bisogno di mostrarsi migliore e si permette finalmente di mostrarsi così com'è: curioso, fragile, desideroso di condividere spazio e tempo con qualcuno che lo attende e che lo ascolta. In uno spazio sicuro Massimo si confida, racconta, domanda e si cimenta in giochi di abilità in cui non deve necessariamente cambiare le regole per essere facilitato o per non scontrarsi con le proprie difficoltà, e lentamente è possibile entrarvi in contatto cercando insieme delle soluzioni per affrontarle e superarle e allentare la difesa proiettiva che in principio lo spingeva a allontanare da sé tutto ciò che era considerato negativo.

Quando Massimo in seduta si rende conto che il commiato si sta avvicinando, il suo vissuto cambia e per affrontare l'imminente separazione torna ad agitarsi, passando da un'attività all'altra e non riuscendo a restare sereno fino alla fine del tempo a disposizione: sembra mettere a prova di resistenza l'ambiente circostante (rompe una sedia, spezza matite) e la terapeuta con un atteggiamento provocatorio e di sfida (per esempio lanciare la palla con forza su quadri, luci, oggetti) come se la separazione fosse possibile solo "facendosi cacciare", per sfimento dell'altra persona; quando il momento dei saluti arriva davvero, inizia la richiesta spasmodica di portare con sé qualcosa, qualsiasi cosa della stanza come se fosse necessario un oggetto concreto per conservare la memoria di una esperienza positiva, nel tempo che lo sepa-

ra dall'incontro successivo, come potrebbe fare un bambino più piccolo della sua età cronologica. Queste modalità di affrontare le separazioni fanno ipotizzare la difficoltà che Massimo vive nelle relazioni, nella possibilità di fidarsi e affidarsi, come se fosse impossibile conservare dentro di sé una immagine, un ricordo, un difetto generale nel processo di interiorizzazione da cui dipende anche la falsa immagine che lui propone di sé. Il lavoro terapeutico continua mirando ad un sempre più solido senso di realtà in cui possa crescere la fiducia in sé stesso e verso l'Altro riconoscendo propri limiti e risorse.

Inaspettatamente nel 2019, tra le famiglie orbitanti attorno alla comunità è stata avvicinata una coppia che spesso si è mostrata sensibile alle necessità degli ospiti. Alla proposta di ipotizzare di essere la famiglia accogliente per Massimo, la coppia si dichiara interessata e motivata. Massimo informato della proposta, che diversamente dai fratelli ha seguito una strada differente, decide di tentare. Non appena Massimo intravede questa possibilità, si assiste ad un investimento massiccio che lo porta a considerare e parlare di questa come la "mia famiglia", specularmente egli stesso appare più affettuoso, più emotivamente sintonizzato con sé stesso e gli altri, più curato, più comunicativo. Massimo vive con grande piacere e soddisfazione ogni attimo, si ciba voracemente di ogni istante che rappresenta spesso per lui una prima esperienza. L'investimento è reciproco, Massimo si rivela "inesperto" alle relazioni, a digiuno di esperienze banali ma a lui sconosciute, spesso è "silenzioso" e taciturno ma inizia a manifestare un certo malcontento rispetto alla abitudine religiosa della famiglia di recarsi in Chiesa la domenica mattina. Il disprezzo per questo aspetto della famiglia che concretamente non rappresenta un problema fondato o un ostacolo, diventa sempre più esplicito e sembra piuttosto uno spostamento, un modo superficiale di Massimo di svalorizzare un nucleo accogliente di cui inizia a sentirsi parte integrante ma che non è la sua famiglia.

Massimo verbalizza in seduta il suo disprezzo e la decisione di poterli anche non rivedere più, in un colloquio afferma di volere per sé «*una famiglia come le altre...una famiglia del tribunale*», gli piacerebbe essere solo e che non ci fossero altri figli, allo stesso tempo non riesce ad ammettere e riconoscere a sé stesso il profondo bisogno di essere voluto e desiderato da questa coppia e da questa famiglia che in realtà lo ha affettivamente conquistato ma non lo ha dimostrato con lo struggimento che lui avrebbe voluto; Massimo sembra inconsciamente agire uno spostamento in cui rifiuta la famiglia perché va in Chiesa, invece di riconoscere la difficoltà ad accettare di non essere l'unico figlio come vorrebbe, e che questa famiglia pur nelle sue particolarità è una famiglia per lui e che lo desidera davvero. Massimo, così come in tanti ambiti della sua vita, ad esempio la scuola so-

stiene che "all'alberghiero non si studia", o sulla società che "i neri sono tutti *vu comprà*", etc., procede per pregiudizi e idealizzazioni, così che in ogni campo gli assiomi, le opinioni ferme e incontestabili, gli permettono di muoversi sicuro e certo delle proprie arbitrarie convinzioni, non avendo nessuna certezza né una sicurezza personale; e così *la famiglia del Tribunale* sembra essere nel suo immaginario, costruito anche sulla base delle esperienze vissute con i fratelli e tutti gli altri ospiti della Casa Famiglia, una famiglia diversa, non sa dire come ma semplicemente diversa da quella che ha conosciuto.

Il progetto di adozione va alla deriva, Massimo resta in comunità ma, avendo raggiunto un'età tale per cui restare in comunità con bambini di latenza non è più adatto, si prospetta per lui il trasferimento in un nuovo contesto sempre co-





munitario. Massimo ormai adolescente si trasferisce nel Gruppo Appartamento, una struttura comunitaria per adolescenti maschi.

Il passaggio in un gruppo appartamento, situato sullo stesso pianerottolo della comunità educativa, segna ufficialmente il passaggio evolutivo nell'adolescenza. Massimo era già un adolescente prima di questo trasferimento ma era come se restando in casa famiglia con gli stessi compagni, per lo più tutti bambini, non riuscisse a rispecchiarsi così come il corpo gli aveva già segnalato da tempo. Massimo accoglie con grande entusiasmo il nuovo collocamento e si sistema in casa dopo aver fatto il trasloco di tutte le sue cose, lasciando in casa famiglia gli oggetti dell'infanzia e portandosi dietro quello che nel tempo sente appartenergli di più. Il bagaglio di Massimo è composto da vestiti, scarpe e la Nintendo Switch inseparabile compagna di lunghi pomeriggi in solitaria. Massimo non ha amici e non riesce a creare nuove amicizie, è selettivo e si fida molto poco. Prima della pandemia c'era un amico con cui condivideva la passione per le passeggiate in bicicletta ma è stato eliminato dall'elenco delle persone di fiducia quando un pomeriggio pur avendogli detto che non sarebbe potuto uscire di casa per stare con la madre, Massimo lo va a trovare a casa, e citofonandogli scopre che rientrava con un gruppo di amici da una uscita insieme in cui non era stato coinvolto. Massimo si è sentito tradito e non ha voluto più tornare sull'argomento, l'amico G è stato eliminato. Massimo preferisce trascorrere molto tempo da solo, la Nintendo diventa la porta di ingresso in un mondo virtuale che assume sempre di più le sembianze di un rifugio. Massimo gioca per lo più a FortNite, il suo personaggio è uno di quelli costruito senza grandi risorse economiche, Massimo non ha disponibilità economiche reali da impiegare in questi giochi quindi, costruisce il suo personaggio sul campo, orgoglioso delle conquiste che può fare con le sole sue abilità che nel gioco virtuale sono sicuramente maggiori rispetto alla realtà vera. FortNite diventa il

mondo in cui Massimo può costruire il suo Avatar, un personaggio semplice vestito con poco e con pochi strumenti ma molto abile che riesce a cambiare lo zaino con una sacca di oro che spicca sulle sue spalle. In stanza di terapia mi mostra come gioca, mi spiega e mi descrive i luoghi, i passaggi, i traguardi, i nemici e le regole. Massimo diventa il mio Virgilio nel mondo a me così sconosciuto ma così simbolicamente pregnante, è una via d'accesso al suo mondo interno attraverso la quale ho la possibilità di cogliere molto delle sue ambizioni, delle sue identificazioni, delle sue paure e del suo modo di vedersi.

Particolarmente simbolica è la zona di ossigeno all'interno della quale si deve restare e che nel gioco non si deve oltrepassare pena la morte, questo mi fa pensare a quanto la comunità sia per Massimo la zona sicura, la zona da non oltrepassare per essere garantiti nella sopravvivenza. Arriva la pandemia e il lockdown rafforza l'idea che fuori dalla comunità sia pericoloso, e ci si potrebbe chiedere quanto l'isolamento non abbia favorito l'emergere e il rafforzamento di problematičhe preesistenti. Massimo si chiude in stanza, e spegne definitivamente il desiderio dell'incontro con l'altro; anche le lezioni in DAD diventano una tortura soprattutto quando dall'altra parte la risposta è confusione e poco interessamento. Inoltre, durante il lockdown, le terapie sono sospese su decisione della cooperativa, riprenderanno nel mese di giugno e si interromperanno spesso poiché la comunità diventa più volte focolaio sotto-posto a quarantena preventiva.

Il post pandemia mi presenta un Massimo molto cresciuto e cambiato. Ho l'impressione che l'isolamento abbia rafforzato enormemente il suo muro difensivo, complice anche la crescita puberale e i compagni di casa che si dimostrano essere dei pessimi esempi di vita che lui imita per osmosi. Purtroppo, anche l'équipe di educatori non contribuisce a fornire un ambiente sereno e prevedibile agli ospiti, quindi Massimo si chiude in stanza con la sua Nintendo e con il cellulare che

utilizzerà come se fosse l'adulto di riferimento a cui fare affidamento. Quando viene in stanza di terapia mi accorgo della strategia adottata da Massimo e fatico ogni volta a spostarlo dalle sue posizioni così per lui vitali e saldamente difese, ma puntualmente ci riesco e provo ad offrirgli un modello di relazione differente e di qualità diversa. Riprendiamo a segnare la sua altezza sul muro, e constatiamo insieme quanto è alto. La riflessione condivisa sull'altezza permette di introdurre il tema delle origini... *"certo chissà da chi avrai preso la tua altezza?"* chiedo, e Massimo partendo dal suo corpo parla dei suoi ricordi e delle sue convinzioni circa la famiglia di origine.

Scoprirò in riunione di rete con gli operatori della comunità che Massimo non parla mai della sua famiglia di origine e non condivide quasi mai i suoi pensieri o ricordi. In stanza di terapia spesso capita di parlare del passato, di quello che ricorda che viene introdotto più che altro per domandarsi se ricorda bene oppure no. E così racconta delle feste di Natale a casa, quando la madre apparecchiava per tutti ma per strada, oppure la attesa della mezzanotte per andare "a scappiare i botti" comprati dal compagno di turno della madre. Massimo ricorda dov'era casa sua, un basso (abitazione al piano terra) vicino al porto in un quartiere popolare, ricorda che la madre lo rimproverava sempre (cosa confermata peraltro dai servizi sociali) e lo rincorreva intorno al tavolo della cucina e non riuscendo a prenderlo per picchiarlo gli lanciava oggetti. Non sa dire chi fosse suo padre, riconosce come tale il compagno fisso della madre, nella realtà non si è sicuri che i figli abbiano tutti lo stesso padre.

Massimo vive sempre di più su YouTube e segue i tutorial di ogni genere per sapere come fare, per avere risposte e inizia a pensare che solo quello che trova in Internet sia vero e la realtà, quello che gli educatori, insegnanti e il mondo adulto dicono è invece un fake. Finisce per illudersi di conoscere la realtà attraverso un canale non ufficiale ma pieno di notizie approssimative e non

affidabili, questo fa pensare a quanto sia forte il bisogno di fare affidamento a qualcuno ma nell'assenza di un riferimento finisce per accontentarsi di quello che ha a disposizione convinto sia fonte di verità assoluta e certa. Finisce per affermare che il Covid non esiste, che le mascherine non servono a nulla, che sta per finire tutto, che il vaccino non serve e tutti discorsi negazionisti che servono più a rassicurarsi che a conoscere e comprendere la realtà. Massimo finisce anche per pagare le conseguenze del suo modo di considerare vero solo quello che YouTube racconta, perché nel desiderio di voler pulire la sua Nintendo segue le istruzioni di uno YouTuber che consiglia di smontarla e pulirla con un intruglio non ben definito di liquidi.

La Nintendo non resiste e si rompe, Massimo è costretto suo malgrado e con atteggiamento sospettoso a rivolgersi ad un centro assistenza ufficiale. La gestione della presa in carico della console è rappresentativa di come Massimo stesso si affida all'Altro: se la fiducia non c'è è certo il fallimento, Massimo tende a delegare sugli educatori anche i costi da sostenere quando invece lo si esorta a prendersi la responsabilità delle sue azioni constatando la verità dei fatti. Massimo sta crescendo sempre di più e sembra essere alla ricerca spasmodica di un riferimento, trovare un'immagine in cui rispecchiarsi. Il suo corpo stesso viene con difficoltà visto e riconosciuto, per esempio ha grande difficoltà a trovare una forma nei suoi vestiti: sono troppo grandi e ampi oppure se più aderenti, li allarga a furia di slabbrarli con le ginocchia e i gomiti messi a contrasto; non riesce neanche a riconoscere quale vestito è adatto alla stagione per cui finisce per vivere in pantaloncini in pieno inverno e a chiedere il piumone in piena estate. In Rete è colpito dai capelli dei suoi idoli e finisce per voler a tutti i costi dapprima i capelli rasta come Ghali, un rapper italiano di origini tunisine dai colori molto diversi da quelli di Massimo, poi biondo platino come il noto calciatore Balotelli. Massimo nei suoi vari tentativi casalinghi, occulti e ispirati ai tutorial di



YouTube, finisce per bruciarsi i capelli una volta, impagliarli un'altra fino a tingerli di rosso mogano per errore quando li desiderava bianchi. I capelli di Massimo sono simbolo della sua grande confusione identitaria, la stessa che vive in rapporto al suo corpo così cresciuto, così robusto e senza trovare uno spazio in cui collocarsi, sembra sentirsi proprio come Gulliver a Lilliput, legato e assicurato a terra, immobilizzato per non fare danni agli altri e a sé stesso.

È grande il bisogno di Massimo di riuscire a trovare un'immagine in cui rispecchiarsi: è un compito evolutivo dell'adolescente e lui si affida al mondo di Internet, quindi io terapeuta divento il suo Virgilio nel mondo reale cercando di guidarlo senza perdersi e mantenendo il contatto con la realtà. Nei nostri incontri ripercorriamo insieme la storia

di alcuni rapper e trapper, di calciatori da Messi a Balotelli, con delle storie di riscatto e recupero; Massimo mi chiede la storia di questi personaggi e resta affascinato scoprendo da dove sono partiti per arrivare dove li conoscono tutti. Massimo attraversa con me la sua adolescenza affidandomi il desiderio di fare il cantante, poi lo youtuber, anche il contadino ispirato dall'agronomo che cura l'orto urbano della comunità educativa, fino a scoprire la grande passione per la cucina. Frequentando l'Istituto alberghiero viene costretto a degli stage curriculari, il primo di questi lo porta in una struttura ricettiva: per la prima volta entra in cucina e osserva uno chef cucinare. Massimo viene rapito da questo ambiente, dalla padronanza e dalla sapienza del saper come fare e chiede di poter fare altri stage, scoprendo il proprio desiderio di mettersi ai fornelli e cucinare e scoprire



di saperlo fare. Massimo è molto bravo e fantasioso in cucina anche se tollera male rimproveri e consigli soprattutto se ricevuti da persone che lui non considera titolati a farlo. Allo stesso tempo riusciamo a trovare una squadra di rugby disponibile a fargli fare delle lezioni prova, il calcio e la pallavolo in precedenza non avevano acceso nessun interesse in Massimo. Anche nel rugby come in cucina ancora una volta incontra un ambiente accogliente, Massimo si ritrova su un campo in cui non è il gigante Gulliver tra gente piccolissima, ma con sua grande sorpresa conosce e vede persone ancora più robuste di lui che riescono addirittura ad abbracciarlo.

Ed ecco che anche Gulliver non si sente più un gigante tra i Lillipuziani ma diventa piccolo in un mondo di giganti e il cambio di prospettiva apre a nuovi possibili scenari. Massimo investe moltissimo in queste due attività e resta incredulo nel sentire di essere considerato "uno che ha stoffa". Come sempre è accaduto per Massimo però davanti alle opportunità positive, come in passato la famiglia, succede che entra in gioco il timore del fallimento e l'insicurezza di base. Come per la famiglia trovò appiglio alle critiche ed al suo allontanamento attraverso la questione "Chiesa", anche i suoi nuovi interessi ed opportunità vengono affrontati con meccanismi simili a quelli del passato, dapprima inizia sempre più ad impigrirsi, poi a criticare e non tollerare critiche e suggerimenti che sono normali in un contesto di brigata di cucina o di squadra, in uno sport con una disciplina e un allenamento. Massimo mette in atto un processo difensivo in cui per tutelare il proprio sé dagli attacchi che sente diretti e invalidanti, si isola dichiarandosi non interessato a nulla, "vive buttato sul letto" riferiranno spesso gli educatori, e deve denigrare, svalutare l'altro, e allontana gli oggetti libidici perché paradossalmente l'odio e il disprezzo sono più sicuri dell'amore e dell'apprezzamento. Quello che sembra svilupparsi sempre di più è un disturbo della condotta che in questa ottica diventa l'unica difesa per vivere nel mondo: è come se il pensie-

ro inconscio fosse, mi devo difendere dall'amore, apprezzamento dell'altro perché potrebbe essere rischioso e potrei farmi male, allora piuttosto odio, mi faccio odiare, aggredisco per difendermi dal probabile amore dell'altro. Quanto Massimo non potendo contare su una propria immagine interna positiva che nessuno delle figure di riferimento ha coltivato, ha curato, ha alimentato può davvero avere fiducia in sé ed essere sicuro delle proprie competenze e abilità e decidesse di correre il rischio di entrare più autenticamente in relazione con l'Altro?

Massimo come adolescente chiede un contatto vero perché come tutti gli adolescenti ha bisogno di una forma chiara, ha bisogno di un essere incarnato, il riconoscimento originario si basa su un corpo, si ha bisogno di un corpo per riconoscersi e in comunità si cerca di sopprimere a questa mancanza ma alle volte il muro delle difese psichiche è troppo alto. Il lavoro con Massimo continua e la sfida è riuscire a presentargli ogni volta una situazione reale che invalida il ricordo della situazione traumatica interiorizzata dell'assenza e della critica, promuovendo un capovolgimento dei valori.

BIBLIOGRAFIA

- Abram, J. (1996), *Il linguaggio di Winnicott*, Franco Angeli, Milano 2002.
- Fraiberg, S.H. (1959), *Gli anni magici*, Armando ed., Roma 2010.
- Freud, S. (1914), *Ricordare, ripetere e rielaborare*, In *Opere* di Sigmund Freud, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975.
- Laplanche, Pontalis (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza ed., Bari 1993.
- Mc Williams, N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 1999.
- Winnicott D.W. (1965), Comunicare e non comunicare: studio su alcuni opposti, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed., Roma 1970.
- Winnicott D.W. (1969), L'esperienza di mutualità tra madre e bambino, in *Esplorazioni psico-analitiche*, Raffaello Cortina ed., Milano 1995.



LO STUDIO E LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELLE FORZE DI POLIZIA

Massimo Colosi

Il fenomeno del suicidio, seppur presente nella società ed anche all'interno delle Forze dell'Ordine, viene spesso taciuto e non accettato. Difatti, nella società è opinione comune che tale gesto sia una scelta irrazionale effettuata durante un momento di perdita di controllo e che essa sia un'azione inaccettabile.

I professionisti, invece, che si occupano della salute mentale sanno che tale atto o anche solamente la fantasia o pensiero suicidario è potenzialmente presente in ogni soggetto. In particolare, le Forze dell'Ordine, sono soggetti ad alto rischio poiché vivono costantemente l'illusione di poter controllare la realtà, la necessità di separare in maniera netta il bene dal male, il bianco dal nero, l'illusione di poter vivere come paladini della giustizia vivendo del bene altrui attraverso l'acquisizione del ruolo di difensore della Legge. Proprio a causa di questi luoghi co-

muni, gli operatori delle Forze dell'Ordine sono operatori che devono fornire sicurezza agli altri e non possono permettersi di mostrare debolezze e fragilità.

Ciò, unito al vivere costantemente a contatto con situazioni difficili, stressanti, violente, oltre che a dover tenere in equilibrio la vita lavorativa e privata, crea un connubio di elementi che possono condurre all'atto suicidario.

Un ulteriore elemento da attenzionare è che le Istituzioni, quando si ritrovano a confrontarsi con il suicidio di un proprio operatore, si confrontano anche con il senso di vergogna e di colpa per non aver adempiuto alla protezione di uno dei propri membri ma, di contro, si riscontra anche una ritrosia nei confronti dell'argomento suicidio all'interno dell'Istituzione stessa.



Selye (1975), il padre delle ricerche moderne sullo stress¹, riteneva che il lavoro di polizia fosse l'occupazione più stressante.

Nel 90% dei casi il gesto viene portato a termine con l'arma di ordinanza, la quale rappresenta "un importante e troppo immediato strumento distruttivo, per di più ricco di significati non solamente negativi ma anche espressivi di patologica esaltazione eroica, in un momento in cui è oppressivo e dominante il sentimento di sofferenza, di frustrazione, di solitudine"². Si sottolinea inoltre come, alla base di tali drammatici episodi,

non sono mai emerse problematiche in stretto rapporto con il servizio ma in prevalenza con abnormi forme reattive impulsivo-emotive, rispondenti ad istanze prevalentemente di livello affettivo, quali delusioni sentimentali, sofferenze da lutto o per familiari affetti da gravi malattie, senso di solitudine, successivo all'allontanamento forzato dall'ambiente abituale, con conseguente perdita delle proprie sicurezze. Per quanto riguarda la prevenzione ci sono tutt'ora interventi di tipo formativo, la valorizzazione della qualità delle relazioni interpersonali, ed un inserimento sempre più capillare della figura dello psicologo,

¹ H. Selye, A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents, in "Nature", 1936, 138, July 4, p. 32, ristampato in "Journal of Neuropsychiatry", 1998, 10 (""), p. 230. Stress è una risposta relativamente aspecifica dell'organismo a uno stimolo che ne minaccia la sopravvivenza e l'integrità fisica, inoltre destabilizza l'omeostasi.

² J. Slaven, S. Kisely, The Esperance primary prevention of suicide project., in Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2002, Vol.36(5), pp.617-621.



a fianco di quella del medico di polizia, in modo da instaurare un rapporto di maggiore fiducia con il personale, in grado di cogliere sul nascere situazioni di disagio e sofferenza.

Nel nostro paese ed in particolare in ambito europeo, l'autopsia psicologica è scarsamente utilizzata, anche se l'argomento riscuote un certo interesse dal punto di vista teorico. Il modello di autopsia psicologica utilizzato dagli specialisti della Sanità della Polizia di Stato è stato sostanzialmente basato sul modello di Shneidman³. Si procedeva a contattare le fonti informative che conoscevano bene il defunto (*consorte/partner*, genitori, figli, vicini di casa, colleghi, collaboratori, superiori, amici, medico di famiglia, parroco, cappellano della polizia), all'esame del fascicolo di selezione psichica in occasione dell'ingresso nell'Amministrazione, all'esame della scheda sanitaria ambulatoriale interna, del foglio matricolare con particolare riguardo ai quadri malattia, trasferimenti, punizioni ed eventualmente condanne, cartelle cliniche quando disponibili, referito necroscopico, compresi gli esami tossicologici se effettuati, dei risultati dell'indagine giudiziaria, di una relazione sulle attività di servizio che il soggetto stava svolgendo, e di eventuali altri elementi significativi presenti nel fascicolo personale.

Per quanto attiene la motivazione, l'inchiesta doveva esplorare la presenza di fattori di carattere psico-sociale, ambientale, o l'occorrenza di gravi eventi in atto nella vita del deceduto tali da costituire l'obiettivo del desiderio di morire, la presenza di sintomi di malfunzionamento bio-psico-sociale in grado di spiegare il suo gesto, la presenza di caratteristici tratti di personalità, la presenza di antecedenti familiari.

Il modello psicosociale di Violanti (2004)⁴ è basato invece sull'impatto che il ruolo sociale di operatore di polizia comporta rispetto al potenziale per il suicidio. Man mano che gli operatori di polizia fanno esperienza della loro vita professionale tendono a far propria una modalità dicotomica di assumere decisioni: la situazione è giusta o sbagliata e non esiste quindi margine discrezionale intermedio di incertezza. Questo modo di pensare, che risente della richiesta di obiettività e di operatività in situazioni di emergenza, può diventare un riferimento assoluto anche nella soluzione di problemi personali e di vita generale.

Quando ciò avviene si è di fronte ad uno stile cognitivo costrittivo nell'approcciare i problemi, che rende l'individuo incapace di prospettarsi alternative diverse dal bianco o nero, giusto o sbagliato. Il processo di socializzazione nel ruolo di polizia a cui va incontro l'operatore condiziona il ricorso a questo stile cognitivo anche al momento di affrontare situazioni stressanti che, invece, necessiterebbero dell'assunzione della prospettiva di ruolo di consorte, genitore, amico o altro soggetto specifico. Violanti ritiene che l'addestramento e la formazione iniziale a cui viene sottoposto l'allievo, comporti la trasmissione e, successivamente, la progressiva introiezione di un modello di poliziotto caratterizzato dall'essere più forte e positivamente speciale rispetto al comune cittadino. L'attaccamento al ruolo di polizia si rinforza sul campo dopo le prime esperienze di servizio eccitanti, le quali per molti di loro possono assumere una fonte di gratificazione così potente da condizionare una sorta di dipendenza fisica e sociale. Costoro diventano fisiologicamente depressi quando c'è troppa calma o nei momenti di *routine*, e contestual-

³ G. C. Nivoli, et al., Vittimologia e psichiatria, Edi-Ermes, Milano, 2010, pp.181-215.

⁴ J.M.Violanti, Predictors of police suicide ideation, in Suicide and life-threateningbehavior, Vol. 34(3), 2004, pp.277-283.

mente svogliati e distaccati da tutto ciò che non riguarda più o meno direttamente l'attività di polizia. Nella vita privata pertanto si sentono inquieti ed hanno difficoltà ad adattarsi al ruolo di coniuge, genitore o amico⁵.

Sotto il profilo del percorso sociale di acquisizione del ruolo, assoluto rilievo assume l'organizzazione formale della polizia, che si caratterizza per le posizioni di grado secondo lo stile militare, l'assegnazione di ruoli specifici e le relazioni lavorative interpersonali. L'organizzazione di polizia si distingue da qualunque altra per l'intensità con cui comprime i suoi membri all'interno del loro ruolo lavorativo, risultato di una potente combinazione di metodi militaristici e controllo burocratico⁶.

Gli operatori di polizia una volta socializzati all'interno del ruolo, acquisiscono un notevole numero di predisposizioni e comportamenti che vengono integrati stabilmente all'interno della loro struttura di personalità. Tali stili cognitivi e comportamentali ostacolano un *coping* efficace di fronte alle relazioni interpersonali stressanti ed aggravano i fattori di rischio generalmente associati con il potenziale per il suicidio⁷.

Questa aderenza al ruolo di polizia non limita soltanto le abilità cognitive ma riduce l'uso di altri ruoli sociali generalmente funzionali a gestire meglio lo *stress*. Infatti, quante più identità sociali una persona ha, tanto meno rischia di soffrire di *stress* o depressione.⁸

Per quanto riguarda il miglioramento delle condizioni sociali nelle Forze di Polizia, particolare attenzione deve essere posta alla qualità dei rapporti interpersonali *intramoenia* (letteralmente, all'interno delle mura della "caserma"), ed alla intelligente modulazione delle inevitabili problematiche conflittuali: obiettivo che appare raggiungibile principalmente attraverso una specifica formazione relazionale dei funzionari e degli ufficiali, in quanto custodi ed amministratori della principale e fondamentale risorsa che, nonostante l'attuale sofferta congiuntura economica, resta sempre quella umana. Risulta inoltre essenziale la scrupolosa cura degli aspetti organizzativi, tra l'altro oggetto di una specifica previsione normativa modulata attraverso la valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato ai sensi del Dlgs 81/08⁹.

Nel periodo di formazione di base appare assolutamente auspicabile l'iniziativa di affrontare apertamente la tematica del suicidio, la quale avrebbe il compito di focalizzarsi sui segnali indicatori di quello stato di sofferenza mentale che può preludere all'agito suicidario, stimolando una specifica cultura della solidarietà, al fine di costruire una rete di sensibilità ed attenzione al fenomeno e fornire al contempo indicazioni concrete su cosa fare di fronte ad un collega che si trova in grave difficoltà emotiva.

Nell'ambito della formazione di base, adeguato spazio dovrebbe inoltre essere dedicato alla tematica dello *stress* in generale, ed in particolare allo *stress* professionale, compresi gli effetti

⁵ J. M. Violanti, op. cit.

⁶ Ibidem

⁷ L.Pavan, D.De Leo, Il suicidio nel mondo contemporaneo, Liviana, Padova, 1988, pp.257-258.

⁸ Y. Yüksel, H. Tosun, Understanding organizational socialization process of police officers and job satisfaction, in Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Vol.14(52), 2015, pp. 170-182.

⁹ M. Peruzzi, La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato ai sensi dell'art. 28 del d. lgs. 81/2008, I Workingpapers di Olympus, Vol.2, 2011.



*post-traumatici ed il fenomeno del burnout, definito come sindrome da esaurimento emotivo dovuta a stress cronico da logoramento relazionale*¹⁰.

Oltre alle classiche figure del medico e dello psicologo, interni o esterni all'Istituzione, è auspicabile il coinvolgimento nel veicolare questi argomenti dal "Pari", un poliziotto esperto, che ha vissuto importanti esperienze di stress professionale compreso quello traumatico e che adeguatamente formato su base volontaria, co-opera con i professionisti della salute mentale in attività di prevenzione e di intervento nell'ambito di programmi, per tutelare la salute mentale ed il benessere emotivo dei colleghi.

Una particolare menzione deve essere riservata alla formazione del personale sanitario e degli psicologi che molte Forze di Polizia hanno ormai a disposizione nei loro ruoli.¹¹

La prevenzione del fenomeno suicidario negli operatori di polizia deve riguardare tutti coloro che a titolo collettivo o individuale, operano ed interagiscono in questo complesso e specifico universo: le Istituzioni a cui essi fanno capo, le Organizzazioni Sindacali, le Famiglie in cui vivono, i Superiori, i colleghi con cui lavorano, i Cappellani a cui è affidata la loro assistenza spirituale, i medici e gli psicologi più direttamente preposti a preservare la loro salute.

¹⁰ T. Del Sette, op. cit., pp. 52-59.

¹¹ E. Giampieri, et al., Il suicidio nell'esercito e nelle forze dell'ordine, Springer, Milano, 2013, pp. 221-231.

Lezioni frontali, *focus-group*, *role-playing*, proiezione e commento di video relativi ad interventi di servizio caratterizzati da notevoli criticità, testimonianze dirette o registrate di esperienze professionali coerenti con i temi da focalizzare, appaiono gli strumenti idonei per sviluppare questo specifico modulo della formazione.

Lo stress di natura traumatica costituisce uno dei rischi specifici associato all'esercizio della professione di operatore delle forze dell'ordine. È la natura stessa dell'attività di operatore di polizia che mette costantemente in contatto il soggetto con eventi connessi alla morte o con il rischio di morte violenta. E tale rischio non riguarda solo l'operatore in prima persona, ma si allarga ad interessare anche familiari, colleghi ed altre persone ad esso vicine.

Questa forma di stress viene innescata dagli eventi critici che sono stati precedentemente introdotti, ai quali sono associati essenzialmente due sentimenti-sensazioni estremamente negativi e condizionanti, quali la vulnerabilità e la perdita di controllo sulla realtà¹². Trovarsi in una situazione simile non può non avere conseguente in un soggetto. Ma la natura di tali conseguenze può essere diversa in quanto il soggetto potrebbe mostrare reazioni emotive più vivaci del suo solito, ovvero mostrare una maggiore introspezione, così come presentare il fenomeno del *distress* o di occasionali *flashback* che lo riportano all'evento critico vissuto di recente.

Un primo banco di prova per effettuare la valutazione dello stato psicologico di un soggetto è rappresentato dalle selezioni a carattere psico-attitudinale che vengono effettuate in sede di incorporamento del soggetto stesso nel corpo delle forze dell'ordine. Tuttavia, questa iniziale valutazione lascia il campo aperto a tutti quegli eventi critici che possono avvenire nel corso di svolgimento della

carriera del soggetto ed il cui impatto è completamente impossibile da valutare in sede di analisi iniziale. Dopo l'incorporamento ed a seguito delle possibili situazioni che il soggetto sperimenterà nel corso della sua attività operativa il solo modo per analizzare lo stato di equilibrio psicologico è attraverso un continuo monitoraggio dello stesso.

Lo stress associato al servizio e le tensioni emotive ad esso correlate possono produrre squilibri considerevoli che possono compromettere l'iniziale equilibrio che caratterizzava il soggetto inizialmente valutato idoneo al servizio e psicologicamente stabile. È proprio nel corso dello svolgimento del servizio che deve inserirsi la capacità di ogni comandante di tastare il polso dei suoi sottoposti, di percepire i segnali di un possibile ed incipiente crisi, di avere i "sensori della camerata". Tuttavia, anche questa attività non è effettivamente sufficiente ed è a questo punto che deve essere disponibile l'attività di una persona qualificata a fornire un'assistenza di tal genere e che, soprattutto, non rivesta solo un ruolo autoritario di colui che può revocare l'idoneità al servizio del soggetto.

L'auspicio è che le pagine di questo elaborato, rappresentino uno stimolo a riscoprire l'autentico valore della solidarietà umana, la responsabilità morale di farci carico del nostro "prossimo" – amico, familiare o collega – anche quando è in divisa, superando il falso alibi della tutela della riservatezza e del rischio di procurare danni secondari che spesso ci impedisce di fare quanto può rivelarsi determinante per preservare una vita, ed il destino di coloro che ad essa sono affettivamente legati.

PAROLE CHIAVE

- Suicidio
- Forze di Polizia
- Helping Professions

¹² W.Rössler, et al., op. cit.



BIBLIOGRAFIA

- Achille-Delmas, F. (1933). *Psychologie pathologique du suicide*. [The pathological psychology of suicide]. Alcan.
- Améry, J. (1999). *On suicide: A discourse on voluntary death*. Indiana University Press.
- Annon, J.S. (1995). The psychological autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*, 13(2), 39–48.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146-1149.
- Bhattacharyya, R., Neogi, R., & Chakraborty, K. (2017). Revisiting Suicide and Parasuicide. *Bengal Journal of Psychiatry*, 11-17.
- Bonifacio, P. (1991). Clinical Reactions to the Effects of Police Work. In *The Psychological Effects of Police Work* (pp. 161-186). Springer, Boston, MA.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Cañón, S. C., Palacios, S. G., Díaz, J. E., Gonzales, E. B., Uribe, V. P., & Lopez, M. A. A. (2016). Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2), 410-421.
- Carrer, F., & Garbarino, S. (2015). *Lavorare in polizia: stress e burnout*. FrancoAngeli.
- Cukrowicz, K., Smith, P., & Poindexter, E. (2010). The effect of participating in suicide research: Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 535-543.
- Del Sette, T. (2019). Con-fine di sicurezza. Dibattito e azioni sul rischio stress nelle forze di polizia. *SICUREZZA E SCIENZE SOCIALI*, 8, 52-59.
- Durkheim, E. (1893). La divisione del lavoro sociale, trad. it. *It*, Milano: Edizioni di.
- Durkheim, É. (1897). Il suicidio dal punto di vista sociologico. *Riv Ital Sociol*, 1, 17-27.
- Eaton, K. M., Messer, S. C., Wilson, A. L. G., & Hoge, C. W. (2006). Strengthening the validity of population-based suicide rate comparisons: an illustration using US military and civilian data. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 182-191.
- Esquirol, É. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 1). chez JB Baillière.
- Freud, S. (1980). Al di là del principio di piacere (1920), trad. it. *Anna Maria Marietti e Renata Coloni*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff bum-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Friedman, P. (1967). *Suicide Among Police: A Study of Ninety-three Suicides Among New York City Policemen, 1934-1940*. Science House.
- García Pérez, T. (1999). La autopsia psicológica en las muertes violentas. *Rev Esp Med Leg*, 23(86-87), 75-82.
- Giampieri, E., Alamia, A., Romanato, S., Ranzeniglio, V., Ronzitti, S., & Clerici, M. (2013). Il suicidio nell'esercito e nelle forze dell'ordine. In *// suicidio oggi* (pp. 221-231). Springer, Milano.
- Gibbs, J. P., & Martin, W. T. (1964). *Status integration and suicide: a sociological study*. University of Oregon books.
- Gómez Segura, J. (2016). El uso de la autopsia psicológica para la comprensión y el esclarecimiento de muertes violentas. *Cuadernos de Crisis*, 15, 1-11.
- Halbwachs, M. (1978). *The causes of suicide*. New York: Free Press.
- Harris, K. M., Syu, J. J., Lello, O. D., Chew, Y. E., Wilcox, C. H., & Ho, R. H. (2015). The ABC's of suicide risk assessment: Applying a tripartite approach to individual evaluations. *PLoS One*, 10(6), e0127442.
- Heimann, P. (1975). From'Cumulative Trauma'to The Privacy of the Self—A Critical Review of M. Masud R. Khan's Book. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 465-476.
- Hillman, J. (1964). *Suicide and the Soul*, Hodder & Stoughton, London.
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., & Bagley, C. (1970). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 116(533), 460-461.
- Loo, R. (1986). Post-shooting stress reactions among police officers. *Journal of human stress*, 12(1), 27-31.
- Violanti, J. M., Owens, S. L., McCanlies, E., Fekedulegn, D., & Andrew, M. E. (2019). Law enforcement suicide: a review. *Policing: An International Journal*.



CHANGE

**INCONTRARE IL DOLORE, CONDIVIDERE IL CAMBIAMENTO
NEI CONTESTI DI VITA QUOTIDIANA E IN PSICOTERAPIA.**

AUTORE Antonio Romanello

EDITORE Alpes Italia: Roma (2021)

RECENSIONE A CURA DI Gianni Cambiaso¹ e Roberto Mazza²

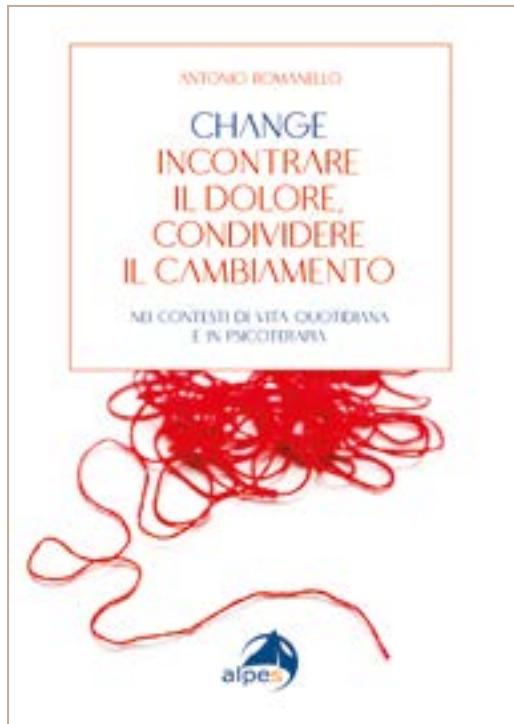
Questo bel volume di Antonio Romanello, psicoterapeuta sensibile e colto, didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma, presidente e Direttore della Scuola Change di Bari, supervisore e formatore molto noto nell'ambito della salute mentale e della scuola, raccoglie l'esperienza di una lunga vita professionale - svolta soprattutto tra Puglia e Basilicata – in cui coniuga da sempre il lavoro clinico con la conoscenza scientifica e l'impegno sociale.

In questo suo ultimo lavoro dedicato all'incontro con il dolore vengono connessi studi provenienti da ambiti diversi della più aggiornata ricerca scientifica, dalla neurobiologia alle neuroscienze, dall'Infant Research ai neuroni specchio, dalla psicologia dello sviluppo e le teorie sull'attaccamento, all'esperienza diretta con le

famiglie e con la sofferenza. Il filo rosso che unisce i diversi capitoli è la continua ricerca di isomorfismi tra la sintonizzazione affettiva primaria nella relazione madre-bambino (con la sua riconosciuta rilevanza sulla salute dell'individuo nel corso della sua crescita) e la sua inevitabile replica nella relazione terapeutica, dove la sintonizzazione tra terapeuta e paziente costituisce per l'autore la conditio sine qua non per avviare il processo di ascolto e di conoscenza (la costruzione e ricostruzione della storia relazionale e affettiva del paziente) e per l'intero processo di cura. Parafrasando Salvatore Natoli, il dolore permette a chi soffre di comunicarlo e a chi guarda di presentirlo, il sofferente, nonostante il muro che lo separa dagli altri cerca parole, e forse anche le trova, ma senza l'ascolto la sofferenza rimarrebbe esperienza muta.

¹ Didatta della Scuola di specializzazione in psicoterapia familiare fondata da Mara Selvini Palazzoli e direttore didattico della sede di Brescia

² Didatta della Scuola di specializzazione in psicoterapia familiare fondata da Mara Selvini Palazzoli e direttore didattico della sede di Brescia



Se la sintonizzazione emotiva tra il bambino e l'adulto rappresenta un fattore protettivo fondamentale per l'evoluzione umana, incidendo notevolmente sulla qualità dello sviluppo - come le ricerche degli ultimi quarant'anni hanno ben saputo dimostrare - altresì l'esperienza dell'incontro con il dolore in psicoterapia può essere sovrapponibile a quella di una comune esperienza umana, di conforto, di accudimento, di vicinanza protettiva, di costruzione di un rapporto fiduciario che dimostra oggi, non solo attraverso l'evidenza clinica, ma su base sperimentale e scientifica, che la relazione terapeutica possa costituire una base sicura tale da sostituirsi ad un legame distorto o traumatico e quindi in grado di riparare le storture che hanno condizionato la nostra crescita.

Il volume, corredata di eccellenti casi rappresentativi, spazia dal lavoro clinico individuale e familiare nei contesti psicosociali ai percorsi di cura in psicoterapia, diviene potente strumento di apprendimento, didatticamente efficace, quando scandisce metodologicamente le prime fasi dell'accoglienza

del dolore, il primo contatto, la domanda, i primi colloqui, la condivisione degli obiettivi terapeutici. Ne troviamo un esempio significativo condensato nell'intervento su Marta e Karin (la madre e la figlia) in cui modelli teorici divengono tutt'uno col processo terapeutico e con la sensibilità di chi accoglie. Il diventare ed essere persona così come il diventare ed essere psicoterapeuta, nel capitolo conclusivo, richiama ancora una volta il "frattale" madre-terapeuta, crescita-cambiamento, base sicura-alleanza terapeutica.

Anche il modello formativo non può che essere isomorfo a quello terapeutico: se in terapia il nostro compito è sintonizzarsi con il paziente per rintracciare insieme a lui ciò che non ha funzionato nel suo processo di sviluppo e ciò che è riparabile attraverso la relazione terapeutica, connettendo le manifestazioni sintomatiche del presente con quelle interpersonali, familiari e intergenerazionali del passato, così nella formazione ogni futuro psicoterapeuta dovrà poter riconoscere e ricostruire i passaggi fondamentali del proprio processo di crescita, la sua esperienza affettiva nella famiglia d'origine e nelle relazioni sociali, i processi di resilienza ma anche i nuclei di debolezza residuali.

Il processo di supervisione e l'esperienza prolungata nel gruppo di training dovranno essere in grado di restituire "vissuti emotivi trasformati", rielaborati e pacificati, rendendo consapevoli e costruttive (e quindi inoffensive) eventuali risposte proiettive, distanzianti o collusive, e comunque attinenti proprie dinamiche personali, più che appartenenti agli assetti relazionali dei pazienti.

In questo testo Romanello getta sostanzialmente un ponte tra intrapsichico e interpersonale, attaccamento e relazioni primarie, legami familiari attuali e processi intergenerazionali. La meta è raggiungere le vette di un pensiero complesso indispensabile per affrontare le sfide del presente e le sofferenze dell'attualità. Un gran lavoro che segnala l'ampiezza delle sue letture e la profondità e umanità del suo sguardo, ma in una traduzione letteraria leggera e di agile lettura che si offre agli specialisti, ma anche agli allievi, agli insegnanti e a quanti operano nel settore sociosanitario.



LA GIUSTA COMPLESSIFICAZIONE DEL “NORMALE”

RECENSIONE DEL LIBRO DIVENIRE GENITORI E DIVENIRE FIGLI. LE NUOVE SFIDE DELLA PSICOLOGIA PERINATALE

AUTORE Marcello Florita

EDITORE Mimesis Edizioni: Milano (2022)

RECENSIONE A CURA DI Rebecca Silvia Rossi - Psicologa, Psicoterapeuta - Società Italiana Psicoanalisi della Relazione (SIPRe)

L'esperienza generativa è un processo complesso, portatore di emozioni intense, dirompenti, a volte ambigue, contrastanti. Aggiungendo a ciò le varie modalità di diventare genitori - così come di esserlo - che esistono al giorno d'oggi, la complessità aumenta ulteriormente. Compito nostro, in qualità di operatori del benessere, è essere pronti ad accogliere questa pluralità senza preconcetti o pregiudizi; per farlo, dobbiamo, prima di tutto, conoscerla e comprenderla.

Ho deciso di intitolare questa recensione *La giusta complessificazione del “normale”*, virgolettando

l'ultima parola, proprio per sottolineare quanto ci possa indurre in errore, portandoci a semplificare o banalizzare questa complessità.

Con le parole dell'autore:

“Naturale porta con sé il sinonimo di facile, ordinario, ma le diverse e possibili complicazioni mediche e psicologiche danno evidenza di quanto straordinario sia dare alla luce un figlio. La gravidanza e la nascita comportano dunque un passaggio evolutivo per i soggetti coinvolti e per la coppia, e come tutti i processi evolutivi, implicano una crisi nonché una riorganizzazione dell’individuo stesso e della coppia” (p.46).



Il divenire genitore assume così il significato di evento naturale ma anche straordinario (nell'accezione di fuori dall'ordine), per tutti i soggetti coinvolti nel processo, che inizia prima della nascita e continua poi, tutta la vita, coinvolgendo la coppia genitoriale in modi e tempi diversi. Questo libro ci aiuta ad entrare maggiormente in contatto con il senso di ciò e le implicazioni connesse.

Da qui la sua importanza. Il volume è l'esito di numerose riflessioni riguardanti: l'allattamento, il terapeuta in attesa, la depressione post partum, l'aumento dell'infertilità e delle nascite pretermine, l'omogenitorialità e la monogenitorialità, la genitorialità in altre culture, la procreazione medicalmente assistita, i primi mille giorni di vita, l'accompagnamento al parto, i cambiamenti cerebrali in atto nei neogenitori... Insomma, tutto quanto concerne il divenire genitori e divenire figli, tema che implica questioni biologiche, psicologiche, antropologiche, bioetiche, sociali, legislative, con effetti fondamentali sui soggetti direttamente coinvolti (genitori e figli) ma anche indirettamente coinvolti (operatori sanitari). Gli autori sono venti, provenienti da diverse Università e discipline, dato che la riflessione sulle sfide in atto necessita di un pensiero a più voci, per poterne cogliere tutte le sfaccettature.

Il curatore, Marcello Florita, psicologo e psicoterapeuta, ha vissuto sulla sua pelle l'esperienza di genitore di bambini nati pretermine, dalla quale è nato il libro *Come respira una piuma* e che ha acceso in lui la voglia (o forse l'esigenza?) di approfondire ed ottimizzare il mondo del perinatale in Italia. Da qui, la realizzazione di un Master in Psicologia Perinatale (alla sua quinta edizione), l'apertura dell'Area Perinatale SIPRe a Milano e la pubblicazione di *Divenire genitori, divenire figli*, che raccoglie quanto seminato in questo percorso.

Nel prologo, Florita delinea le sfide che i reparti materno infantili italiani sono tenuti ad affrontare in questi anni e che fanno da *fil rouge* al ragionamento sottostante a tutto lo scritto:

- Scollegare la funzione genitoriale dalla questione biologica e di genere, per poter riflettere, scevri da pregiudizi, sul significato di diventare genitore e figlio. In altri termini, dare voce al senso personale delle esperienze genitoriali e filiali, partendo dalla soggettività dei protagonisti.
- Mettere al pari dei trattamenti scientifici la centralità del soggetto e l'umanizzazione della cura, per superare finalmente il modello biomedico in favore di quello bio-psico-sociale in quanto "la cura del soggetto migliora la prognosi: la relazione è vitale e curativa" (p.22).
- Creare degli spazi di ascolto nei centri materno infantili per gli utenti e per gli operatori, considerando i soggetti nella loro totalità, senza scomporli "automaticamente e aprioristicamente in componente psichica e somatica" (p.23). Questo poiché si è rilevata, ad oggi, carenza di presa in carico dei vissuti di sofferenza ed angoscia che tale lavoro può provocare, con conseguente rischio di burnout e minor efficacia lavorativa, dimenticando che "il benessere e il disagio degli operatori sanitari sono strettamente correlati alla qualità dell'intervento e dunque, in ultima battuta, alla salute del paziente" (p.24).
- Tenere sempre presente che desiderio di gravidanza e desiderio di maternità sono distinti, così come diventare genitori è diverso da desiderare un figlio. Ciò significa riconsiderare l'importanza della genitorialità come "passaggio identitario ed esistenziale" (p.26).
- Superare le teorie dello sviluppo per stadi o fasi a favore di un approccio integrativo di auto-eco-organizzazione tra bambino ed ambiente, nel quale ognuno seguirà "traiettorie di sviluppo diverse, a seconda di ciò che è e dell'ambiente in cui è" (p.30).
- Includere le ricerche svolte in ambito perinatale nelle teorie psicologiche e dello sviluppo.

Oltre a queste sfide, Florita induce in modo provocatorio ad una riflessione sulla maternità. Con la lapidaria frase "*L'istinto materno è sopravalutato*" (p.49) mette in risalto un concetto radicato nella cul-

tura popolare e d'intralcio a moltissime neomamme, in lotta con sensi di colpa che non avrebbero luogo di esistere.

Mi trova completamente d'accordo sia come psicoterapeuta che come madre in divenire (all'ottavo mese di gravidanza mentre scrive). Alla stregua di ogni cambiamento di vita, la genitorialità è un processo complesso e, in quanto tale, non può essere semplificato in un mero concetto biologico quale l'istinto. Al contrario, si tratta di un "processo di appropriazione e legittimazione interna" (p.49) che prevede tempi e modalità differenti per ogni persona, con la propria storia, i propri legittimi vissuti. Vissuti che comprendono cambiamenti a livello psicologico (modifiche identitarie e nel rapporto col partner, maggiore sensibilità emotiva, nuova relazione col nascituro...), biologico (allattamento, ritmo sonno-veglia, desiderio sessuale...) e sociale (astensione e/o rientro al lavoro, maggiore isolamento, nuove routine...) e che determinano quello che è e sarà la relazione col proprio figlio. E questa relazione non per forza sarà istintivamente d'amore, devozione, privazione e abnegazione come la cultura dell'istinto materno e dell'amore a prima vista vorrebbe far passare, ma verrà costruita col tempo, creata da quel genitore con quel figlio.

Assumendo come propri questi assunti, i neogenitori vengono sgravati dal peso del "dover essere" che culturalmente si insinua in ognuno in base alla propria esperienza ed al proprio entourage. È essenziale disinnescare questo automatismo per massimizzare il proprio divenire, "per sentirsi in grado di rispondervi in modo efficace e tempesti-

DIVENIRE GENITORI E DIVENIRE FIGLI

Le nuove sfide della psicologia perinatale

A cura di Marcello Florita



 MIMESIS / FRONTIERE DELLA PSICHE

vo" (p.53) con le proprie modalità e risorse, che un professionista con sguardo attento ed aperto potrà aiutare a scovare.

In altre parole:

"Diventare genitore non è un fatto biologico, ma avviene tramite un'autorizzazione interna. Pensare che questo passaggio non ha a che fare con l'evento biologico, non vada concepito come semplice ed è l'esito di un processo che coinvolge l'io-soggetto, implica realizzare che la vera chiave di questo processo è l'autorizzazione interna. L'assunzione del ruolo è il vero passaggio significativo." (p.54-55).



Seguendo questo pensiero, vien da sé che gli operatori dei reparti infantili debbano perseguitare un concetto di salute su misura, tenendo presente che *“la molteplicità di fattori che concorrono all’unicità individuale [comprendendo] che tutto ciò che vediamo di quel soggetto che diviene bambino o genitore, comprese idiosincrasie, fatiche o ambivalenze, sono l’esito del tentativo di quel soggetto di tenersi in equilibrio con ogni sua cellula in un momento delicato e di transizione.”*(p.72). E noi psicologi, operatori del benessere, dobbiamo essere in grado di promuovere negli utenti e negli operatori la capacità di leggere l’unicità dell’esperienza.

È necessario essere in grado di avere uno sguardo diverso ed onnicomprensivo toccando la questione genitorialità. Per questo motivo, ho trovato illuminante che nel libro si parli di *neurobiologia della genitorialità*, non solo da un punto di vista materno come ormai si è abituati (è infatti risaputo che in gravidanza e nel puerperio la donna vada incontro a cambiamenti neurobiologici e di plasticità cerebrale) ma anche paterno. Il capitolo sui cambiamenti ormonali e neurobiologici dei padri durante la gravidanza e nel periodo del post parto è opera di Franco Baldoni (medico psicologo e psicoterapeuta, Professore Associato presso il dipartimento di Psicologia dell’Università degli Studi di Bologna).

Le modifiche di cui scrive sono finalizzate a facilitare l’accudimento della prole e riguardano:

- la diminuzione di testosterone ed estradiolo, grazie a cui i padri risultano più sintonizzati sui bisogni di madre e neonato;
- l’aumento del livello di ossitocina, che favorisce l’empatia;
- l’aumento di vasopressina, che stimola il senso di protezione;
- l’aumento del livello di cortisolo, che intensifica l’attenzione verso il pianto del neonato, facilitando così la predisposizione a prendersene cura.

Nello stesso capitolo, anche per segnalare l’importanza di una presa in carico familiare sistematica soprattutto nei casi di parti pretermine, viene

trattata la Depressione Perinatale Paterna, di difficile diagnosi e complessità clinica.

Molto innovativa la parte dedicata alla psicotecnologia e psicofarmacologia durante gravidanza e post partum, curata da Greta Petrilli (psicologa, psicoterapeuta, Dirigente Psicologa presso U.O.C. Psichiatria-Ambulatorio Varella per la salute mentale in epoca perinatale, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo) e Licia Lietti (medico psichiatra e psicoterapeuta, membro dell’Area Perinatale SIPRe) che sottolineano il rischio - in determinate condizioni psicopatologiche - di sospendere una terapia farmacologica per prepararsi ad una gravidanza.

I capitoli sono dettagliati e ricchi di studi scientifici di ultima generazione, consigliati a tutti gli operatori *psi* per una riflessione in merito al desiderio di maternità e l’eventuale messa in atto di pazienti con psicopatologia conclamata e sotto cura farmacologica. Li riasumo brevemente con le parole della dott.ssa Lietti: *“possiamo affermare che la gravidanza e l’allattamento non sono condizioni che escludono a priori l’utilizzo degli psico-farmaci, ma è indispensabile che questa scelta sia frutto di un’attenta valutazione dei rischi-benefici del trattamento versus il non trattamento, effettuata dal clinico insieme alla coppia di futuri genitori”*(p.224).

La parte dedicata alla nascita pretermine, curata da Marcello Florita, Maria Mallardi, Valeria Pirro e Giovanna Cacciato, psicologh*, psicoterapeut* esperti* in quest’ambito, ci dona uno sguardo nuovo, non solo per gli operatori delle TIN (Terapia Intensiva Neonatale) ma per chiunque si interfacci con esperienze di vita in tal senso. La nascita prematura di un bambino, infatti, è un trauma non solo per il bambino - che non andrebbe definito prematuro, termine che implica *“una non maturità del bambino quando in realtà i bambini non sono prematuri, ma sono perfettamente maturi per la loro attività gestazionale”*(p.248) - ma per tutta la famiglia: *“anche i genitori sono a metà del loro processo di maturazione”*(p.249).

E in questo complesso divenire genitori, si evidenza ancor di più la negatività della cultura dell’istin-

to materno/paterno e dell'amore a prima vista di cui si accennava precedentemente, in quanto: *"La relazione con il proprio figlio è pur sempre una relazione, che, in quanto tale, si alimenta e complessifica nel rapporto, nel contatto e nella conoscenza. Ci si può innamorare a prima vista, ma ci si può anche innamorare con il tempo e con la relazione, soprattutto in una situazione come questa, dove la relazione parte con un lutto violento legato al figlio fantasticato (e disegnato dalla società), un dolore profondo legato a un desiderio affannato dalle condizioni mediche e una difficoltà a conoscersi al di là dell'incubatrice. Ecco, soprattutto in questa situazione, l'amore genitoriale richiede tempo e respiro"* (p.251).

Nel capitolo viene inoltre sottolineato quanto *"i bisogni dei genitori in TIN sono sottostimati dagli operatori"* (p.252), stressando l'importanza della presenza della figura di psicologo strutturato all'interno della TIN *"per umanizzare le cure, facilitare e promuovere l'incontro a volte complesso tra neonato e genitori, ma soprattutto per agevolare il riconoscimento e la messa in parole di questo disagio"* (p.253). La presa in carico psicologica in questi reparti è importante anche per gli operatori, che quotidianamente si interfacciano con una realtà tanto complessa quanto delicata, a volte senza gli strumenti di resilienza, empatia, sensibilità necessari.

Alessandra Merisio e Cristina Sempio, psicologhe, psicoterapeute, afferenti all'Area Perinatale SIPRe, ci accompagnano nel delicato mondo della procreazione medicalmente assistita (PMA) e dei suoi risvolti psicologici, ricordandoci che *"la medicina, il corpo, e la mente viaggiano a due velocità diverse"* (p.279). L'intero capitolo è abilmente costruito tenendo conto sia degli aspetti medici in merito alla PMA sia, soprattutto, della complessità del farvi fronte. I vissuti delle coppie che vi si sottopongono sono sicuramente travolgenti e, spesso, ambivalenti, alternando fede in una risoluzione onnipotente (che può inizialmente avere anche effetto positivo sui vissuti di impotenza precedenti) a stress, dettato dall'invadenza delle procedure, che entrano prorompenti nell'intimità

della coppia. Coppia che spesso si vede travolta anche nella difficoltà di comunicazione al partner delle proprie fatiche e dei propri sentimenti: affrontare assieme lo stesso tema non significa esperirlo allo stesso modo.

Tra le emozioni più comuni c'è la rabbia che *"non ha un oggetto, un destinatario. È la rabbia di non poter raggiungere qualcosa che si desidera tanto senza che sia colpa di nessuno. Perché ciò che accade è un fatto, senza nessun colpevole"* (p.276). A questa rabbia spesso si accompagna anche un vissuto di solitudine ed incomprensione, che può portare a *"sterilità sociale"* (p.276) ossia al ritirarsi dalle relazioni per la spiacevole sensazione di non essere compresi o, ancora peggio, essere giudicati. Anche qui viene ribadito quanto rischioso sia concepire la gravidanza come naturale: farlo *"implica che spesso venga anche considerato facile"* (p.275) inasprendo il percorso a coloro per i quali facile non è.

Il capitolo dedicato al lutto perinatale è ad opera di Claudia Ravaldi ed Alfredo Vannacci, medici e fondatori dell'APS CiaoLapo ETS, che sottolineano come la perdita che avviene nell'arco temporale dal concepimento al primo anno di vita *"debbia essere riconosciuta come un trauma cui la donna e la coppia sono chiamati ad adattarsi per come possono"* (p.306). Purtroppo, in Italia non vi sono linee guida per affrontare questo delicato tema e *"sono pochissime le aziende ospedaliere italiane che hanno protocolli per la gestione di aborto e morte perinatale"* (p.310) il che non solo va ad inficiare negativamente sugli utenti, ma anche sugli operatori sanitari, che si trovano sprovvisti di risorse per affrontare tali eventi. Questo volume è un aiuto anche per loro, donando spunti, riflessioni e *best practices*.

Micaela Ghisleni (Dottore di ricerca in Filosofia ed Ermeneutica filosofica, specializzata in etica e medicina) e Nicola Carone (psicologo, psicoterapeuta, ricercatore presso l'Università degli Studi di Pavia) ci aprono le porte sul mondo del *minority stress*



delle famiglie omogenitoriali, quotidianamente in lotta per l'esercizio di diritti umani fondamentali quali le funzioni genitoriali. In particolare, Ghisleni ci ricorda che: *"è stata fatta una legge sulle unioni civili, ma restano ancora i divieti di adozione piena e di accesso alla procreazione medicalmente assistita"* (p.320) per le persone single e le coppie LGBTI; *"quando nasce un figlio da un progetto di coppia, non è previsto il riconoscimento automatico del genitore intenzionale"* (p.321) vale a dire che solo il genitore biologico è riconosciuto, l'altro membro della coppia rimane escluso; tutto questo porta alla *"necessità di una disciplina organica che riconosca i legami affettivi omogenitoriali"* (p.324).

Tali questioni sono per noi psicolog* molto importanti da conoscere, dato che nei prossimi anni è molto probabile che i nostri studi si riempiranno di soggetti il cui malessere è connesso a queste dinamiche. Così come molto importanti sono le tematiche sulle quali si concentra Carone, quali l'interiorizzazione inconsapevole di pregiudizi omofobi che *"segnano uno sbarramento interno alla persona omosessuale stessa, per cui omosessualità e genitorialità sono percepite come incompatibili"* (p.328).

Dobbiamo essere pronti ad aiutare i soggetti che soffrono per queste discriminazioni, aiutarli nel capire le loro dinamiche più profonde e, per farlo, dobbiamo essere equipaggiati e consapevoli che *"sono molteplici le aree in cui i padri gay possono sperimentare tensione e conseguente stress: in quanto uomini gay, non si conformano alle definizioni tradizionali di mascolinità; in quanto caregiver primari, non si conformano alle tradizionali norme sulla paternità; in quanto appartenenti a famiglie omogenitoriali, non si conformano alle definizioni tradizionali di famiglia"* (p. 332).

La parte finale è dedicata alla *Gravidanza nella stanza di terapia*, scritta a quattro mani dalle psicoterapeute Claudia Maspero e Stefania Zanolini, a me particolarmente cara dato che sto portando avanti una ricerca in merito, essendomi affacciata a maggio al "problema": sono incinta, come lo comunico ai

miei pazienti? Come gestisco la situazione? Come reagiranno? Questione che ha riguardato innumerevoli colleghi e che toccherà molte altre ma sulla quale c'è pochissima letteratura, sebbene sia un tema così importante, comune e delicato.

Sicuramente, la comunicazione della gravidanza della terapeuta avrà ricadute su setting e relazione in quanto *"l'incursione nello spazio terapeutico di un bambino reale nella pancia modifica il campo, sollecita emozioni, fantasie e difese in entrambi i soggetti"* (p.376). Gran parte dello spazio psichico della terapeuta durante la gravidanza è occupato da* bambin* e si è visto che i pazienti tendono a rispondere *"con una riattivazione dei conflitti infantili [oppure con] tematiche sessuali [...] o tematiche transferali più materne. Ma ancora, alcuni pazienti si sentono in pericolo, temono l'abbandono e gli attacchi al setting ne danno la conferma."* (p.377).

Alla stregua di ogni *inevitable disclosures*, ossia quelle esperienze personali del terapeuta che entrano nella relazione (come malattia e trasferimento), la gravidanza deve essere introdotta e maneggiata con estrema cautela, considerandola non un intralcio ma uno stimolo per *"favorire l'esplorazione di aree e di vissuti che fino a quel momento in terapia non erano stati affrontati"* (p.377).

Come ogni altro capitolo del libro, la funzione di quest'ultimo è di stimolare una riflessione ed aprire il mondo del perinatale e della cura ad una visione olistica della genitorialità, che permetta una presa in carico completa e rispettosa dell'esperienza generativa per tutti i soggetti coinvolti.

È per questo che consiglio *Diventare genitori, diventare figli* ad operatori del perinatale e non, neogenitori e veterani, nonni e single. Come ogni esperienza di vita, la genitorialità è troppo complessa per liquidarla come evento naturale e scontato, soprattutto per la nostra professione. Il libro di Florita ci aiuta a stimolare adeguatamente aggiornamento e apertura mentale, tra i nostri alleati più preziosi.



PROGETTI SEGRETI, TRAME MILITARI E GOVERNATIVE, IMPROBABILI Sperimentazioni

UN MONDO FANTASCIENTIFICO ED ENTUSIASMANTE TRA INCREDIBILI STUDI, TEORIE E RICERCHE CHE ABBRACCIANO TANTO LA PSICOLOGIA QUANTO LA FISICA. UN VIAGGIO AFFASCINANTE, AI CONFINI DELLO SPAZIO E DEL TEMPO.

AUTORE **Mirco Turco**

Due pensieri mi hanno spinto ad intraprendere questo viaggio affascinante e misterioso. Un viaggio ai limiti, tra una scienza fredda e ortodossa e una scienza "alternativa", che va oltre, sconfinando in un groviglio di discipline e saperi e che non si accontenta di ciò che è già noto.

Il primo pensiero è quello di Roger Sperry, Nobel per la Neurofisiologia che, discutendo in materia di coscienza, afferma: *"la coscienza non è riducibile a eventi neurali. Il significato del messaggio non sarà mai trovato nella chimica dell'inchiostro"*. Il secondo, forse più suggestivo e profetico è quello di un altro premio Nobel, questa volta per la Fisica, Max Planck: *"Sull'entrata del tempio della scienza sono incise le parole: devi avere fede!"*.

I primi presupposti di tale opera, pertanto, sono già convincenti, ma sembrano, al contempo, una sorta di giustificazione per cercare di affrontare con sani principi scientifici storie, dinamiche e modelli che, in verità, appaiono assai fantascien-

tifici o degni di uno sceneggiatore argutamente fuori dalle righe. Al contempo, tale introduzione sembrerà originale per un testo che intende, in sostanza, parlare di *spionaggio* e *intelligence*.

L'opera realizzata cerca di creare un connubio equilibrato, almeno parzialmente, tra storia e vicende rocambolesche, esperimenti, servizi segreti, intelligence, laboratori bizzarri, inganni, spie psichiche, psicologia e meccanica quantistica. Il tentativo è anche quello di fornire una chiave di lettura differente sui *fenomeni extrasensoriali*, altrimenti considerati alla stregua della magia o di nuove e ingannevoli correnti pseudofilosofiche.

Ai confini della scienza e della coscienza, si illustrerà la storia dei fenomeni *esp*, in modo particolare della visione a distanza o remota, passando da casi storici emblematici, testimonianze, progetti segreti rivelati e tentativi, forse illusori, ma comunque coraggiosi, di unificazione tra psicologia e fisica, mente e materia, in un viaggio oltre lo spazio e il tempo.



In cerca di spiegazioni convincenti erano anche altri illustri studiosi come Schroedinger, Pauli, Jung, che, studiando proprio i fenomeni extrasensoriali, hanno colto la connessione esistente tra la mente umana e l'Universo.

Parallelamente, il teorema di Bell dimostrava che l'esperienza, avvenuta nel passato, dell'interazione di due particelle, crea tra le stesse, una forma di "collegamento" diretto e istantaneo che va al di là dello spazio e del tempo, in modo che ognuna di esse continua a condizionare il comportamento dell'altra.

Nell'Universo vigerebbe un principio di "Non Località", termine coniato dalla fisica quantistica, attraverso il quale i fenomeni avvengono come se ogni cosa fosse in diretto e continuo contatto con ogni altra. A tal riguardo, anche il fisico David Bohm affermava: *"Qualsiasi evento si verifichi è immediatamente disponibile come informazione in qualsiasi luogo"*.

Si potrebbe parlare anche di *"stato di consapevolezza espansa"*, equiparato ad uno stato di meditazione che consente, ad una persona, di ricevere o trasmettere informazioni. Occorre porsi, così, innanzi a tutto ciò, con un atteggiamento scevro di convincimenti, appartenenze, credenze.

La prima parte del libro contiene, quindi, riferimenti storici ed eventi che hanno caratterizzato questo filone di indagine sullo spionaggio psichico, partendo però da una ricostruzione storica affascinante dello spionaggio in generale.

Nella seconda, invece, si cercherà di dare maggior lustro e una certa risonanza alle teorie, agli studi e alle ricerche oltre la normale logica, così come oltre la fisica classica o la stessa psicologia.

Forse, attraverso tale opera, comprenderete quanto ci sia di poco paranormale nello spionaggio psichico, così come, in generale, nei fenomeni extrasensoriali e come questi possano essere accessibili in realtà a tutti. Alla fine di questo viaggio, probabilmente, ma con fiducia, scoprirete che la sostanza più elementare del mondo fisico è di tipo onirico, proprio come la mente e il cuore vivo e pulsante dell'Universo (A. Mindell, 2017) e che lo stesso Universo è partecipatorio, come direbbe il fisico J. Wheeler.

Per chi crede principalmente nella fisica, forse asserrà alla fine, come fece lo stesso Einstein, che la divisione fra passato, presente e futuro ha solo il valore di un'ostinata illusione. Per chi coltiva prepotentemente la meccanica quantistica, invece, avrà la sensata convinzione che forse, la vita, non è fatta in modo da poter essere contemplata con un unico sguardo, come direbbe Erwin Schrödinger. Per chi alimenta la scienza psicologica, forse dovrà ben ricordare che il pendolo della nostra mente, oscilla tra senso e non senso e non tra giusto e sbagliato, come direbbe Jung. Ci auguriamo tutti, in ogni caso, di perdonare sempre un bambino quando ha paura del buio. La vera tragedia della vita potrebbe essere, invece, se come uomini, continuamo ad avere paura della luce, come direbbe Platone.



ALL'OMBRA DELLA LUCE DELLA LUNA EMOZIONI IN POESIA

AUTORE Silvia Ruggiero - Psicologa e psicoterapeuta, dirigente psicologa ASL Taranto
EDITORE In. Edit Edizioni - Castel San Pietro Terme (BO) (2022)
INTRODUZIONE Riccardo Pagano e Claudio Franzoni

Passando attraverso delusioni e addii, avvicinamenti e speranze, torna prepotente la forma originale dell'amore: una dinamicità continua e inesorabile. Non è un libro di poesie, ma un'infinita storia d'amore, un romanzo in versi.

Quindi che cos'è veramente l'Amore?

È mancanza, è ricerca. L'Amore alberga lì dove manca, è il desiderio di ciò che è vissuto nella condizione di povertà intesa lato sensu. L'Amore non è tenero e dolce, ma spesso è forte se non addirittura crudele. L'Amore è tiranno, è dominatore, L'Amore è follia, è senza freni, è irriverente, Se il padre di Amore è Poros che significa non solo "ingegno", ma anche "via d'uscita" allora vuol dire che tramite l'Amore si può aspirare al divino per i poveri mortali.

Dall'introduzione di Riccardo Pagano

L'autrice, psicologa e psicoterapeuta, dirigente psicologa ASL Taranto, utilizza la poesia per descrivere emozioni e sentimenti.

In questo nostro mondo in cui il pensiero logico è ele-



vato a risolutore di tutti i mali, dove l'intelligenza artificiale viene utilizzate per prendere decisioni che hanno un forte impatto sul presente e il futuro di milioni di persone, le emozioni e i sentimenti possono essere l'unico appiglio che rimane per "restare umani".

Anche la psicologia sempre più riscopre il valore delle emozioni, dell'intelligenza emotiva, l'empatia e le soft skill come basi per relazioni positive e significative su cui si fonda gran parte del benessere personale.

Ecco che usare la poesia come veicolo delle emozioni, come spinta verso una riflessione sul proprio mondo interno e su quello altrui per scoprire le proprie modalità relazionali e le proprie caratteristiche di personalità diventa un passaggio quasi obbligato rispetto al percorso di crescita personale e professionale dell'autrice. Dopo venti anni di carriera professionale di cui diversi trascorsi nell'amministrazione penitenziaria a contatto con situazioni emotivamente forti e coinvolgenti



SEPARAZIONE, DIVORZIO E AFFIDAMENTO CON LA RIFORMA CARTABIA. NOVITÀ, PROSPETTIVE E SFIDE.

AUTORI Giovanni Battista Camerini, Marco Pingitore

EDITORE Franco Angeli: Milano (2023)

Il volume rappresenta la sintesi delle novità psicoforensi in seguito alla riforma Cartabia che ha introdotto significativi cambiamenti nel diritto di famiglia.

L'ascolto della persona minorenne nei procedimenti di separazione, divorzio e affidamento diventa una prerogativa del Giudice, il quale avrà maggiori responsabilità nel prendere provvedimenti a tutela dei figli. La riforma, per la prima volta, introduce il tema del rifiuto del figlio di incontrare un genitore.

Un tema molto dibattuto che si è sviluppato nel corso degli ultimi anni intorno alla teoria controversa dell'alienazione parentale, che nel libro viene affrontato alla luce delle novità normative.

Il volume esamina, tra l'altro, l'ambito della consulenza tecnica d'ufficio con l'introduzione della previsione dell'esame di personalità dei genitori in alcuni casi specifici e di particolari tutele nei casi di allegazioni di denunce.

Ampio spazio viene dato anche al tema della valutazione della capacità di discernimento, della coordinazione genitoriale, dell'intervento sulla famiglia divisa da parte dei Servizi Sociali o del Servizio Sanitario Nazionale, con un'ampia finestra dedicata ai trattamenti psicologici imposti dal Tribunale ai genitori separati e agli incontri vigilati tra genitori e figli.

Per il suo taglio pratico, è questo un testo di riferimento fondamentale per psicologi, neuropsichiatri infantili, avvocati, assistenti sociali e magistrati.

Giovanni Battista Camerini, neuropsichiatra infantile e psichiatra, psicoterapeuta, insegna Clinica e Psicopatologia dello Sviluppo presso l'Università Pontificia Salesiana ed è docente nei Master in Psicologia Giuridica attivati dalle Università di Padova, di San Marino e LUMSA. È membro del CD della Società di Psicologia Giuridica e dell'Associazione Italiana Consulenti Psicoforensi e autore di numerose pubblicazioni in tema di psicologia giuridica e di psichiatria forense dell'età evolutiva, tra cui il *Manuale psicoforense dell'età evolutiva* (Giuffrè, 2018) e *Servizi sociosanitari e giustizia* (Maggioli, 2013).

SEPARAZIONE, DIVORZIO E AFFIDAMENTO CON LA RIFORMA CARTABIA

Novità, prospettive e sfide

**GIOVANNI BATTISTA CAMERINI
E MARCO PINGITORE**



Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo

FrancoAngeli

Marco Pingitore, psicologo-psicoterapeuta, dirigente psicologo presso il Centro di Salute Mentale di Mesaraca (ASP Crotone), è autore di numerose pubblicazioni in ambito psicoforense sia civile che penale. Per la FrancoAngeli ha pubblicato, tra l'altro, *Voglio separarmi da te, non da nostro figlio* (2021) insieme ad Alessia Mirabelli; *Nodi e snodi nell'alienazione parentale* (2021); *Alienazione parentale. Innovazioni cliniche e giuridiche* (2019), insieme a Giovanni B. Camerini e Giovanni Lopez.



CARISSIMA DOTTORESSA

AUTORE Anna Caiati

PUBBLICATO DA Casa Editrice Crowdbooks

Ho scritto un libro di lettere che racconta di **ipnosi**.

Un libro che si legge con facilità e piacere, come un romanzo.

Un libro che è stato presentato nell'ambito nella prestigiosa manifestazione "**I dialoghi di Trani**" oltre che nell'altrettanto prestigiosa manifestazione "**Libri nel Borgo Antico**" a Bisceglie.

Un libro che è stato accolto con grande favore ed i cui proventi sono destinati al Poliambulatorio "**San Giuseppe moscati**" di Trani, cui appartengo.

La novità assoluta è che non è un manuale per addetti ai lavori, pur rigoroso e corretto nell'impostazione scientifica. Infatti la prefazione è stata scritta dal **prof. Emanuele del castello** del "**Milton H.Erikson Institute of Capua**".



Il mio obiettivo primario era di aprire questa possibilità di intervento psicoterapeutico alla conoscenza del più vasto pubblico possibile, con

modalità di immediata comprensione.

Nel contempo chiarire che non ci fosse nulla da temere perché l'ipnosi è un metodo di indagine e cura ampiamente studiato e scientificamente approvato, solo in possibilità di medici e psicoterapeuti specializzati.

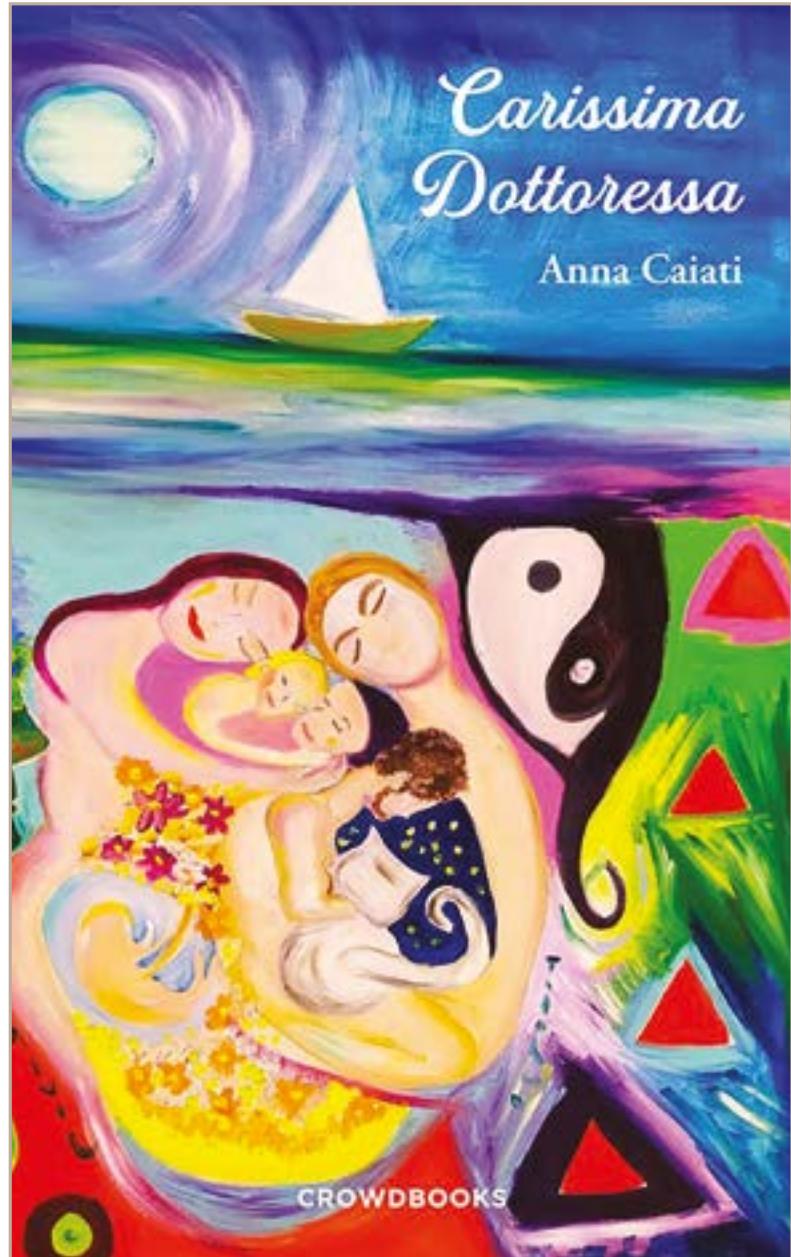
Ho scoperto, infatti, che è la parola stessa a destare timore perché carica di pregiudizi in quanto proposta in modalità falsa e grossolana dai media.

Il libro si intitola "**Carissima Dottoressa**" ed è stato pubblicato dalla **Casa Editrice Crowdbooks**.

Narra di vite vissute in cui tutti possono ritrovare parti di sé stessi.

Sono lettere toccanti, emozionanti che rievocano nitidamente tutti i momenti di un percorso insieme che commuove.

Leggendole emerge che l'ipnosi sia stata ,per queste persone,un modo per mettere un punto e ricominciare.



Ma con una nuova consapevolezza, chiara e nittida.

Il libro è stato magistralmente illustrato dall'artista tranese Silvia Tolomeo.



1 FEBBRAIO 2024

EQUO COMPENSO: PROPOSTA CNOP PER AGGIORNARE I PARAMETRI E AMPLIARE LE PRESTAZIONI

Il Consiglio nazionale ha approvato all'unanimità una proposta di revisione dei parametri economici e di ampliamento delle voci di prestazioni psicologiche che viene sottoposta al Ministero della Salute per l'aggiornamento dei riferimenti relativamente alla legge dell'equo compenso.

Dopo l'uscita della legge 21 aprile 2023, n. 49 il CNOP si è attivato per l'attualizzazione dei parametri economici. Dopo un percorso durato alcuni mesi, coordinato dalla Commissione "Promozione della Professione", che ha coinvolto i Consigli territoriali dell'Ordine, esperti, referenti di società scientifiche nazionali ed internazionali, analisi della contrattualistica, è stata definita una proposta di aggiornamento dei parametri economici minimi (sotto dei quali c'è violazione della legge) delle prestazioni della professione psicologica.

Nel definire i parametri proposti sono stati seguiti i seguenti criteri:

- **Ampliamento dei settori di attività previsti e delle tipologie di intervento**, al fine di meglio

tutelare le attività caratterizzanti, tipiche e riservate della professione;

- **Rivalutazione dei parametri minimi** del nomenclatore tariffario approvato dal CNOP prima della riforma Bersani;
- Previsione di un **parametro per le forme di incarichi contrattuali continuativi**, seppur nell'ambito di un rapporto di lavoro autonomo e libero professionale oppure consulenziale ripetuto nel tempo (superiori a 10 ore settimanali e a 6 mesi) fissato in 40 euro l'ora con riduzione massima del 25%;
- **Estensione dei parametri agli iscritti alla sezione B dell'Albo**, prima non contemplati.

I parametri si riferiscono ai settori di attività professionali individuati a livello internazionale: a) consulenza, sostegno psicologico, counseling; b) psicologia clinica; c) diagnosi psicologica; d) abilitazione e riabilitazione psicologica; e) psicoterapia; f) psicologia del lavoro, delle organizzazioni,

della formazione e del marketing; g) psicologia dell'educazione, dell'orientamento e dell'apprendimento; h) psicologia di comunità; i) psicologia dello sport; l) psicologia del traffico e della mobilità; m) psicologia militare; n) psicologia giuridica e forense; o) psicologia penitenziaria; p) psicologia

dell'emergenza e dell'urgenza; q) ruoli previsti dalla normativa in ambito universitario (PPV); r) settore delle tecniche psicologiche per i contesti organizzativi e del lavoro (sezione B); s) settore delle tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità (sezione B).

15 FEBBRAIO 2024

LINEE DI INDIRIZZO DEL CONSIGLIO NAZIONALE A SUPPORTO DEI RAPPRESENTANTI ORDINISTICI NEI COMITATI PRESSO I TRIBUNALI PER LA TENUTA DEGLI ALBI DEI CTU (EX DM 109/23)

Il CNOP, nella seduta del 26 gennaio 2024 con deliberazione n. 9/2024, ha approvato le linee di indirizzo che riportano i nuovi requisiti previsti per l'iscrizione all'albo dei consulenti tecnici e diventano così il riferimento per la valutazione delle domande

di iscrizione agli albi CTU e Periti presso i Tribunali.

Le linee di indirizzo sono il risultato del lavoro del Coordinamento Nazionale per la psicologia giuridica nel rispetto della *Riforma Cartabia*.



18 FEBBRAIO 2024

LA PROFESSIONE PSICOLOGICA COMPIE 35 ANNI (LEGGE 56/89)

Il 18 febbraio 1989 veniva emanata la Legge n. 56 (pubblicata nella G.U. 24 febbraio 1989, n. 46, S.O.) per regolamentare una professione, quella psicologica, che non aveva fino a quel momento uno specifico riferimento normativo.

La Legge 18 febbraio 1989, n. 56 ha stabilito le norme in materia di ordinamento della professione di psicologo e psicoterapeuta, sintetizzando i contenuti della professione, tentando una definizione della figura di psicologo, fissando i requisiti per l'esercizio dell'attività di Psicologo e di Psicoterapeuta, istituendo l'Ordine e l'Albo degli Psicologi.

La Legge 56/89, detta anche "legge Ossicini" dal nome dello psichiatra Adriano Ossicini che ne è stato promotore, ha avuto un periodo di incubazione di circa 20 anni. Catello Parmentola racconta così la fibrillazione dell'ultimo momento storico:
«Si era ai primi di gennaio 1989 quando Eugenio Calvi, allora Presidente SIPS viene urgentemente convocato alla Camera dei Deputati per un'audizione. All'audizione erano presenti Parlamentari di entrambe le Camere – Armellin, il senatore Bompani, e pochi altri – insieme a Pierangelo Sardi che rappresentava l'AUPI, Associazione Unitaria Psicologi Italiani. Nell'occasione, trovando una grande e inattesa disponibilità, si potettero motivare alcune

obiezioni al testo, in particolare per quanto riguardava le Norme transitorie. Si vedeva approssimarsi il traguardo, e questa volta non era un'allucinazione.

Il 18 gennaio 1989 la Commissione 'Affari sociali' della Camera approva il testo predisposto dal 'Comitato ristretto' in sede legislativa. Il professor Bertini, presente nell'anticamera della Commissione, faceva telefonicamente la cronaca della discussione, invero molto animata, che si stava sviluppando; momenti di cauto ottimismo si alternavano ad altri di delusione. Il testo viene dunque approvato alla Camera e passa al Senato, dove se ne occupa la Commissione 'Igiene e Sanità' presieduta dal senatore Zito. Nemmeno qui mancano i contrasti, ma avvengono sotto l'occhio vigile di Ossicini, e alla fine il testo, identico dunque a quello licenziato dalla Camera, viene approvato. È il 2 febbraio 1989.

Il ricordo qui si fa commosso: Ossicini, uscendo, a dire il vero un poco stravolto, dall'aula, rimane un lungo momento in silenzio e poi, con un filo di voce, sussurra '*È fatta, questa volta è fatta. Groppo alla gola: ci si abbraccia senza riuscire a dire granché. Quasi vent'anni di incertezze, di illusioni e di delusioni, di battaglie a volte anche assai aspre, gravide di entusiasmi e di fatiche, finivano qui.*'» (Parmentola C., *La storia della Psicologia italiana*. Edizioni Psiconline: Francavilla al Mare, 2022)

19 MARZO 2024

UN PERCORSO PER ISTITUIRE LO PSICOLOGO SCOLASTICO

Il Ministro dell'Istruzione e del Merito Giuseppe Valditara e il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi David Lazzari hanno firmato, oggi, un protocollo triennale per supportare il mondo della scuola nelle possibili azioni volte alla prevenzione delle forme di disagio psicologico e di promozione del benessere, considerando gli studenti e le loro famiglie, i docenti, i dirigenti e il personale della scuola.

A seguito dei gravi episodi di violenza che hanno coinvolto giovani e giovanissimi, si legge sul comunicato relativo, appare altresì necessario promuovere nelle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado la cultura del rispetto della persona.

Mim e Cnop intendono attuare una proficua collaborazione finalizzata alla prevenzione dei disagi psico-comportamentali di studentesse e studenti, al potenziamento dei percorsi progettuali per l'acquisizione di competenze personali per la vita e alla promozione del benessere psico-relazionale nei confronti di tutti i soggetti della scuola.

Per l'attuazione delle finalità citate le parti si impegnano ad avviare, in via sperimentale, **la progettazione di presidi territoriali di esperti psicologi a supporto delle scuole** volti a favorire il superamento delle fragilità evolutive nei contesti scolastici, anche con riferimento alle situazioni di svantaggio sociale e culturale che ostacola-

no i processi di socializzazione e partecipazione alla vita della comunità scolastica, oltre che a supportare le istituzioni scolastiche nell'attuazione di percorsi progettuali volti a prevenire e contrastare la violenza e il bullismo.

"Ci prendiamo a cuore – ha dichiarato il Ministro Valditara – il benessere psicologico dei nostri giovani con un'azione che coinvolge oggi anche l'Ordine degli Psicologi per aiutare gli studenti a superare fragilità e per favorire il loro successo formativo".

*"Quello stipulato oggi è un protocollo di vasta portata che va incontro alla necessità di una visione di sistema che attraverso la psicologia scolastica si occupi della prevenzione e della promozione delle risorse psicologiche dei nostri giovani, per intercettare precocemente le potenziali situazioni di disagio". Lo afferma il presidente del CNOP **David Lazzari**, che aggiunge: "Oggi riprendiamo un percorso concreto per l'inserimento della consulenza psicologica nella scuola a servizio di tutta la comunità scolastica, che è fortemente attesa in particolare dagli studenti e dalle famiglie", conclude.*

Per agevolare la realizzazione degli obiettivi citati nel protocollo sarà costituito un apposito Comitato paritetico, composto da due rappresentanti per ciascuna delle parti e coordinato dal rappresentante del Mim.

Orizzontescuola.it

**SEDE**

Via Sparano da Bari, 170 - 70121 Bari

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLA SEGRETERIA

- tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
- lunedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037

Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it

Pec segreteria.psicologipuglia@psyppec.it

Sito www.psicologipuglia.it

N. totale iscritti alla sez. A al 31/03/2024	6974
N. totale iscritti alla sez. B al 31/03/2024	18
N. totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica	3416

ORARI DI RICEVIMENTO DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dal Commissario **facendone richiesta telefonica** alla Segreteria o per e-mail.

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

CONSULENZA FISCALE-TRIBUTARIA

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve gli iscritti telefonicamente al numero 080.8508682, il lunedì pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 19.30.

CONSULENZA LEGALE

Avv. Antonio Pacifico Nichil

Riceve gli iscritti telefonicamente al numero 080.7964629, il giovedì pomeriggio dalle ore 17.00 alle ore 20.00.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi. L'iscrizione all'albo può avvenire presentando apposita domanda nelle modalità indicate all'interno del Portale dell'Ordine nella sezione Moduli.

AVVISO IMPORTANTE

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 ha stabilito le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o del luogo di svolgimento della professione.

Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La richiesta dei certificati può avvenire presentando apposita domanda nelle modalità indicate all'interno del Portale dell'Ordine nella sezione Moduli.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

È necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO**AD ALTRI ORDINI REGIONALI**

1 L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.

2 Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:



- a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
- b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

3 L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa, ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;

- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n° 15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via Sparano da Bari, 170 - 70121 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo

da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.

SERVIZIO GRATUITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) PER GLI ISCRITTI: ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo. Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

maggio 2024
Vol. 30

ISSN 1128-0200

AARON BECK
Psichiatra e psicoterapeuta statunitense, considerato il fondatore degli approcci classici in psicoterapia cognitiva.

PSICOPUGLIA
Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 30 - MAGGIO 2024

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

**Via Sparano da Bari, 170 - 70121 Bari
Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.**

DIRETTORE RESPONSABILE
dott. Salvatore Nuzzo

**Questo numero di *Psicopuglia* contiene
– ad eccezione dell'Editoriale del
Commissario Straordinario, dell'articolo
su "Il Codice Deontologico delle
Psicologhe e degli Psicologi Italiani.
Introduzione" e della presentazione
del libro "Separazione, Divorzio e
Affidamento con la Riforma Cartabia.
Novità, prospettive e sfide" di Giovanni
Battista Camerini e Marco Pingitore –
tutti i contributi ricevuti dai colleghi a
partire dalla pubblicazione dell'ultimo
numero (Vol. 29, Giugno 2022).**



**ORDINE
PSICOLOGI
REGIONE
PUGLIA**

SEGRETERIA ORDINE

- Via Sparano da Bari, 170 - 70121 Bari
- +39 080 5421037
- +39 080 5508355
- segreteria@psicologipuglia.it
- www.psicologipuglia.it