

psicopuglia

n. 18 - dicembre 2016

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



*Buon
Matale!*

In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 La figura dello Psicologo nella nuova normativa regionale in materia di Interventi Assistiti con gli Animali
- 6 Sportello di consulenza su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali

Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 8 Prospetto Commissioni
- 9 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini
- 10 Un servizio per i nuovi iscritti: il progetto "L'Ordine Orienta"
- 11 Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza
- 11 Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza
- 12 Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza
- 14 Commissione Psicologia Forense
- 15 Psicologia dell'Emergenza
- 16 Commissione Psicologia Forense

Ricerche

- 19 Adolescenti e abuso del corpo: un'indagine qualitativa

Rassegna e approfondimenti tematici

- 28 Il burnout e la traumatizzazione secondaria: quali risvolti in oncologia?
- 37 Psicodinamica, difesa e resistenza
- 51 Il coinvolgimento dei familiari nei percorsi clinici di adolescenti con anoressia nervosa
- 57 Organizzazione e rischi psicosociali: le parole di una dipendente di una multinazionale
- 63 Disturbo narcisistico di personalità: correlati clinici e relazionali
- 70 Diritto penale, psicologia, riabilitazione
- 74 Dolore, disperazione, morte in un'opera d'arte contemporanea
- 80 I giovani e la sicurezza stradale
- 85 Mindfulness
- 91 Il ruolo educativo del padre tra simmetria, differenziazione e specificità di ruolo
- 98 L'onda vitale: la respirazione

Metodologia del lavoro psicologico

- 110 Valutazione psicologica e neuropsicologica per la definizione di un intervento terapeutico-riabilitativo in paziente con Malattia Rara
- 115 Come un figlio cambia in terapia familiare
- 122 Progetto di Umanizzazione delle Cure in Oncologia, UOSD Oncologia Di Venere, ASL Bari

Esperienze sul campo

- 129 Bullismo e Cyberbullismo: progetto di prevenzione al fenomeno del bullismo e del cyber bullismo nelle classi terze della scuola Media "G. Pascoli" di San Giovanni Rotondo
- 134 Presenza e funzione del Servizio di Psicologia del Territorio del Distretto Socio Sanitario n. 1 della ASL BA nella governance dell'assistenza socio-sanitaria territoriale
- 136 Progetto Mozart: ascoltare la musica Mozart migliora la capacità di apprendimento della matematica?
- 141 Saper sentire, poter pensare. Dover agire in oncologia

Spazio Neolaureati

- 146 I falsi ricordi e le emozioni: un compito sperimentale con pazienti affetti da Alzheimer
- 153 Responsabilità sociale d'impresa e social media: processi di sense making in comunità di pratiche
- 157 Attaccamento, personalità e famiglia nelle tossicodipendenze
- 163 Rassegna stampa
- 170 Novità in libreria
- 172 Notizie dalla Segreteria

La figura dello Psicologo nella nuova normativa regionale in materia di Interventi Assistiti con gli Animali

Antonio Di Gioia

Con l'approvazione della Legge Regionale 18 ottobre 2016 n. 24, "Interventi assistiti con gli animali", la regione Puglia ha recepito le nuove linee guida nazionali relative agli interventi assistiti con gli animali.

La nuova norma stabilisce che anziani, bambini, disabili possono usufruire di interventi terapeutici, educativi e riabilitativi attraverso l'intervento di personale multidisciplinare specificatamente formato, in conformità alle suddette linee guida nazionali, che potrà prestare la propria opera professionale nei centri pubblici e/o privati, purché in possesso dei requisiti strutturali previsti dalla legge in funzione dello specifico trattamento.

Il governo pugliese ha inoltre stabilito l'istituzione di una commissione consultiva, presso l'assessorato regionale della salute, volta a valutare la possibilità di stanziare fondi che finanzino dei progetti specifici per gli interventi con animali domestici, compatibilmente con la disponibilità di risorse nel bilancio.

Al momento, la Puglia è tra le poche Regioni italiane ad aver approvato una normativa che delimita ambiti e detta regole precise rispetto ad una realtà finora "auto-gestita", indicando in maniera chiara le terapie da praticare e le sfere di intervento. Nonché, last but not least, la corretta individuazione dei soggetti che potranno praticare questi trattamenti. Non a caso il testo prevede la presenza di un team multidisciplinare composto da diverse figure professionali e operatori, con la previsione di un ippoterapista e la formulazione di un preciso regolamento su requisiti ed elenchi di centri specializzati, enti accreditati e tipologie di animali ammesse.

Le finalità sostenute a livello di normativa regionale hanno trovato riscontro e convergenza ne-



gli obiettivi perseguiti dall'Ordine regionale attraverso l'intensa e costante attività a favore della professione di psicologo.

Con l'istituzionalizzazione della figura dello psicologo nella equipe multidisciplinare per gli interventi assistiti con gli animali si è raggiunto un risultato importante, soprattutto per le potenziali ricadute in ambito occupazionale.

L'Ordine degli Psicologi, attraverso un puntuale confronto durante la fase di stesura del testo normativo, ha fortemente voluto che fosse riconosciuto il ruolo dello psicologo nell'ambito di una tipologia di intervento che ha funzione preventiva, riabilitativa, socio-sanitaria ed educativa. Merito del Consiglio Regionale della Puglia è stato quello di saper ascoltare ed accogliere le istanze ivi presentate.

I campi di applicazione della pet-therapy, pratica terapeutica che produce eccellenti benefici anche a favore di soggetti che soffrono di patologie psicologiche e che risponde ad una visione olistica del benessere della persona, sono diversi e coinvolgono numerose figure professionali.

Emerge in questo senso il valore delle competenze professionali degli psicologi come promotori del benessere. Un traguardo raggiunto proprio durante il Mese del Benessere Psicologico, che ci vede impegnati nella diffusione della cultura del prendersi cura di se stessi.

È importante che le singole persone comprendano il valore del supporto psicologico nelle diverse sfere della vita quotidiana come prevenzione del disagio, prima che come cura. È importante, nel contempo, che questo riconoscimento continui a realizzarsi a livello istituzionale, all'interno di testi normativi che ne sanciscano i campi di applicazione.

LEGGE REGIONALE 18 OTTOBRE 2016, N. 24

Interventi assistiti con gli animali

Il Consiglio regionale ha approvato la seguente legge:

Art. 1 Finalità

1. La Regione Puglia recepisce l'Accordo sancito in data 25 marzo 2015 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)" di seguito indicati come "Accordo" e "Linee guida".
2. La Regione Puglia recepisce, altresì, la nota esplicativa trasmessa dal Ministero della salute a tutte le regioni e province autonome in data 25 maggio 2016 con protocollo 0012894 e relativa alle indicazioni di dettaglio rispetto ai contenuti del capitolo 9.4 delle Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali, di cui al comma 1.
3. Gli interventi assistiti con gli animali (IAA) hanno valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa e comprendono tre ambiti di intervento: Terapie Assistite con gli Animali (TAA), Educazione Assistita con gli Animali (EAA) e Attività Assistite con gli Animali (AAA).
4. La Regione Puglia, altresì, con la presente legge, intende promuovere la diffusione degli "IAA" nel rispetto dell'Accordo di cui al comma 1 e, nell'ambito delle TAA, disciplinare l'applicazione dell'ippoterapia e della pet therapy con i cani, quale elemento di sostegno per un pieno e sano sviluppo delle capacità del singolo individuo e della comunità, con particolare riguardo alle persone portatrici di handicap o comunque disagiate dal punto di vista delle relazioni e della riabilitazione fisica e psichica.

Art. 2

Definizioni e campo di applicazione

1. Per Terapia Assistita con gli Animali (TAA) si intende: intervento a valenza terapeutica finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale rivolto a soggetti con patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime, di qualunque origine. L'intervento è personalizzato

sul paziente e richiede apposita prescrizione medica. La riabilitazione equestre è una TAA che prevede l'impiego del cavallo.

2. Per Educazione Assistita con gli Animali (EAA) si intende: intervento di tipo educativo che ha il fine di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione e inserimento sociale delle persone in difficoltà. L'intervento può essere anche di gruppo e promuove il benessere delle persone nei propri ambienti di vita, particolarmente all'interno delle istituzioni in cui l'individuo deve mettere in campo capacità di adattamento. Tra gli obiettivi dell'EAA vi è quello di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e a rinforzare l'autostima del soggetto coinvolto.
3. Per Attività Assistita con gli Animali (AAA) si intende: intervento con finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione attraverso il quale si promuove il miglioramento della qualità della vita e la corretta interazione uomo-animale.
4. Per Linee guida nazionali si intendono quelle recepite con l'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1.
5. Sono escluse dal campo di applicazione della presente legge le attività sportivo-agonistiche con animali.

Art. 3

Animali impiegati negli IAA

1. In conformità con quanto stabilito dalle Linee guida nel territorio della Regione Puglia possono essere impiegati negli IAA gli animali appartenenti a specie domestiche in grado di instaurare relazioni sociali con l'uomo e, in particolare: cane e cavallo, asino, gatto e coniglio.
2. L'impiego di animali diversi da quelli indicati al comma 1 deve essere sottoposto a preventiva autorizzazione da parte della Commissione di cui all'articolo 8, sentiti il Centro di referenza nazionale per gli IAA e il Ministero della salute, dietro presentazione, per il tramite della stessa Commissione, di un progetto che ne individui e descriva la motivazione e la metodologia d'impiego.
3. Prima di essere ammessi all'impiego negli IAA gli animali di cui ai commi 1 e 2 devono essere appositamente preparati e sottoposti a valutazione sia sanitaria che comportamentale in conformità con quanto previsto dalle Linee guida. L'idoneità sanitaria e comportamentale del singolo animale impiegato deve essere co-

stantemente monitorata, in conformità a quanto indicato dalle Linee guida. Il responsabile dell'animale e il medico veterinario dell'équipe forniscono, su richiesta delle autorità competenti, la documentazione attestante la preparazione e le valutazioni di idoneità effettuate.

4. Il mantenimento e la gestione degli animali impegnati negli IAA devono rispondere alle norme vigenti in materia di polizia veterinaria, salute e benessere degli animali e agli obblighi di identificazione e registrazione nelle corrispondenti anagrafiche nazionali.
5. Il mantenimento, la gestione e il governo degli animali devono altresì rispondere ai criteri riportati nelle Linee guida.

Art. 4

Valenza terapeutica

1. La terapia per mezzo degli animali è riconosciuta dalla Regione Puglia come attività, con finalità preventiva, educativa, riabilitativa e di integrazione sociale volta al benessere e alla qualità di vita e delle persone ed è disciplinata dalla presente legge.
2. Scopo della terapia assistita con gli animali è quello di integrare le tecniche riabilitative attualmente utilizzate in campo sanitario con il coinvolgimento degli animali indicati all'articolo 3, a favore di utenti appartenenti a categorie più deboli, quali malati, bambini, anziani, persone con disabilità, in disagio o marginalità sociale. La Regione, con la presente legge, disciplina gli interventi, improntati su rigorosi criteri scientifici, necessari a tutelare sia il paziente/utente che il cavallo.
3. La terapia con il cavallo è distinta dalle semplici attività ludico-ricreative, dedicate a persone disabili e non.
4. La terapia assistita con gli animali espleta una:
 - a) funzione preventiva: prevenire i disturbi della iperattività e di aggressività; prevenire difficoltà relazionali e di socializzazione; ridurre i comportamenti ai limiti con la patologia del periodo adolescenziale; favorire la gestione di stati disadattivi degli adolescenti delle zone a rischio; favorire l'integrazione sociale; migliorare la socializzazione; rinforzare e favorire l'autostima di un maggiore autocontrollo al fine di ridurre comportamenti a rischio, ansie e paure; migliorare l'abilità fisica; migliorare il benessere e la qualità della vita;
 - b) funzione riabilitativa: disturbi dello spettro autistico; ritardo mentale lieve e medio-

lieve; deficit sensoriali e motori; disturbi relazionali dell'infanzia; disturbi del comportamento e dell'equilibrio; patologie neuromotorie dell'infanzia; patologie neurologiche dell'adulto; paralisi cerebrali; schizofrenia; lesioni midollari conseguenti a traumi alla spina bifida; patologie psichiatriche dell'adulto; terapia equestre individuale e di gruppo nei dipartimenti di salute mentale e nei Centri di Riabilitazione, al fine di stimolare una serie di attività intellettive come concentrazione, memoria, stabilità emotiva, tranquillità e fermezza di carattere e funzioni motorie come il controllo posturale;

- c) funzione socio-sanitaria: migliorare il rapporto con se stesso e con gli altri; favorire l'integrazione sociale nelle persone con disabilità, nelle persone appartenenti a fasce deboli della popolazione o che vivono in una condizione di marginalità sociale;
- d) funzione educativa: migliorare la capacità di stare in gruppo, di rispettare regole, ruoli e relazioni; promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e di progettualità individuale; migliorare le capacità di adattamento dei singoli all'interno dei gruppi.
5. Nella équipe multidisciplinare per gli IAA di cui all'articolo 5 per l'espletamento dell'ippoterapia deve essere presente un ippoterapista individuato nell'ambito degli operatori socio-sanitari nell'area della riabilitazione fisica, socio-sanitaria e psicopedagogica. Trattandosi di interventi prevalentemente diretti a persone con disabilità fisica e psichica, si propongono interventi coordinati, come previsto dalle Linee guida, da un ippoterapista che sia una figura professionale esperta in trattamento di patologie e disabilità psichiche e/o psicomotorie e nel trattamento di disabilità fisiche.

Art. 5

Equipe multidisciplinare per gli IAA

1. Nei progetti di IAA è garantita la presenza di una équipe multidisciplinare per gli IAA, composta da diverse figure professionali e operatori, in conformità alle Linee guida nazionali. Nei progetti di ippoterapia è garantita la presenza di un ippoterapista ai sensi dell'articolo 4, comma 5.

Art. 6

Formazione

1. La Regione Puglia, avvalendosi del competente

Assessorato formazione e lavoro, prevede disposizioni specifiche atte a garantire che tutte le figure professionali e gli operatori che svolgono la propria attività in ambito di IAA siano in possesso di specifica formazione acquisita in base ai criteri stabiliti dalle Linee guida nazionali.

2. La formazione di cui al comma 1 è erogata dal Centro di riferimento nazionale per gli IAA, dall'Istituto superiore di sanità, dalle regioni e dagli enti, pubblici o privati, accreditati dalle regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.
3. I costi relativi allo svolgimento dei corsi di formazione sono a carico degli organizzatori privati o dei partecipanti.

Art. 7 Strutture

1. Gli IAA possono essere erogati presso centri specializzati e strutture, pubbliche o private che, oltre a essere in regola con tutte le norme amministrative, edilizie, sanitarie, vigenti, rispondano a requisiti strutturali e gestionali correlati alla tipologia di intervento erogato e alla specie animale impegnata, individuati, sulla base delle Linee guida nazionali, dal regolamento di Giunta regionale di cui all'articolo 10.
2. Il regolamento, in particolare, reca disposizioni specifiche atte a garantire che:
 - a) i centri specializzati e le strutture che erogano TAA con animali residenziali, siano in possesso di nulla osta rilasciato dalle autorità sanitarie territorialmente competenti in conformità alla normativa vigente e sulla base dei requisiti stabiliti dalle Linee guida nazionali;
 - b) le figure professionali e gli operatori che erogano IAA presso strutture non riconosciute siano registrati presso l'azienda sanitaria territorialmente competente;
 - c) l'elenco dei centri specializzati, delle strutture riconosciute, delle figure professionali e degli operatori sia reso pubblico e trasmesso al centro di riferimento nazionale per gli IAA per la pubblicazione sul relativo sito;
 - d) chiunque intenda avviare iniziative o progetti di IAA all'interno della struttura di cui è responsabile verifichi che le figure professionali e gli operatori coinvolti siano nell'elenco di cui alla lettera c);
 - e) i centri specializzati, le strutture riconosciute e i responsabili di progetti che erogano TAA e/o EAA trasmettano l'elenco dei progetti

attivati nell'anno, entro il 31 dicembre alla Regione e al Centro di riferimento nazionale per gli IAA.

Art. 8 Commissione regionale

1. La Giunta regionale istituisce con deliberazione, presso l'Assessorato regionale competente per la tutela della salute, una Commissione per gli IAA con funzioni consultive.
2. La Commissione è composta da:
 - a) un rappresentante dell'assessorato regionale competente in materia di tutela della salute e sanità pubblica, con funzione di coordinamento;
 - b) un rappresentante dell'assessorato competente in materia di formazione e lavoro;
 - c) un medico specialista con percorso formativo o, in mancanza, con esperienza almeno annuale in IAA;
 - d) uno psicologo - psicoterapeuta, con percorso formativo o, in mancanza, con esperienza almeno annuale in IAA;
 - e) un medico veterinario zoiatra, con percorso formativo o, in mancanza, con esperienza almeno annuale in IAA;
 - f) un medico veterinario con formazione e/o esperienza nelle scienze comportamentali applicate;
 - g) un professionista della riabilitazione con percorso formativo in IAA, ovvero, con esperienza almeno annuale, nell'ambito delle TAA, AAA e EAA;
 - h) un educatore professionale, con esperienza nell'ambito delle TAA, AAA e EAA;
 - i) un tecnico di riabilitazione equestre con percorso formativo in IAA, ovvero con esperienza almeno annuale nell'ambito delle TAA, AAA e EAA;
 - j) un tecnico addestratore cinofilo con esperienza in IAA.
3. I professionisti di cui alle lettere c), d), e), f) sono designati dai rispettivi ordini professionali su richiesta dell'Assessorato regionale per la tutela della salute. In difetto di designazione i professionisti saranno indicati dallo stesso assessorato regionale richiedente.
4. La partecipazione alla Commissione è a titolo gratuito.
5. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determina i criteri e le modalità di nomina e di funzionamento, nonché la durata in carica dei componenti della Commissione.

Art. 9
Progetti

1. La Giunta regionale, compatibilmente con le risorse finanziarie previste in bilancio, può emanare un bando per il finanziamento di progetti di TAA, AAA e EAA, a cui possono partecipare i soggetti in possesso dei requisiti previsti dalla Giunta regionale in conformità alle Linee guida nazionali.
2. In conformità con quanto previsto dall'Accordo e dalle Linee guida nel territorio della Regione Puglia i progetti di IAA devono essere curati, elaborati e condotti da una équipe multidisciplinare composta dalle figure professionali e dagli operatori che rispondono ai requisiti stabiliti dalle Linee guida.
3. Entro i limiti stabiliti dalla Giunta regionale i progetti di cui al comma 1 saranno finanziati sulla base della graduatoria stilata tenuto conto dei criteri previsti dal regolamento di cui al successivo articolo 10.

Art. 10

Norme di attuazione

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la commissione consiliare competente, adotta apposito regolamento che in conformità alle Linee guida nazionali individua in particolare:
 - a) i requisiti dei soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possono esercitare le attività di TAA, AAA ed EAA;
 - b) i requisiti strutturali e organizzativi delle strutture e le modalità operative per lo svolgimento di TAA, AAA ed EAA;
 - c) le procedure per la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori di TAA, AAA ed EAA;
 - d) le specie animali ammesse ai programmi di TAA, AAA ed EAA e i criteri e le modalità di formazione ed educazione degli stessi;
 - e) individuazione delle disposizioni attuative concernenti:
 - 1) l'elenco regionale degli enti accreditati e riconosciuti per la formazione;
 - 2) l'elenco dei centri specializzati e delle strutture non specializzate;
 - 3) l'elenco delle figure professionali e degli operatori;
 - 4) le indicazioni più dettagliate in merito all'addestramento e al coinvolgimento dei cani nei progetti di IAA e dei cavalli

nella riabilitazione equestre, qualora necessario.

Art. 11
Oneri finanziari

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale; gli adempimenti e le attività previste sono realizzati con le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili dalla normativa vigente.
2. La Regione si riserva di impegnare proprie risorse per promuovere e mettere in atto le attività previste dalla presente legge.

Art. 12

Norme transitorie e finali

1. Le strutture che già operano nell'ambito degli IAA alla data di entrata in vigore della presente legge devono adeguarsi ai requisiti previsti, in conformità alle Linee guida nazionali, dal regolamento di cui all'articolo 10, entro ventiquattro mesi dalla sua emanazione.
2. Le figure professionali e gli operatori che, al momento dell'emanazione del regolamento di cui all'articolo 10, sono già in possesso di attestato di formazione a corsi o che già operano nell'ambito degli IAA, entro ventiquattro mesi devono acquisire una specifica idoneità sulla base dei criteri stabiliti dal regolamento regionale di cui all'articolo 10, in conformità alle Linee guida nazionali.
3. La legge regionale 21 maggio 2008, n.11 "Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali" è abrogata.

*IL VICE PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO
(Giuseppe Longo)*

*IL SEGRETARIO GENERALE DEL
CONSIGLIO
(Domenica Gattulli)*

*IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
ASSEMBLEA E COMMISSIONI
CONSILIARI
(Anna Rita Delguidice)*

*IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
ASSEMBLEA E ASSISTENZA AGLI
ORGANI
(Domenico De Giosa)*

Sportello di consulenza su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali

Ai nostri giorni, l'attività professionale risponde a una precisa vocazione imprenditoriale, nel senso più nobile del termine. Tale consapevolezza ha spinto l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ad avviare uno sportello informativo gratuito sulla finanza agevolata e riservato ai nostri aderenti, in quanto il disposto del *comma 475 del maxi emendamento alla Legge di Stabilità* (nella nuova numerazione comma 821), i **liberi professionisti** sono espressamente equiparati alle imprese nell'accesso ai **fondi europei**.

Nello specifico, i liberi professionisti sono «equiparati alle PMI come **esercenti attività economica**, a prescindere dalla forma giuridica rivestita», in base a quanto previsto dalla *Raccomandazione della Commissione UE 6 maggio 2013/361/CE*, dal *Regolamento UE 1303/2013*, e dalle *Linee d'azione per le libere professioni del Piano d'azione Imprenditorialità 2020: impresa è ogni entità, a prescindere dalla forma giuridica rivestita, che eserciti un'attività economica*. In particolare, sono considerate tali le entità che esercitano un'attività artigianale o altre attività a titolo individuale o familiare, le società di persone o le associazioni che esercitino un'attività economica.

Ne deriva che i liberi professionisti possono accedere, **come le PMI**, ai piani operativi regionali e nazionali dei fondi sociali europei (FSE) e del fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), che rientrano nella programmazione 2014-2020.

Nasce pertanto l'esigenza di una precisa e puntuale assistenza tecnica, **legata anzitutto al razionale sfruttamento dei fondi europei, nazionali e regionali disponibili**, nonché la necessità di approfondire temi legati a diverse declinazioni specialistiche della nostra professione, da diffondere in modo capillare e strutturato sul mercato economico. Per esempio, la Psicologia della Scuola, la Psicologia dello Sport, la Psicologia della Salute stanno emergendo con nuove richieste di consulenza da settori che, tradizionalmente, possono usufruire di fondi pubblici ingenti e, pertanto, di sicura prospettiva.

Nel settore dei PIC (Programmi di Iniziativa Comunitaria) assumono poi valenza le cd. "reti di collaborazione" tra Stati Membri, per realizzare interventi più puntuali, per rispondere alle nuove esigenze sociali e per migliorare la diffusione delle informazioni in materia di psicologia.

Tra i tanti esempi, l'obiettivo di Nidi è quello di agevolare l'**autoimpiego** di persone con difficoltà di accesso al mondo del lavoro. L'iniziativa viene attuata da Puglia Sviluppo S.p.A. – società interamente partecipata dalla Regione Puglia.

Il Fondo è gestito dalla Regione Puglia con il sostegno dell'Unione Europea attraverso il Programma Operativo FESR 2007 – 2013.

Può richiedere l'agevolazione chiunque voglia avviare una nuova impresa. In caso di impresa già costituita, è possibile presentare domanda solo se **la costituzione è avvenuta da meno di 6 mesi e non si è emessa la prima fattura e non si è percepito alcun corrispettivo**. L'impresa dovrà essere partecipata per almeno la metà, sia del capitale sia del numero di soci, da soggetti appartenenti a specifiche categorie: **giovani** con età tra 18 anni e 35 anni; **donne** di età superiore a 18 anni; **disoccupati** che non abbiano avuto rapporti di lavoro subordinato negli ultimi 3 mesi; **persone in procinto di perdere un posto di lavoro; lavoratori precari con partita IVA (meno di 30.000 € di fatturato e massimo 2 committenti)**.

L'impresa ancora da costituire deve **avere meno di 10 dipendenti**.

Sono ammesse a NIDI le sole imprese corrispondenti alle **forme giuridiche**: ditta individuale, società cooperativa con meno di 10 soci, società in nome collettivo, società in accomandita **semplice, associazione tra professionisti, società a responsabilità limitata**.

Le forme di agevolazione previste da NIDI sono diverse e misurate all'investimento previsto:

Se si prevede di avviare l'impresa con investimenti fino a € **50.000 l'agevolazione è pari al 100%**, metà a fondo perduto e metà come prestito rimborsabile.

Se si prevede un investimento compreso tra

€ 50.000 ed € 100.000 l'agevolazione è pari all'90%, metà a fondo perduto e metà come prestito rimborsabile.

Per investimenti compresi tra € 100.000 ed € 150.000 l'agevolazione è pari all'80%, metà a fondo perduto e metà come prestito rimborsabile.

È inoltre previsto un contributo sulle spese di gestione dei primi sei mesi pari ad € 10.000.

Il prestito rimborsabile è erogato nella forma di finanziamento della durata di 60 mesi, con tasso fisso, pari al tasso di riferimento UE (a ottobre 2015 il mutuo sarebbe concesso al tasso dello 0,17%).

Non sono richieste garanzie fatta eccezione per le società cooperative a responsabilità limitata, per le società a responsabilità limitata e per le associazioni professionali per le quali è richiesta una fidejussione personale agli amministratori.

Interessante anche il bando **PIN** con una dotazione finanziaria di **10 milioni di euro**, 8 dei quali destinati al finanziamento di progetto e 2 ai servizi di affiancamento e rafforzamento delle competenze, la misura è finalizzata a supportare la sperimentazione e realizzazione di progetti a vocazione imprenditoriale nei settori dell'**Innovazione culturale** (valorizzazione del patrimonio ambientale, culturale e artistico; turismo; sviluppo sostenibile), dell'**Innovazione tecnologica** (innovazioni di prodotto e di processo, economia digitale, sviluppo di nuove tecnologie) e dell'**Innovazione sociale** (servizi per favorire l'inclusione sociale, il miglioramento della qualità della vita, l'utilizzo di beni comuni).

Per accedere al finanziamento, che viene erogato a sportello (cioè, sino a esaurimento del *plafond*), occorre seguire una procedura interamente telematica: sul portale dedicato, pingiovani.regione.puglia.it; è sufficiente seguire le fasi di inserimento dei dati e presentare il proprio progetto d'impresa compilando il "modello Canvas", uno strumento utile a descrivere l'idea imprenditoriale con l'indicazione di azioni, risorse e soggetti chiave.

La Commissione sceglierà le proposte migliori, valutandone l'innovatività, la capacità di generare un impatto positivo sul territorio e le prospettive di sostenibilità economica anche dopo la fase iniziale di avvio.

Partecipando all'avviso pubblico, si ha la possibilità di accedere ad alcuni strumenti.

In primo luogo, il **contributo finanziario a fondo perduto**, che varia da un minimo di €10mila a un massimo di €30mila a progetto, a copertura degli investimenti e delle spese di gestione del primo anno. Per accedere al finanziamento i gruppi informali, formati da almeno due giovani residenti in Puglia di età compresa tra **18 e 35 anni**, dovranno costituirsi in soggetto giuridico iscritto al Registro delle Imprese.

La misura, tuttavia, non si limita al solo finanziamento, ma intende accompagnare e sostenere i progetti attraverso strumenti personalizzati, dedicati al rafforzamento delle competenze dei proponenti. Per queste ragioni, verrà messo a disposizione anche un **set di servizi di supporto e potenziamento delle competenze** (prestazioni professionali specialistiche, workshop tecnici, affiancamento di imprenditori senior, visite aziendali), che saranno erogati da ARTI Puglia e co-progettati con i gruppi informali beneficiari: i servizi possono raggiungere un valore massimo di €10mila per ciascun soggetto giuridico.

I servizi di supporto saranno erogati anche a favore di progetti che, sebbene non beneficiari del contributo finanziario, saranno ritenuti comunque meritevoli di un percorso di accompagnamento, in ragione del proprio potenziale di sviluppo.

PIN è finanziato con risorse del "Fondo per lo Sviluppo e la Coesione" e del PO Puglia 2014/2020.

A beneficio, dunque, degli iscritti interessati, l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha attivato un indirizzo di posta dedicato (sportello@psicologipuglia.it), ed un numero telefonico 371/1403656 attivo il lunedì dalle 16,00 alle 17,00 e il giovedì dalle 11,00 alle 12,00, mediante il quale ognuno potrà richiedere incontro dedicato per conoscere le modalità ed i termini del finanziamento pubblico erogabile a sostegno della propria iniziativa professionale, anche in termini di autoimpiego.

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

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

Prospetto Commissioni

ETICA E DEONTOLOGIA

Coordinatore: **dott. Capriuoli**

Componenti: dott.ssa Annese - dott.ssa Gasparre - dott.ssa Loiacono - dott. Laforgia

COMMISSIONE TUTELA DELLA PROFESSIONE E CONTRASTO ALL'ABUSIVISMO

Coordinatore: **dott.ssa Loiacono**

Componenti: dott.ssa Soleti - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre - dott. Bosco

ATTIVITA' FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI

Coordinatore: **dott. Frateschi**

Componenti: dott. De Muro - dott.ssa Annese

PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Coordinatore: **dott.ssa Gasparre**

Componenti: dott. Calamo Specchia - dott. Frateschi - dott. Capriuoli - dott.ssa Annese

COMMISSIONE START-UP GIOVANI PSICOLOGI

Coordinatore: **dott. Laforgia**

Componenti: dott. Calamo-Specchia - dott.ssa Soleti - dott.ssa Annese - dott. Saracino

PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITA', POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE

Coordinatore: **dott. Capriuoli**

Componenti: dott.ssa Gasparre - dott. Frateschi - dott.ssa Annese - dott. Calamo Specchia - dott.ssa Soleti - dott. De Muro

COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA

Coordinatore: **dott. Calamo-Specchia**

Componenti: dott. Capriuoli - dott.ssa Annese -

dott. Frateschi - dott. Bosco - dott.ssa Gasparre - dott.ssa Soleti

REDAZIONE RIVISTA

Coordinatore: **dott.ssa Gasparre**

Componenti: dott. Capriuoli - dott.ssa Annese - dott. Frateschi - dott. Calamo Specchia

RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA

Coordinatore: **dott.ssa Annese**

Componenti: dott. Frateschi - dott. De Muro - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre

PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI

Coordinatore: **dott.ssa Annese**

Componenti: dott. Frateschi - dott. Saracino - dott.ssa Gasparre - dott. Capriuoli

PSICOLOGIA FORENSE

Coordinatore: **dott.ssa Soleti**

Componenti: dott.ssa Annese - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre - dott. Frateschi

CONTRATTI

Coordinatore: **dott.ssa Yildirim**

Componenti: dott. Frateschi - dott.ssa Capriuoli

GRUPPO DI LAVORO CRITERI CTU

Coordinatore: **dott.ssa Soleti**

Componenti: dott. Giuseppe Latilla - dott.ssa Antonietta Curci - dott. Ignazio Grattagliano - dott. Vincenzo Orsi - dott.ssa Adelaide Minenna.

COMMISSIONE PARITETICA UNIVERSITA' DI BARI

Componenti: dott. Di Gioia - dott.ssa Soleti - dott.ssa Annese

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Maggio - Dicembre 2016)

Componenti: Paola Annese, Ferdinando De Muro

La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo maggio - dicembre (II-III quadrimestre) 2016 ha proseguito la programmazione del triennio 2014 - 2016 con una organizzazione delle strategie e dei metodi per promuovere le proposte di diffusione, sensibilizzazione, informazione della cultura e formazione psicologica, in contesti intraprofessionali, interprofessionali e nella comunità e società civile. La Commissione si è impegnata per una estensione adeguata e pertinente di alto profilo della cultura psicologica della salute, del benessere, della solidarietà e dell'integrazione nei territori della regione Puglia. Ha sviluppato la promozione e l'efficacia del confronto sulla cultura e sulla formazione psicologica con Istituzioni, Enti, Associazioni, anche grazie al contributo delle attività pragmatiche e delle esperienze intraprofessionali e interprofessionali con gruppi, comunità, contesti molteplici e differenti; con la collaborazione e la partecipazione attiva della comunità professionale degli psicologi sono state avanzate nuove ipotesi, idee e proposte su programmi, progetti, procedure sulla base di profili di conoscenze, competenze, abilità, tecniche psicologiche specialistiche innovative. Infatti, tra le nuove proposte vi sono: promozione della cultura e della formazione della prevenzione psicologica primaria, secondaria e terziaria, divulgando adeguatamente le aree tematiche applicative psicologiche, anche con metodi, tecniche e protocolli specialistici psicologici su tutte le aree della salute e del benessere, in ogni contesto comunitario e sociale; valorizzazione della professionalità dello psicologo attraverso azioni culturali, informative e formative riguardanti le trasformazioni rapide e complesse dei bisogni, delle necessità, delle nuove dipendenze e delle nuove emergenze della società moderna; valorizzazione degli interventi degli psicologi

per i bisogni psicosociali delle famiglie e delle comunità, per la solidarietà, l'integrazione e l'inclusione psicosociale.

Dunque, la programmazione delle attività culturali e formative, in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, verrà sviluppata ulteriormente, attraverso iniziative di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti istituzionali e privati, sulla multidimensionalità professionale dello psicologo e dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere; la programmazione ed organizzazione dei convegni si svilupperà in virtù della più ampia corrispondenza tra quanto sopra e la realizzazione di eventi ed iniziative che possano dare rappresentazione della multidimensionalità professionale dello psicologo, evidenziando le peculiarità di ogni area e settore della professione psicologica nella specificità delle tematiche trattate in ciascun evento.

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

1. Evento Formativo ECM dal titolo: “*Psicologia, progettazione, fundraising*” organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 19.09.2016, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari.
2. Evento Formativo ECM dal titolo: “*BES e DSA dalla diagnosi all'intervento: problemi, prospettive normative e organizzative*”, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 3 novembre 2016, presso l'hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci, Bari.
3. Evento Formativo ECM dal titolo: “*La psicologia post-razionalista: alcuni campi di applicazione*”, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Re-

gione Puglia in collaborazione con l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia cognitiva post-razionalista, IPRA, tenutosi il 05.11.2016, presso l'hotel Excelsior Congressi, Bari.

4. Evento Formativo ECM dal titolo: *“Dall'integrazione medico-psico-sociale alla qualità della relazione. Buone prassi in psiconcologia di cura in ogni fase della vita”*, organizzato dall'Ordine

degli Psicologi della Regione Puglia, 22 novembre 2016, presso l'hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci, Bari.

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

Un servizio per i nuovi iscritti: il progetto “L'Ordine Orienta”

di Antonio Calamo-Specchia

Il mondo della psicologia, come è noto, è estremamente variegato e nel corso della storia della nostra disciplina numerose sono state le correnti, le scuole di pensiero, le letture che ciascuno ha fornito di un oggetto di studio tanto complesso quanto quello della mente umana e del suo funzionamento. Terminati gli studi universitari, la gran parte dei colleghi decide di intraprendere la formazione per diventare psicoterapeuta. E' una scelta cruciale, un percorso che è in grado di fornire allo psicologo strumenti e competenze per il suo lavoro e che, soprattutto, è in grado di affinare lo sguardo clinico. Come si guarda alla persona che soffre, come e su quali elementi concentrare il proprio interesse e perché, è qualcosa che si apprende proprio durante il ciclo formativo della specializzazione.

Dunque per promuovere un orientamento alla scelta, e per supportare i giovani colleghi che si trovano nella fase della scelta della Scuola, l'Ordine ha promosso il progetto “L'Ordine Orienta”.

In accordo con le Scuole di Psicoterapia della Regione Puglia, nell'ambito del “Tavolo Tecnico Ordine degli Psicologi-Scuole di Psicoterapia”, si è organizzato infatti un programma di incontri, presso la sede dell'Ordine degli Psicologi, in cui ciascuna Scuola possa presentare il proprio progetto formativo ed il proprio orientamento. In questo modo, gli iscritti degli ultimi 5 anni - cui è dedicato il progetto - sono invitati a conoscere l'offerta del proprio territorio, farsi un'idea, incontrare direttamente i didatti responsabili, fare domande, risolvere dubbi e perplessità, per giungere in definitiva ad una decisione più consapevole circa il proprio prosieguo nella formazione.

Per questa ragione, l'Ordine ospita sul proprio sito una sezione dedicata alle Scuole di Psicoterapia

pugliesi, consultabile all'indirizzo:

<http://www.psicologipuglia.it/scuole-di-psicoterapia-pugliesi>

Il progetto L'Ordine orienta, giunto alla sua seconda edizione, quest'anno prevede i seguenti appuntamenti:

20/10/2016 Istituto Santa Chiara (ore 15-17)

27/10/2016 Istituto Walden – Laboratorio di Scienze Comportamentali (ore 15-17)

09/11/2016 Scuola Change – Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale (ore 15-17)

10/11/2016 Ikos – Istituto di Comunicazione Olistica e Sociale (ore 15-17)

11/11/2016 S.F.P.I.D. – Scuola di Formazione di Psicoterapia ad Indirizzo Dinamico (ore 17-18.30)

17/11/2016 A.R.I.R.I. – Associazione Ricerca/Interventi sui Rapporti Interpersonali (ore 15-17)

23/11/2016 I.R.P.A. – Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata (ore 15-17)

24/11/2016 Istituto Gestalt di Puglia (ore 15-17)

01/12/2016 Istituto Metafora – Centro Ricerca e Terapia della Famiglia, del Bambino e dell'Adolescente (ore 15-17)

15/12/2016 I.G.A.T. – Istituto di psicoterapia della Gestalt e Analisi Transazionale (ore 15-17)

18/01/2017 I.S.P.- Istituto per lo Studio delle Psicoterapia (ore 15-17)

Il calendario è suscettibile di variazioni ed una versione aggiornata è sempre disponibile sul sito dell'ordine, all'indirizzo <http://www.npop.it/> dove è anche possibile prenotarsi, compilando il modulo di registrazione collegato direttamente con la Scuola che organizza l'incontro. In ogni caso, è sempre possibile prenotarsi consultando direttamente la Scuola di Psicoterapia che è oggetto di interesse.

Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Coordinatore: Antonio Calamo-Specchia

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

Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

Coordinatore: Anna Gasparre

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

La Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza ha lavorato in modo congiunto con la Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'emergenza. Tale contiguità ha permesso di pensare alle attività ed allo stesso momento alla loro comunicazione, elaborando un piano comunicativo specifico per la sesta edizione del "Mese del Benessere Psicologico". Al pari delle consuete attività di comunicazione istituzionale (quali la gestione del portale web, i comunicati stampa e l'aggiornamento dei contenuti della pagina Facebook) la Commissione, con la guida dell'agenzia di esperti incaricata, ha orientato le sue attività sulla campagna dedicata al Mese del Benessere.

E' stato riattivato il sito www.mesedelbenesserepsicologico.it dove ciascun collega ha avuto la possibilità di registrarsi all'iniziativa (inserendo la propria offerta di consulenze psicologiche o di eventi), scaricare il logo della Giornata Nazionale della Psicologia promossa dal Consiglio Nazionale e quello della Regione Puglia per creare la propria locandina.

Il sito ha dato inoltre visibilità a tutti gli eventi ed alle consulenze proposte dai colleghi, che ruotavano in modo casuale in una apposita sezione della homepage. Inoltre, è stata attivata la geolocalizzazione di ciascun evento, visibile e ricercabile sulla mappa della Regione Puglia.

La campagna di comunicazione ha previsto una copertura ad ampio raggio, intercettando l'intera Regione per quel che riguarda la pub-

blicizzazione delle consulenze e delle iniziative proposte dagli iscritti aderenti al Mese del Benessere; in particolare, si è investito inoltre sui territori che hanno visto la partecipazione dell'Ordine ad eventi quali il Mattinata Running Week di Mattinata ed il Mind Park di Bari. Insieme ai comunicati stampa, diffusi sul territorio per raggiungere le agenzie di informazione locali, la comunicazione ha riguardato in modo strategico il mondo del web ed in particolare si è utilizzata la pagina Facebook dell'Ordine quale veicolo principale.

Il "racconto" dell'esperienza è stato caratterizzato da fotografie, video, suggestioni e continui rimandi alle iniziative, in grado di incuriosire ed attivare l'utenza raggiunta. In particolare, lo strumento Facebook ha permesso di individuare nella popolazione target da raggiungere non solo i colleghi (tradizionalmente affezionati alla pagina), ma anche i cittadini non specialisti, vera popolazione-bersaglio della campagna di comunicazione. L'obiettivo è stato infatti quello di presentare la professione e le attività del Mese del benessere psicologico alla cittadinanza, in modo chiaro ed efficace, oltre ai colleghi interessati. La sola attività social ha generato una copertura totale di 102.533 utenti raggiunti e quasi 5000 risposte totali ed il successo delle iniziative proposte, prima fra tutte il Mind Park, segnala che alle interazioni online è seguito un interessamento ed una partecipazione concreta agli eventi reali.

Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

Coordinatore: Anna Gasparre

Componenti: Antonio Calamo Specchia, Massimo Frateschi, Geremia Caprioli, Paola Annesi

Il campagna regionale del mese del Benessere Psicologico, giunto alla settima, quest'anno si inserirà all'interno di quella Nazionale, coordinata dal CNOP e ha previsto delle importanti novità.

Primo fra tutte, la presenza dell'Ordine in molti eventi pubblici (sagre, fiere, festival) organizzati nel mese di Ottobre in Puglia, attraverso attività di volantinaggio, di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sulla cultura del benessere psicologico in tutte le sue sfaccettature: artistiche, musicali, culinarie. In particolare, si è vista la partecipazione dell'Ordine ad eventi quali il Mattinata Running Week di Mattinata ed il Mind Park. Quest'ultimo si è tenuto a Bari, in Piazza Ferrarese, il 30 ottobre ed ha rappresentato la conclusione delle iniziative previste per il Mese del Benessere Psicologico in Puglia. "Mind Park"! Un percorso interattivo, alla scoperta dei principali sentimenti umani dove, attraverso attività ludiche, si è illustrato ai visitatori, in modo facile ed immediato, cosa significa "benessere". Attrazioni da Luna Park e artisti di strada hanno affiancato i professionisti della mente nella comprensione e consapevolezza delle emozioni primarie. Un vero e proprio "Parco Divertimenti", dove ciascun gioco ha insegnato a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Un percorso ludico che ha trasformato esperienze semplici, come lanciare una palla contro un bersaglio di lattine o introdurre le mani in una scatola misteriosa, in consapevolezza sul funzionamento delle proprie emozioni. All'interno dello stand informativo, cuore del Mind Park, gli psicologi presenti hanno soddisfatto le curiosità dei partecipanti, hanno illustrato quali

vantaggi in termini di benessere personale può portare un buon percorso di ascolto e supporto psicologico. Uno psicologo non solo lavora sul disagio ma soprattutto può aiutare la persona a trasformare un periodo di malessere in nuove consapevolezze, migliorare la qualità della vita e delle relazioni.

Accanto a tali attività come di consueto i colleghi sono stati invitati ad organizzare sul proprio territorio eventi, seminari, conferenze, workshop o ad aprire gli studi alla cittadinanza per delle consulenze gratuite.

Le Emozioni del Mind Park

COSA TI PASSA PER LA TESTA?

GIOIA

Sei felice quando hai raggiunto obiettivi rilevanti per il tuo benessere personale. Non si riduce all'inseguimento dei sogni futuri, ma al cercare di godere al meglio di quello che si possiede nel presente.

COS'È?

La felicità si sviluppa sia in senso intellettuale sia materiale, sia fisico sia psichico, sia affettivo sia emozionale. **L'organismo si attiva:** la leggera crescita della frequenza cardiaca rende la respirazione irregolare e aumenta il tono muscolare.

COME SI RICONOSCE

La gioia ci predispone ai legami sociali e incrementa la formazione di idee creative, che vanno a finire nei nostri scaffali personali ai quali attingere in caso di difficoltà. **Fiducia in se stessi e carattere estroverso sono fattori di personalità maggiormente associati con l'emozione di gioia.**

COME SI GESTISCE

MIND PARK

Ordine Psicologi Puglia

COSA TI PASSA PER LA TESTA?

DISGUSTO



COS'È?

Sei disgustato quando entri in contatto fisico con **oggetti inanimati che ispirano repulsione visiva, tattile, olfattiva o gustativa.**

Il disgusto si manifesta tramite un'espressione facciale piuttosto tipica: arricci le narici e allarghi la bocca come per spingere fuori il suo contenuto.

Quando è particolarmente intensa, è accompagnata da **nausea e vomito.**



COME SI RICONOSCE



COME SI GESTISCE

Il disgusto è una **risposta difensiva: ti allontana da sostanze, situazioni o pensieri che possono contaminare il tuo corpo, minacciare la tua dignità personale e, più in generale, dall'appartenenza ad un gruppo.**

MIND PARK



COSA TI PASSA PER LA TESTA?

TRISTEZZA



COS'È?

Sei triste se avverti la **sensazione di aver perso qualcosa/qualcuno** oppure sei consapevole di non aver raggiunto una meta per te significativa. È un invito a fermarti, elaborare la ferita e ripartire con rinnovata energia.

Quando sei triste tendi a chiuderti nel tuo mondo: ti isoli, parli il meno possibile e avverti un forte senso di rassegnazione sugli eventi in corso. Hai difficoltà a compiere le attività di routine quotidiane o ad avviarne di nuove.



COME SI RICONOSCE



COME SI GESTISCE

Sono diverse le strategie messe in atto per superare o controllare la tristezza: **vivere eventi positivi, come attività e interazioni piacevoli, comportarti altruisticamente** o riportare alla mente esperienze positive connesse alla persona/oggetto perduti.

MIND PARK



COSA TI PASSA PER LA TESTA?

PAURA



COS'È?

Hai paura quando avverti una **minaccia fisica o sociale** per la tua incolumità o temi che qualcosa possa pregiudicare il raggiungimento di un obiettivo per te rilevante.

La paura ti segnala la presenza di un **potenziale rischio per la tua sicurezza.**

Avverti un forte impulso a evitare o fuggire dall'imminente pericolo oppure, per contrasto, lo avvicini e lo attacchi.



COME SI RICONOSCE



COME SI GESTISCE

La paura sopraggiunge quando valuti come insufficienti le risorse a tua disposizione per controllare o modificare l'evento che ha scatenato l'emozione.

Allontanarsi dal pericolo attenua rapidamente la sensazione di paura e minaccia.

La mente, inoltre, può mettere in gioco diverse strategie di autodifesa per contrastare la percezione di minaccia imminente, come soluzioni magiche, superstizioni o dinieghi.

MIND PARK



COSA TI PASSA PER LA TESTA?

RABBIA



COS'È?

Ti arrabi se qualcosa ostacola il raggiungimento dei tuoi obiettivi, lede i tuoi diritti oppure pensi di aver subito un **torto, un'offesa o un danno ingiusto.**

La rabbia ti suggerisce il **confronto con la persona che ritieni responsabile** del torto, del sopruso o dell'offesa ingiustamente ricevuta.

È la spinta a **cercare una soluzione** per superare una frustrazione, rimediare ad un errore e infine raggiungere i tuoi scopi personali.



COME SI RICONOSCE



COME SI GESTISCE

I comportamenti frutto di un episodio di rabbia vanno dalla totale repressione della sua espressione alla libera esibizione di ira e aggressività. Mantenere un atteggiamento freddo o evitare i rapporti con la persona che ha scatenato la nostra rabbia sono sue manifestazioni indirette. Un **confronto assertivo, privo di comportamenti fisici o verbali aggressivi, rappresenta una modalità adattiva di regolazione della rabbia.**

MIND PARK





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



Commissione Psicologia Forense

Coordinatore: Emanuela Soleti

Componenti: Paola Annese, Geremia Caprioli, Massimo Frateschi, Anna Gasparre

Il convegno *“Dalla consulenza psicoforense al trattamento degli offender: una questione di metodo”* tenutosi lo scorso novembre a Bari, ha rappresentato un momento di confronto importante tra professionisti che con formazione, linguaggi e strumenti differenti - psicologico, medico-legale, giuridico - si trovano ad interagire in uno spazio di intersezione tra saperi specialistici. I contributi dei relatori hanno consentito di percorrere (idealmente) l'intero iter giudiziario, dal momento della consulenza fino al termine del percorso detentivo, mettendo in luce elementi di criticità, potenzialità, spazi e opportunità legati sia alla formazione che agli spazi occupazionali dei vari specialisti. Quella giornata di studio è stato il primo evento di psicologia giuridica organizzato di concerto con l'Ordine degli Avvocati di Bari, in particolare con la Commissione Minori coordinata dall'Avv. Katia Dicagno. Con questa commissione e con il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, in particolare con la coordinatrice del master in Psicologia Giuridica, Prof.ssa Antonietta Curci, e con il Prof. Ignazio Grattagliano sono stati organizzati e realizzati dei seminari introduttivi di psicologia giuridica rivolti agli avvocati; occasioni di formazione in cui è stata data voce a dubbi e perplessità sugli aspetti psicologici dell'agire giuridico, in cui è emersa forte l'esigenza del rispetto della deontologia professionale, insieme alla volontà di costruire un percorso formativo e lavorativo comune.

L'entusiasmo e il coinvolgimento dei professionisti del settore giuridico ha stimolato i coordinatori delle commissioni dei due ordini professionali a lavorare su un protocollo di intesa che preveda momenti di formazione congiunta, seminari brevi e gratuiti su temi specifici in cui psicologi e avvocati si confrontino su aspetti pratici dell'agire professionale, nel tentativo di acquisire un linguaggio comune, strumenti operativi e buone prassi condivise, ma anche di costruire importanti spazi di collaborazione professionale.

Recentemente è stato siglato un Protocollo di Intesa anche tra Ordine degli Psicologi della Puglia e Provveditorato Amministrazione Penitenziaria di Puglia e Basilicata finalizzato a promuovere e realizzare formazione, ricerca e progettazione di interventi finanziabili. Il protocollo prevede la costituzione di un tavolo che vede il nostro Ordine professionale, rappresentanti del Prap e degli istituti di detenzione, impegnati a riflettere sui bisogni formativi del personale che opera nel settore dell'esecuzione penale e a individuare e progettare dei possibili interventi e,

soprattutto, dei fondi per la realizzazione degli stessi. Ci sembra che questa collaborazione possa consentire l'apertura di spazi occupazionali importanti per la nostra categoria.

Questo protocollo ha trovato immediata attuazione con la organizzazione di due seminari, previsti per il 15 e per il 23 novembre, rivolti al personale degli Istituti pugliesi, sulla prevenzione del suicidio in carcere. L'obiettivo delle giornate sarà fornire elementi teorici di psicologia clinica e raccogliere suggerimenti su aree critiche da migliorare o risorse da potenziare. Questi eventi sono stati prontamente realizzati grazie alla disponibilità e all'entusiasmo del provveditore di recente nomina, Dott. Cantone, il nostro presidente, Dott. Di Gioia, al lavoro congiunto dei coordinatori, rispettivamente, delle commissioni di psicologia forense e di politiche sociali e terzo settore, Dott. Caprioli, con il contributo scientifico della prof.ssa Curci e del Dott. Grattagliano.

Ancora con il Prap stiamo lavorando ad una Convenzione che consenta l'accesso alla consulenza psicologica ai dipendenti dello stesso Ente e ai loro familiari. A breve il testo della Convenzione sarà diffuso attraverso newsletter alla nostra comunità professionale, insieme alla richiesta di disponibilità ad essere iscritti ad una short list che avrà uno spazio dedicato all'interno del nostro portale. Questa operazione renderà più rapida la consultazione da parte dei potenziali clienti, facilitandone la scelta in funzione della vicinanza territoriale e/o della formazione specifica.

Infine il gruppo ideatore di psicologia forense, ha visto il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di psicologi interessati, tanto da rendere necessaria una ri-definizione in gruppi di lavoro "territoriali" che ci permetterà di lavorare anche in funzione degli interessi specifici legati ai singoli contesti. Tra le attività del gruppo c'è anche l'organizzazione del Convegno in Psicologia Giuridica, già deliberato dal Consiglio, e previsto per gennaio 2017.

La commissione di psicologia forense continuerà a lavorare nella direzione della promozione della formazione, della valorizzazione delle competenze specifiche dello psicologo giuridico, dello scambio professionale e della costruzione di una rete di relazioni interistituzionali che permettano di delineare chiaramente la nostra identità professionale in ambito giuridico e di valorizzare il contributo che solo uno psicologo può fornire in uno spazio lavorativo complesso come quello giuridico.

La dichiarazione di collaborazione tra il nostro ordine regionale e il Provveditorato Interregionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Puglia e Basilicata prende forma in un documento che vede coinvolta la nostra comunità professionale nell'impegno a fornire prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche qualificate in favore degli agenti di polizia penitenziaria, dei dipendenti del Prap e dei loro familiari.

Il 15 novembre 2016 il presidente dott. Di Gioia e il Dott. Cantone, Provveditore di recente nomina, hanno siglato un protocollo di intesa tra il nostro ordine professionale e il Prap.

Il protocollo prevede la costituzione di un elenco di professionisti psicologi e di psicologi-psicoterapeuti che si rendano disponibili a fornire un primo incontro gratuito ai beneficiari della convenzione e applichino uno sconto del 20% sulla tariffa previste per le prestazioni successive. Il portale dell'Ordine Regionale ospiterà una sezione dedicata ai professionisti psicologi convenzionati con il Prap, una lista utile a faci-



litare la scelta da parte dei potenziali utenti in funzione della formazione specialistica e della vicinanza territoriale.

Questa iniziativa è una delle collaborazioni operative tra la nostra comunità professionale ed altri enti diffusi su tutto il nostro territorio e rappresenta un contributo concreto di noi psicologi allo sviluppo della cultura del benessere e della salute, non solo per gli operatori, ma anche per i familiari di coloro che operano in un contesto a rischio come quello penitenziario.



Ministero della Giustizia
Dipartimento Amministrazione Penitenziaria



PROTOCOLLO D'INTESA

IL PROVVEDITORATO INTERREGIONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA PER LA PUGLIA E LA BASILICATA nella persona del

Provveditore Dott. Carmelo CANTONE

nell'ottica di:

- Rafforzare le attività di assistenza e protezione realizzate dal Provveditorato Interregionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia e la Basilicata a sostegno degli agenti di polizia penitenziari e di tutti i dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia e la Basilicata ed ai loro familiari;

- Fornire un'offerta organica e qualificata delle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche a livello regionale agli agenti di polizia penitenziaria ed a tutti i dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia e la Basilicata ed ai loro familiari;
- Favorire l'opportunità di affrontare e risolvere problematiche riguardanti la sfera psicologica per accrescere lo sviluppo di una cultura del benessere e della qualità della vita

e

L'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA

nella persona del

**Presidente del Consiglio dell'Ordine degli
Psicologi della Regione Puglia**

Dott. Antonio DI GIOIA

Promuove la professione di psicologo e svolgimento di tutela degli iscritti e degli utenti attraverso

l'osservanza del codice deontologico;

considerato che si ritiene indispensabile promuovere la professione di psicologo presso aziende, enti e istituzioni pubbliche e private perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e la promozione del benessere e della salute;

osservato che tra i propri compiti vi è quello di promuovere ogni iniziativa diretta a svolgere attività di indirizzo e coordinamento nei riguardi dei propri iscritti, al fine di qualificare l'intervento dei professionisti nella loro rispettive attività

CONVENGONO QUANTO SEGUE

Art. 1

Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia si impegna ad individuare psicologi per fornire le prestazioni professionali, di seguito specificate, a favore degli agenti di polizia penitenziaria e di tutti i dipendenti del Provveditorato Interregionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia e la Basilicata (di seguito P.R.A.P. Puglia e Basilicata) e dei loro familiari (di seguito Clienti).

Si conviene che il concetto di famiglia è da interpretarsi in forma estensiva (conviventi, vedove/i, ect...).

Art. 2

Le prestazioni saranno erogate dagli psicologi iscritti alla Sez. A dell'Albo degli psicologi e dagli psicologi autorizzati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica ai sensi degli artt. 3 e 35 della Legge 56/89, che manifesteranno la volontà di aderire al presente Protocollo d'intesa. Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia si impegna a pubblicare l'apposito elenco reperibile presso il proprio sito internet www.psicologipuglia.it e presso la sede dell'Ordine territoriale dove saranno predisposti gli elenchi, elenco che sarà accessibile anche dalla pagina internet del P.R.A.P. Puglia e la Basilicata.

Art. 3

Le prestazioni oggetto del presente Protocollo d'intesa sono quelle indicate nel Testo della tariffa professionale degli psicologi allegato al Codice deontologico, vigente al momento della prestazione.

Le tariffe delle prestazioni verranno così determinate:

- Primo incontro: gratuito;
- Per le prestazioni successive, si pattuisce uno scontro di almeno il 20% sulla tariffa applicata dal singolo professionista.

Art. 4

Il P.R.A.P. Puglia e Basilicata, potrà attivare - sul proprio sito internet - uno spazio dedicato alle iniziative scaturenti dal presente Protocollo d'Intesa.

In tale spazio verranno collocate eventuali iniziative concordate con le parti.

Art.5

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia riconosce al P.R.A.P. Puglia e Basilicata lo status di partner privilegiato per la condivisione di iniziative applicabili su gruppi omogenei di individui, finalizzate alla promozione della salute e del benessere psicologico.

Art. 6

Il P.R.A.P. Puglia e Basilicata si impegna a divulgare il presente Protocollo d'Intesa pubblicizzandolo tra i propri dipendenti per il tramite del sito internet e di altri canali istituzionali.

Art. 7

Il presente atto costituisce l'avvio di una collaborazione - tra gli Enti firmatari suscettibile di ulteriori forme di cooperazione, che verranno definite di volta in volta dagli stessi.

Art. 8

Il Protocollo d'Intesa entrerà in vigore dalla data della sottoscrizione, avrà durata annuale e si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo disdetta di una delle due parti data con lettera raccomandata, almeno 90 giorni prima della scadenza.

Bari, lì 15/11/2016

Per
l'Ordine degli Psicologi Regione Puglia
Il Presidente
Dott. Antonio Di Gioia

Per
il P.R.A.P. Puglia e Basilicata
Il Provveditore
Dott. Carmelo Cantone

Commissione Psicologia della Salute, Sanità, Politiche Sociali e Terzo settore

Coordinatore: Geremia Capriuli

Componenti: Anna Gasparre, Massimo Frateschi, Paola Annese, Antonio Calamo Specchia, Emanuela Soletti, Ferdinando De Muro

Sulla scia delle precedenti esperienze di promozione della professionalità dello psicologo, l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Foggia, hanno siglato, nel mese di settembre 2016, il Protocollo d'Intesa "Rete di sportelli per il cittadino".

Rete di sportelli per il cittadino

Il Protocollo intende predisporre gli strumenti per una programmazione e gestione, integrata e coordinata, di interventi atti a favorire il benessere psicologico per tutti gli individui che lo ritengano opportuno e necessario.

Il protocollo, è attivo nella Provincia di Foggia con la finalità di:

- istituire punti di ascolto e di risposta ai bisogni psicologici, con caratteristiche di facile fruibilità e accesso da parte della cittadinanza;
- promuovere la rete delle Farmacie come punti di eccellenza sul territorio per la salute e la prevenzione trasformandole in Punti Salute Polifunzionali;
- dare impulso alla figura e il ruolo dello psicologo quale risorsa per il benessere psicologico e sociale dei cittadini;
- promuovere e sviluppare una rete di collegamenti tra punti di ascolto e strutture sanitarie e sociali territoriali per gli eventuali interventi successivi al counseling psicologico;
- accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità mediante la professionalità degli Psicologi;
- condurre una ricerca sui bisogni dei cittadini della Provincia di Foggia intercettando il disagio psichico e sociale e rilevando la specificità della domanda in funzione di eventuali interventi socio-economici istituzionali;
- dare impulso alla realizzazione di interventi mirati, finalizzati alla prevenzione delle situazioni-limite, al sostegno e alla realizzazione di percorsi tesi a garantire la qualità della vita dei soggetti richiedenti assistenza;

- elaborare un report inerente le problematiche sociali che emergeranno e sulle maggiori richieste ed esigenze della cittadinanza.

Lo Psicologo in Farmacia

L'accesso ai servizi di sostegno psicologico è un'opportunità della quale poche persone usufruiscono per diverse ragioni. Queste vanno dalla difficoltà nel sostenere i costi, fino alla scarsa conoscenza o al pregiudizio legato alla forma di aiuto psicologico. Di qui l'idea di offrire ai cittadini pugliesi l'opportunità di accedere ad un servizio gratuito, di facile fruizione e di elevata qualità. Il Progetto sperimentale "Lo Psicologo in farmacia", collegato al Protocollo di Intesa, nasce dalla necessità di realizzare una rete di sportelli psicologici a disposizione dei cittadini nel territorio della Provincia di Foggia. Il progetto sperimentale, della durata di 3 mesi, è partito il 1° ottobre e si concluderà il 31 dicembre 2016. Ad oggi ha visto aderire circa 30 farmacie e 50 psicologi.

Gli psicologi, regolarmente iscritti all'Ordine regionale, sono presenti nelle farmacie della Provincia di Foggia aderenti al progetto, e, per uno o due giorni a settimana, offrono gratuitamente un servizio di *counseling* psicologico e sostegno oltre a momenti di ascolto e orientamento, con la finalità di fornire alle persone una prima chiave di lettura del loro disagio e orientarle verso un corretto percorso diagnostico-terapeutico. Le consulenze psicologiche sono offerte ai cittadini maggiorenni e offrono informazioni, ascolto, supporto e orientamento, con l'obiettivo di promuovere il benessere individuale e collettivo. Gli incontri si svolgeranno in adeguati spazi all'interno delle farmacie, nel rispetto delle norme sulla privacy a garanzia della riservatezza dei temi trattati. L'accesso al servizio è libero o mediato dal farmacista.

Responsabile del Progetto è la Commissione "Psicologia della Salute, Sanità, Politiche Sociali e Terzo settore" dell'Ordine.

Per informazioni è possibile inviare una email all'indirizzo segreteria@psicologipuglia.it o contattare il Coordinatore della Commissione dott. Geremia Capriuli, al num. 3333538259.

Adolescenti e abuso del corpo: un'indagine qualitativa

Valeria Grazia Tommaseo*, Eugenia Policarpo*, Caterina Moramarco*, Maria Elena Leggieri*, Maria Tavenaux*, Ripalta Compierchio*, Annalisa Loconte*, Rossella Romanelli*, Adriana Zito*, Francesca Romito**, Pasquale Chianura***

*Psicologa Clinica, specializzanda del 4° anno in Psicoterapia Sistemico-Relazionale, Istituto Metafora, Centro Ricerca e Terapia della Famiglia, del Bambino e dell'Adolescente, Bari

**Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta Istituto Metafora, Centro Ricerca e Terapia della Famiglia, del Bambino e dell'Adolescente, Bari

***Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Istituto Metafora, Centro Ricerca e Terapia della Famiglia, del Bambino e dell'Adolescente, Bari

Riassunto

Durante l'adolescenza la tendenza all'*acting*, all'opposizione, alla ribellione, alla sperimentazione e al mettersi alla prova attraverso gli eccessi, sono espressioni utili per lo sviluppo dell'autodefinizione. Una delle modalità dell'agito è l'utilizzo di pratiche di uso/abuso del proprio corpo, demarcando due dimensioni: le pratiche di abuso socialmente accettate (piercing e tatuaggi) e le modalità autolesive più patologiche. Nel DSM-IV il comportamento autolesivo viene citato come sintomo di alcune categorie diagnostiche. Nel DSM-V viene valutato come differenziato da altri quadri clinici e inserito all'interno della sezione "Condizioni patologiche che necessitano di ulteriori studi". L'autolesionismo è un comportamento che causa un danno o una lesione al proprio corpo o ad alcune parti di esso ed è contrassegnato da intenzionalità, ripetitività e assenza di intento suicidario. Gli autori hanno approfondito tre delle condotte autolesive più diffuse tra gli adolescenti: il cutting, il branding e la scarificazione. È stata osservata nel web e sui social network la diffusione di nuove tendenze di autolesionismo o di modificazione estrema del proprio corpo (lip e fire challenge e tittoing). La tecnica del focus groups, con un campione totale di 13 adolescenti, è stata utilizzata allo scopo di raccogliere informazioni sulla risonanza di questi fenomeni. I risultati hanno confermato le funzioni dei comportamenti autolesivi: esternalizzare sentimenti di profondo disagio; istituire un senso di appartenenza ad un gruppo; strategia di *coping*; regolare le emozioni.

Parole chiave: abuso del corpo, condotte autolesive, adolescenza, focus groups, modificazione corporea

L'agito in adolescenza

Durante l'adolescenza le continue trasformazioni psichiche e fisiche contribuiscono ad una realtà interna instabile. Via via che le trasforma-

zioni vengono "riconosciute" ed elaborate, l'adolescente riuscirà a riconoscere e a vivere il proprio corpo come facente parte di un sé integrato, diversamente accade se l'adolescente sviluppa e porta con sé una rappresentazione del proprio corpo non soggettivato, ossia come entità separata dalla propria identità psichica. In questa seconda condizione, per assumere il pieno controllo sul proprio corpo gli adolescenti ricorrono spesso ad agiti autodistruttivi, che hanno lo scopo di contribuire alla riappropriazione in termini psichici del corpo stesso. L'adolescente può pertanto ricorrere ad una tendenza all'agito, alla ribellione e alle condotte a rischio per sé e per gli altri (Blos, 1971).

L'atto violento rivolto contro di sé rappresenta una modalità distruttiva e patologica di difendere la propria identità narcisistica e attraverso l'attacco al sé corporeo, l'adolescente può preoccupare l'oggetto e di conseguenza controllarlo e tenerlo legato a sé.

In particolare, una delle modalità dell'agito messe in atto dall'adolescente è l'utilizzo di pratiche di uso/abuso del proprio corpo. Sulla scia degli studi compiuti da Moffitt (2003), relativi alla cronicizzazione dei comportamenti aggressivi etero-diretti, è possibile rilevare alcune modalità di aggressività auto-diretta "*life course persistent*", che si manifestano già nelle prime fasi dello sviluppo, persistono e si cronicizzano nel corso del tempo fino a sfociare in un disturbo conclamato (Sindrome da Autolesionismo Ripetitivo). Tali condotte si esprimono con modalità più violente e ripetitive e i sintomi si aggravano nel corso dello sviluppo, per cui risulta più lungo e complesso anche l'intervento terapeutico.

Gli autori si sono concentrati maggiormente sulle pratiche di abuso del corpo autolesive patologiche.

Il Comportamento Autolesivo

Per comportamento autolesivo si intende un comportamento che causa un danno o una lesione al proprio corpo o ad alcune parti di esso ed è contrassegnato da intenzionalità, ripetitività e assenza di intento suicidario; tale comportamento è caratterizzato da mancanza di controllo dell'impulso, da un aumento della tensione e da una sensazione di sollievo successiva alla messa in atto dell'agito autolesivo. Una classificazione clinico-descrittiva individua tre tipi di comportamento autolesivo: stereotipato, maggiore e superficiale moderato (Favazza, 1996). Il comportamento autolesivo stereotipato è associato a ritardo mentale, schizofrenia, psicosi in fase acuta, autismo e sindromi neurologiche; comprende lesioni tissutali autoinflitte che possono variare ampiamente da lievi a molto gravi, gli atti sono notevolmente ripetitivi, monotoni, spesso ritmici, apparentemente intenzionali e di solito privi di pensiero, affetto e significato. Il comportamento autolesivo maggiore è associato a stati psicotici o ad intossicazioni acute da sostanze, si tratta di forme di autolesionismo che spesso mettono in pericolo la vita. Infine nel comportamento autolesivo superficiale/moderato le condotte possono essere compulsive, episodiche e ripetitive e compaiono in numerose patologie.

I dati sull'incidenza del fenomeno riportano una percentuale che oscilla intorno al 15-20% (Ross et al., 2002) e l'esordio di tali comportamenti è compreso tra i 13 e i 14 anni. Una ricerca (Stallard et al., 2013) sostiene che i pensieri e i comportamenti autolesivi si manifestano anche in fasce d'età inferiore ai 14 anni con una prevalenza di pensieri autolesivi, nelle ragazze, del 22%. In una recente ricerca svolta in Italia nelle scuole di Milano, Roma, Matera e Avezzano, emerge una percentuale del 18% di adolescenti che dichiarano di farsi intenzionalmente del male (L'Osservatorio sulle Tendenze e sui Consumi degli Adolescenti, M. Manca, 2015).

In uno studio longitudinale condotto in Svezia (Bjärehed et al, 2012), su un campione di circa 1000 adolescenti, è emerso che quasi il 40% degli

adolescenti avevano riferito almeno un episodio di autolesionismo non suicidario (NSSI) nei 6 mesi precedenti, con una prevalenza, nei diversi sottogruppi di pratiche autolesive, del genere femminile. L'età media di inizio del NSSI era compresa tra i 12 e i 15 anni. Un aspetto interessante che emerge da questo studio è la differenza di genere per quanto riguarda sia la stabilità temporale del NSSI che l'associazione a successivi rischi psicopatologici, due fattori molto probabilmente correlati tra loro: infatti si riscontra una percentuale molto più alta nei maschi (37%) di individui che cessano di mettere in atto NSSI nella seconda parte dello studio, mentre per le ragazze troviamo una percentuale del 12,5%. Un ulteriore dato rilevante, per quanto riguarda le funzioni indagate che sottendono al NSSI, nel gruppo delle ragazze emergono punteggi più alti nella fascia dei problemi emotivi e dei problemi con i pari, mentre nei ragazzi emergono punteggi più alti nella fascia dei problemi della condotta.

Condotte Autolesive e Psicopatologia

L'autolesionismo non sembra essere associato a nessun specifico profilo psicopatologico o a specifici fattori predittivi (Ostuzzi e Pozzato, 2009). Tuttavia chi mette in atto comportamenti autolesivi ripetitivi mostra una più grave e variegata sintomatologia psicopatologica, così come un uso più massiccio di difese primitive, elementi che evidenziano un certo grado di malessere e disadattamento.

Nel DSM-IV il comportamento autolesivo compare soltanto come sintomo in numerose patologie come nei Disturbi di Personalità (Borderline, Istrionico, Anti-sociale), nel Disturbo Post-Traumatico da Stress, nei Disturbi Dissociativi e nei Disturbi dell'Alimentazione. In particolare nei casi di Disturbo di Personalità Borderline si riscontrano condotte autolesive in una percentuale pari al 75-90% (Ostuzzi e Pozzato, 2009), infatti il borderline agisce spesso attaccando direttamente sé stesso; la dimensione psicopatologica presente in entrambe è la *disregolazione affettiva*. Gli stessi Disturbi Alimentari, quali l'anorexia, la bulimia e il *binge-eating*, sono di per sé caratterizzati da un'eccessiva attenzione verso il proprio stato corporeo e da una difficoltà di base

nell'autostima e nella gestione delle emozioni e possono essere interpretati come una forma di autolesionismo indiretto. Da un'indagine compiuta su un campione di donne con disturbo alimentare (Claes et al, 2006), il 44.6% dei soggetti esaminati ha riferito di mettere in atto comportamenti autolesivi, con una prevalenza nell'anoressia di tipo bulimico (51.8%) rispetto alla bulimia (43.6%) e all'anoressia restrittiva (34.3%). Ulteriori studi hanno evidenziato che nell'anoressia nervosa si riscontra una frequenza di comportamenti autoaggressivi/autolesivi simile a quella osservata nella bulimia nervosa (anoressia 62% e bulimia 72%). Inoltre è stata sottolineata la differenza tra comportamenti autolesivi di tipo compulsivo e di tipo impulsivo: gli atti compulsivi sono abituali per il soggetto che li compie, quindi ripetitivi e vissuti come automatici, finalizzati a ridurre una tensione che si accumula quando il soggetto cerca di resistere; viceversa gli atti impulsivi sono episodici e sembrano finalizzati a una gestione emotiva ad ampio spettro, dalla riduzione della rabbia, all'autopunizione, al contenimento di crisi di tipo dissociativo. Nelle loro ricerche gli autori hanno anche verificato che i comportamenti compulsivi e impulsivi non si escludono l'un l'altro, ma possono coesistere in pazienti con disturbi alimentari, che spesso presentano delle combinazioni complesse di sintomi sia di tipo ossessivo sia impulsivo (Favaro et al, 2007).

Nel DSM-V vi è un'evoluzione, ossia si parla di autolesività non suicidaria introdotta per la prima volta come condizione a sé stante all'interno della sezione "Condizioni che necessitano di ulteriori studi". Essa ha come caratteristiche diagnostiche quanto segue: l'individuo si infligge ripetutamente lesioni superficiali dolorose sulla superficie corporea; il proposito è quello di ridurre le emozioni negative come tensione ansia, risolvere difficoltà interpersonali; la ferita è concepita come una meritata autopunizione; l'individuo riferisce immediato senso di sollievo durante l'atto; il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, scolastico o in altre aree importanti; infine il comportamento non avviene esclusivamente durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Per la prima volta il com-

portamento autolesivo viene visto dissociato dai disturbi clinici.

Perché l'adolescente abusa del proprio corpo?

I comportamenti autolesivi lasciano sulla pelle segni e cicatrici indelebili e rappresentano un linguaggio attraverso cui l'adolescente può esprimere la propria indipendenza affettiva dalle figure genitoriali o una sfida nei confronti delle regole imposte dagli adulti. I comportamenti di attacco al corpo possono rivestire funzioni relative alla sfera personale, interpersonale e sociale: per quanto concerne la sfera personale possono assumere la funzione di esternalizzare sentimenti di profondo disagio; oppure istituire un senso di appartenenza ad un determinato gruppo. Per molti l'autolesionismo funge da strumento di salvezza piuttosto che di autodistruzione, sarebbe quindi una forma di strategia alternativa al suicidio per affrontare le difficoltà, senza la quale non ci sarebbe speranza di sopravvivenza. Alcuni studi (*Derouin et al, 2004*) sottolineano, invece, che tali comportamenti hanno la funzione di meccanismo di difesa e di strategia di *coping* che adolescenti e giovani adulti mettono in atto per fronteggiare una situazione di sofferenza. Nello specifico si esaminano di seguito le funzioni che il comportamento autolesivo può rivestire.

Fuggire dalla consapevolezza

Diversi autori ritengono che comportamenti come abbuffarsi e vomitare, oppure tagliarsi (Van der Kolk, 1991), rappresentino una fuga dalla consapevolezza. La strategia utilizzata per evitare esperienze dolorose consisterebbe nel restringere l'attenzione a uno stimolo concreto e immediato. Uno studio (Najmi et al., 2007) suggerisce un modello teorico che associa la tendenza a reprimere pensieri inaccettabili con l'incremento della presenza e della frequenza dei pensieri e dei comportamenti autolesivi. I risultati di questo studio trasversale effettuato su 87 adolescenti, rivelano che la propensione a sopprimere pensieri indesiderati è associata alla presenza e frequenza dell'autolesionismo, all'ideazione suicida e ai tentativi di suicidio. Infine, gli adolescenti con un'elevata

tendenza a reprimere pensieri indesiderati, riferiscono di intraprendere condotte autolesive per ridurre le emozioni negative, piuttosto che per comunicare qualcosa agli altri.

Regolare le emozioni

E' opinione comune associare le condotte autolesive al suicidio, ma in realtà la decisione di alcuni individui di farsi volontariamente del male rappresenta, nella maggior parte dei casi, un modo *per evitare* il suicidio; per quanto paradossale possa sembrare, infatti, l'autolesionismo assolve la funzione di regolazione delle emozioni. Vedere il sangue fuoriuscire dalle ferite permette di sperimentare la propria esistenza, di ottenere un certo controllo sulle emozioni e sulla propria vita, rappresentando una forma di autopunizione oppure l'unico modo a loro disposizione per esprimersi. In particolare il *cutting* ha la funzione di gestire stati emotivi particolarmente intensi come la rabbia, la frustrazione, la vergogna, il vuoto e quindi di autoregolare l'affettività. Le parti del corpo più frequentemente attaccate sono le braccia, le gambe, il torace ed altre aree sulla parte frontale del corpo essendo, da un lato le zone più facilmente accessibili e, dall'altro, più facilmente occultabili, per poter mantenere intatta segretezza di tali condotte. Le emozioni provate dai pazienti con disturbi alimentari e autolesionisti oscillano tra la depressione e l'ansia; altri sentimenti frequenti sono la noia e l'inutilità, accompagnati dalla sensazione di vuoto interiore e irritazione (Johnson & Larson, 1982).

Concretizzare il dolore e stabilire il controllo

In modo paradossale la distruzione di sé è messa in atto come un mezzo per sentirsi vivi e reali invece che inesistenti e privi di sensibilità. Inoltre c'è la necessità di tentare di ristabilire un collegamento tra il proprio corpo e la propria mente e viverli come identità unitaria. Le persone che si feriscono affermano, infatti, che preferiscono sentire dolore piuttosto che non sentire niente. La pelle rappresenta l'elemento di separazione, di confine tra il mondo interno ed il mondo esterno, di comunicazione e di interazione tra i due mondi e di distinzione tra il dentro e il fuori. L'infligger-

si ferite dà al soggetto la consapevolezza di poter fare delle scelte riguardo alla propria vita, di avere autonomia di azione e decisione e di avere, quindi, anche il potere di farsi del male, per cui vi è anche il senso del controllo. Le cicatrici ed i segni degli atti di autolesionismo possono essere sia motivo di vergogna che di orgoglio e, a seconda del valore che assumono, vengono nascoste o esposte. In quest'ultimo caso l'atto autolesivo ha funzione comunicativa, esprime la sofferenza provata dal soggetto in passato a causa di un'esperienza negativa o minimizzata per lungo tempo.

Ripetere il trauma

La cicatrice mostrata ha valore comunicativo chiaro e visibile, nel caso, invece, in cui i segni non vengano esibiti, l'autolesionismo potrebbe rappresentare una ripetizione del trauma subito o il tentativo di far fronte ad un'esperienza terrorizzante che si è inscritta nel corpo. Chi ha subito un abuso, ad esempio, è stato posto in una situazione di debolezza che non è riuscito a fronteggiare, ma che prova a riattualizzare inconsapevolmente, divenendo così padrone della situazione e del suo corpo.

Contagio sociale

Una questione questa altamente dibattuta riguarda il cosiddetto fenomeno del "contagio sociale", ovvero, molti tra genitori, insegnanti e clinici si sono chiesti quanto incida nella messa in atto di comportamenti autolesionistici l'aver osservato condotte simili in persone vicine (amici, familiari) o averle apprese dai mass media. Fermo restando che per molti l'autolesionismo resta una pratica privata e tenuta ben nascosta, alcuni autori hanno ipotizzato che su soggetti particolarmente influenzabili e desiderosi di acquistare consenso sociale e di conformarsi alle norme sociali percepite, osservare condotte autolesive in soggetti che nel loro ambiente godono di una certa "fama" può rappresentare un fattore di rischio. Come vedremo meglio in seguito, il fattore social network incide non poco nelle vite degli adolescenti che utilizzano l'autolesionismo come forma di comunicazione e, soprattutto, di socializzazione. (Monti Rossi & D'Agostino, 2009).

Ogni gesto autolesivo racconta in qualche misura una storia diversa. Ma ognuna di queste storie mostra che le condotte autolesive, in qualunque forma si declinino, svolgono una precisa funzione all'interno dell'economia psichica della persona: una funzione per certi versi "vitale", volta alla salvaguardia dell'identità.

Comportamenti autolesivi e nuove tendenze

Le modalità di attacco al corpo si distinguono in due categorie. Da un lato vi sono quelle pratiche come piercing e tatuaggi, dette "*adolescence-limited*", socialmente accettate, trovano origine in tendenze e mode giovanili e rispondono ai bisogni narcisistici e identitari. Dall'altra parte figurano le pratiche più chiaramente autodistruttive e patologiche, più gravi a livello prognostico, caratterizzate dalla volontà di farsi intenzionalmente del male quali i comportamenti autolesivi come il *self-injury* (condotte autolesive) e le *body modification* (tecniche di modificazione del proprio corpo). Tali condotte sono caratterizzate dal modificare volontariamente parti del proprio corpo, come accade con il *branding* (bruciarsi intenzionalmente), il *cutting* (tagliarsi), la scarificazione, il picchiarsi sulla testa e sulla faccia, il graffiarsi, il mordersi, l'*implants* (impiantare oggetti di metallo o silicone sotto la pelle), il non curare intenzionalmente le ferite che sanguinano, l'ingerire le sostanze velenose, il *tongue splitting*/*biforcazione* (taglio longitudinale della lingua), l'amputazione di parti minori del corpo come orecchie, dita e naso, l'*ear cropping* (rimozione della parte superiore dell'orecchio oppure sezionamento e ricucitura per ottenere orecchie elfiche). Gli autori si sono posti la finalità di approfondire in particolare le prime tre condotte autolesive tra quelle sopra elencate e nuove forme di autolesionismo o comunque di modificazione corporea come il *fire challenge*, il *lip challenge* e il *tittoing* che devono il loro successo alla diffusione nel web e sui social network.

Cutting

Il termine cutting deriva dall'inglese "to cut" (tagliare) e con questo si intende un particolare comportamento autolesionistico che consiste nel

procurarsi ferite sul corpo con un qualunque oggetto tagliente come lamette, taglierini, unghie, coltelli, forbici, ecc. Si concentra quindi l'attenzione su una porzione del proprio corpo fino a farla sanguinare o, comunque, fino a farsi del male. Può trattarsi di un singolo episodio o diventare abituale. Il cutting può diffondersi in modo epidemico in gruppi di amici o di pari anche grazie alla rete, con un'escalation di progressiva emulazione e autoemulazione. A supporto di ciò, recentemente si è assistito sui social network alla diffusione di foto che mostravano tagli ai polsi praticati dalle fans di un gruppo musicale con la finalità di convincere uno dei componenti a non abbandonare la band. Le parole che fanno seguito alle foto sono parole di disperazione: "Non credo che Malik abbia lasciato la band, voglio morire", o ancora, "Tagliamoci i polsi così Malik torna indietro".



Branding

Il Branding è un tipo di modificazione corporea affine alla scarificazione attraverso la quale vengono provocate ustioni di terzo grado e si ottengono così sulla pelle disegni, simboli o lettere di colore rosso carne, in rilievo. Il branding deriva dall'uso passato di marchiare a fuoco schiavi, soldati e persone particolarmente religiose. Tale pratica indicava anche l'appartenenza al cristianesimo o aveva lo scopo di aumentare l'autorevolezza di un capo della tribù. La riscoperta di tale pratica è dovuta alla volontà delle comunità afro-americane di rivendicare la proprietà sul proprio corpo; in seguito il branding è stato adottato da gang e bande che vedevano nella resistenza a tale dolore la prova della fedeltà di un componente e

la sua legittimazione come appartenente al gruppo. Il branding però è praticato anche semplicemente da appassionati della modificazione corporea.

I metodi di realizzazione sono quattro che si dividono in due versioni a caldo e due a freddo. La prima versione a caldo è lo “strike branding” secondo cui sulla pelle viene poggiata per 1 o 2 secondi una piastra di acciaio chirurgico modellata in un design e riscaldata con una fiamma a 1200°C. La seconda versione a caldo è il “cautery pen branding” e si tratta dell’impiego di un attrezzo che ha una forma simile a una penna, alimentato con le batterie, la punta si surriscalda ed è possibile disegnare un motivo sulla pelle bruciandola. La prima delle due versioni a freddo è il “cold branding”, si tratta di una forma poco usata, una piastra di acciaio viene raffreddata con azoto liquido a -80°C e poi appoggiata per un breve tempo sulla pelle; la seconda versione a freddo è detta “laser branding” ed è quella più diffusa e igienica, sulla pelle viene bruciato un motivo scelto con l’ausilio di un apparecchio chirurgico ad alta frequenza chiamato anche laser o cosiddetto bisturi elettrico, con questo metodo è possibile creare anche la variante “skin-removals” in cui vengono rimossi alcuni pezzi della pelle per ottenere una cicatrice più grande e più larga.

Il processo di guarigione dura fra le due e le cinque settimane, l’esposizione al rischio di infezioni è elevata e dipende dal metodo utilizzato per la sua realizzazione, ad esempio il “cautery pen branding” e il “cold branding” non rispettano le regole igienico sanitarie perché gli attrezzi non possono essere sterilizzati (penna) o il materiale stesso impiegato non è sterile e disinfettante (azoto). Il branding ha una durata complessiva di circa 5-7 anni essendo nel tempo soggetto a schiarimento. La cicatrice si trasforma nei primi 6-12 mesi. Il branding classico non può essere applicato sulle



parti di corpo dove possono essere danneggiati i nervi, il sistema vascolare o le articolazioni (preferibilmente sulle cosce, arti superiori e glutei). Le persone con molta melanina conseguono risultati migliori perché la loro pelle crea cicatrici più visibili per via dei cheloidi. Uno dei rischi nei quali si incorre è quello della dipendenza per via delle endorfine rilasciate per colmare il dolore.

Scarificazione

La scarificazione consiste nello scalfire tatuaggi sul corpo, incisioni indelebili che marchiano la pelle nuda asportandone dei lembi. Permette di ottenere dei tatuaggi in 3D attraverso l’uso di uno strumento chirurgico elettrico che brucia la pelle che viene conseguentemente cauterizzata mettendo in risalto lo strato di epidermide incisa, oppure l’incisione avviene direttamente sul disegno con l’uso di un bisturi.

In passato, era praticata soprattutto da molte etnie africane, e spesso coincideva col rito iniziatico del passaggio dall’infanzia all’età adulta. Determinante era che il soggetto sottoposto a questa pratica molto dolorosa sopportasse le incisioni in stoico silenzio. La sofferenza è un elemento fondamentale della cerimonia, in quanto dimostra il coraggio e il valore del ragazzo che entra nell’età adulta: il popolo Nuer (Sudan meridionale e zona occidentale dell’Etiopia) ancora oggi si fa tagliare col rasoio, sei larghe strisce sulla fronte. L’operazione è molto pericolosa, in quanto la recisione di un nervo frontale può portare alla morte, nonostante i tentativi di arginare l’emorragia. Dopo un lungo periodo di convalescenza l’iniziato è ammesso alla tribù con grandi feste.



Fire-challenge, lip-challenge e tittoing

Il *fire-challenge* ed il *lip-challenge* sono tendenze autolesionistiche di recentissima diffusione e sono nate dall'evoluzione dell'*ice-bucket-challenge* che, a differenza delle prime due, ha lo scopo benefico di sensibilizzare l'opinione pubblica, infatti, consiste nel produrre il filmato di una persona mentre versa su di sé, o gli viene versato, un secchio di acqua ghiacciata sulla testa e poi invita, nominandole, altre persone a fare lo stesso. Il video viene poi condiviso sui social network. I partecipanti designati hanno 24 ore per rispondere alla nomination e fare una donazione alle associazioni di malati di sclerosi laterale amiotrofica (Sla) e loro familiari per sostenere la ricerca.

Il *fire-challenge* è una prova di coraggio da sfoggiare in rete, che consiste nel cospargere il corpo di benzina e darsi fuoco prima di lanciarsi in doccia, in piscina o sotto un getto d'acqua. Il *fire-challenge* ha già mietuto una vittima, un ragazzo americano è morto lo scorso anno dopo aver partecipato al "gioco". Uno dei primi video è stato caricato su YouTube il 5 aprile 2012, nel quale un uomo dava fuoco ai peli del suo petto, il filmato è stato visualizzato più di 500 mila volte.



Il *lip-challenge* è una sfida di selfie (autoscatti) diffusi sul web per mostrare al popolo di internet labbra carnose ottenute infilando la bocca in una bottiglietta di plastica o di vetro aspirandone l'aria all'interno. L'effetto ventosa genera labbra prominenti in modo innaturale. Le labbra sono ricche di vasi sanguigni e capillari superficiali le cui sollecitazioni, con pratiche poco ortodosse, provocano alterazioni della circolazione sanguigna, infatti, la pressione esercitata sulle labbra per più di un minuto potrebbe produrre effetti antiestetici (gonfiori irregolari) e lesioni alla cute e ai tessuti della bocca (ematomi estesi e colorito livido). Il fenomeno nasce in America come emulazione di

una giovanissima star ricorsa a soli 17 anni alla chirurgia estetica per avere labbra carnose e sensuali. Su internet è addirittura possibile acquistare degli strumenti detti *lip-enhancer* (esaltatore delle labbra) e su Youtube è possibile trovare diversi video esplicativi dell'utilizzo.



Il *tittoing* deriva dall'unione delle parole "tits", ovvero tette in inglese, e "tattoo". Si tratta di una nuova moda che nasce a Liverpool e che consiste nel ridisegnare i capezzoli con un tatuaggio semi permanente. Questo processo ibrido tra la chirurgia plastica ed estetica prevede un'iniezione di inchiostro speciale nei capezzoli per mezzo di un ago al fine di ingrandire, colorare e cambiare la forma dell'areola. E' necessaria un'anestesia locale ed il risultato dura dai 12 ai 18 mesi. La pratica era nata per ridare autostima alle donne colpite dal cancro al seno, ma ben presto è diventata una vera e propria moda diffusasi tra le giovanissime teenagers e le donne adulte.



Indagine qualitativa

Campione e metodo

È stata utilizzata la modalità del Focus Group per raccogliere informazioni sulle pratiche di uso e abuso del corpo in adolescenza. Il campione era costituito da 13 partecipanti, di cui 8 femmine e 5 maschi, di età compresa tra i 18 e i 22 anni, provenienti dal centro e sud della Puglia suddivisi

in due gruppi. Tutti i partecipanti sono stati tutelati da un consenso informato e hanno espresso la propria adesione alle video riprese. Di comune accordo gli autori dell'indagine hanno individuato quattro domande utili ad animare la discussione dei gruppi:

1. Avete mai fatto un tatuaggio?
2. Conoscete il cutting? Quali potrebbero essere le motivazioni alla base di questo comportamento?
3. Conoscete il branding o la scarificazione? Quali potrebbero essere le motivazioni alla base di questi comportamenti?
4. Conoscete altre pratiche dirette alla modificazione del corpo?

Risultati e conclusioni

Per quanto concerne la prima domanda, 5 maschi sul totale di 13 partecipanti hanno risposto affermativamente, nessuna della femmine ha risposto positivamente. Si è quindi reputato opportuno indagare quali motivazioni spingessero a tatuarsi e si evidenzia una forte valenza simbolica. La maggior parte degli adolescenti ha spiegato che la scelta della tipologia di tatuaggio è dipesa dal significato che si attribuisce al simbolo altre volte, invece, la scelta è veicolata dalla moda ed assume una valenza estetica oltre che divenire un fattore che determina l'appartenenza e l'accettazione in un gruppo. Il tatuaggio in genere avrebbe la finalità di definire la personalità.

Alla domanda numero due: "Conoscete il cutting?" nessuno dei partecipanti ha risposto affermativamente, sono giunti però alla comprensione attraverso la traduzione del termine. Tra le motivazioni è emerso il valore legato alla moda ma in particolare quello della componente emotiva adducendo come spiegazioni: un basso tono dell'umore; la solitudine e la necessità di avvertire la vicinanza di persone significative; l'essere coinvolti in problematiche familiari; l'ascolto dei propri bisogni emotivi e l'espressione di un senso di sconfitta personale.

Al quesito numero tre: "Conoscete il branding o la scarificazione?", nessuno dei componenti del campione ha risposto positivamente per quanto concerne il branding, dunque è stata mostrata una foto esplicativa. Il conferire un'immagine di sé più temeraria; la popolarità e l'attrarre l'attenzione sono le ragioni addotte dai partecipanti per

giustificare tale pratica.

Solo due dei membri del gruppo hanno affermato di conoscere cosa fosse la scarificazione avendo trovato delle immagini su internet. Per la prima volta hanno fatto utilizzo del termine autolesionismo come attinente a questa tecnica.

E' con l'ultima domanda: "Conoscete altre pratiche dirette alla modificazione del corpo?" che è emerso il valore altamente significativo dell'uso di internet e dei social network come mezzo di diffusione delle nuove pratiche infatti sono stati gli adolescenti stessi a nominare spontaneamente *il fire e lip challenge* evidenziando come la conoscenza di queste recenti tecniche di modificazione corporea fosse veicolata dalla navigazione in rete. Hanno spiegato che l'obiettivo sarebbe quello di attirare su di sé l'attenzione; omologarsi a un gruppo d'appartenenza; esibirsi in pubblico e incrementare il livello di autostima attraverso l'ottenimento di un cospicuo numero di "like" alle foto pubblicate in rete.

Il lavoro con i Focus Groups ha confermato le funzioni dell'attuazione dei comportamenti autolesivi. Così come emerso dalle risposte degli adolescenti, il gesto autolesivo assumerebbe un valore comunicativo dei vissuti emotivi, diventando un mediatore utile a trasmettere qualcosa che a parole non si riesce a dire: infatti, in particolare nell'adolescenza emerge un'incapacità di comunicare in maniera adeguata attraverso il linguaggio parlato. Il comportamento autolesivo assume quindi un doppio valore: da un lato consente di prendere le distanze dai problemi, rifuggendo la consapevolezza e spostando l'attenzione sul dolore, dall'altra permetterebbe di regolare le proprie emozioni e suscitare risposte di accudimento. Al bisogno di padronanza del corpo, in adolescenza, ancor più che in qualunque altra fase della vita, si sottende la definizione della propria identità attribuendone significati ricercati anche attraverso modalità di sperimentazione del Sé più estreme. Il corpo diventa lo spazio di sperimentazione dell'autonomia e indipendenza dalla figura adulta sul quale mettere in scena eventuali conflitti interiori. Gran parte dell'identità adolescenziale si costruisce all'interno dei raggruppamenti giovanili, infatti questo lavoro di ricerca evidenzia anche il forte bisogno di accettazione e appartenenza gruppale che ha come obiettivo quello di aumentare l'autostima e rendere quindi più sicuri e socialmente efficaci seguendo le mode e le tendenze più in voga.

Da questa ricerca è emerso anche un importante aspetto riguardante l'elevata incidenza del social network nella vita degli adolescenti, sia come strumento di ampliamento delle loro conoscenze, sia come strumento utile a veicolare un'immagine di se stessi fortemente dipendente dal giudizio altrui espresso attraverso un "like", ancor più che nella vita reale. Il corpo, l'adesione ad una specifica moda del momento e il dolore fisico vengono esibiti in rete e ciò ha il vantaggio secondario di rispondere con successo ai bisogni di attirare l'attenzione su di sé, di popolarità e di omologazione promuovendo in tal modo l'emulazione e la diffusione di questa modalità.

Data la modernità di questi argomenti e del ruolo ricoperto dai nuovi strumenti di diffusione di rete, il lavoro degli autori vuole mettere in luce la necessità di ulteriori approfondimenti per future ricerche che potrebbero riguardare l'attuazione di strategie terapeutiche mirate al trattamento della tematica dell'abuso del corpo in adolescenza.

Bibliografia

- Bjärehed J, Wångby-Lundh M, and Lundh LG, (2012). Nonsuicidal Self-Injury in a Community Sample of Adolescents: Subgroups, Stability, and Associations With Psychological Difficulties, *Journal Of Research On Adolescence*, 22(4), 678–693.
- Blos P., (1971). L'adolescenza. Una interpretazione psicoanalitica. Milano, *Franco Angeli*.
- Claes L., Nederkoorn C., Vandereyken W., Guerrieri R., Vertommen H. (2006) *Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders*. *Eating Behaviors*; 7: 196-203.
- Derouin A., Bravender R.N., Terrill N.P., (2004). Living on the Edge: the current of phenomenon of self-mutilation in adolescents, *American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 1, 12-18.
- Favaro A., Ferrara S., Santonastaso P. (2007) Self-injurious behavior in a community sample of young women: Relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 122-131 (IF2011: 5.799)
- Favazza A. (1996). Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Baltimore, *The Johns Hopkins University Press*.
- Johnson C, Larson R, (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosom Med*, Sep; 44(4):341-51.
- Moffitt T.E., (2003). Life-course persistent and adolescent-limited antisocial behavior: a 10-year research review and research agenda. In Lahey B.B., Moffitt T.E., Caspi A., Causes of conduct disorders and juvenile delinquency, New York, *Guilford Press*.
- Monti Rossi M., D'Agostino A., (2009). L'autolesionismo, *Carocci Editore*, Roma.
- Najmi S., Wegner D.M., Nock K., (2007). Thought Suppression and Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behav Res Ther*.
- Ostuzzi R., Pozzato M., (2009). Autolesionismo e disturbi di personalità, *M.D. Medicinae Doctor - Anno XVI numero 5*.
- Ross, S., & Heath, N., (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67–77.
- Stallard P., Spears M., Montgomery A.A., Philips R., Sayal K., (2013). Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry*.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.

Bibliografia consigliata per l'approfondimento

- Cerutti, R., Manca, M. (2008). I comportamenti aggressivi. Percorsi evolutivi e rischio psicopatologico. Nuova edizione. *Kappa*, Roma
- Oltmanns, D., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.
- Iannaccone, M & Cella, S. (2013). My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders – preliminary results. *Eating Disorders*, 21, 130-139.
- Ladame, F., (2004). Attacchi al Corpo ed il Sè in pericolo in Adolescenza, *Childhood and Adolescent Psychosis*, 10, 77-81.
- Manca, M. (2009). Condotte autolesive in adolescenza. Tesi di dottorato (XXI CICLO). Roma, Firenze. Manca M.
- Miller, A. L., Smith, H. L., (2008). Adolescent non-suicidal self injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Applied and Preventive Psychology*; 12: 178-188.
- Rissanen, M.-L., Kilma, J. & Laukkanen, E. (2008). Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Mental Health Nursing*, 29, 145-163.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Suyemoto, K., MacDonald, M., Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171, 1995.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: a practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1057-1068.

Il burnout e la traumatizzazione secondaria: quali risvolti in oncologia?

Alessandra Gallo*, Dominga Camardella**

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

** Dott.ssa in Psicologia del lavoro e delle Organizzazioni, Dottoranda di ricerca in Psicologia del Lavoro presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Riassunto

Il presente articolo è dedicato al tema del *burnout* e del trauma vicario in oncologia che ad oggi sta assumendo aspetti di maggiore problematicità rispetto ad altri ambiti lavorativi. Le autrici vogliono fornire un quadro di riferimento per la comprensione delle dinamiche intrinseche alle professioni di aiuto e della crescente difficoltà nella gestione dei ritmi e dell'organizzazione del lavoro. Come vedremo, nel contesto oncologico, medici e infermieri, sono costantemente coinvolti nell'iterazione con la struttura organizzativa e inevitabilmente nella relazione con i pazienti. Per fronteggiare il disagio che ne deriva, spesso gli operatori mettono in atto una serie di strategie difensive e di risposta alla tensione che comportano un elevato disagio psico-fisico. La condizione di esaurimento emotivo e di stress a cui i lavoratori sono sottoposti danneggia non solo loro ma l'intero contesto in cui operano: dai pazienti con cui si interfacciano al resto del personale sanitario. Con il sostegno di dati scientifici si sottolinea come le implicazioni psicologiche che vivono gli operatori del settore oncologico conducono a un carico emotivo molto intenso, rendendo i lavoratori maggiormente vulnerabili al "logoramento professionale" e alla traumatizzazione vicaria. Obiettivo del presente lavoro è riflettere, sensibilizzare e comprendere i fattori di rischio dinamici associati al *burnout* e le conseguenze cui il fenomeno conduce, con la necessità di sviluppare strategie di prevenzione per ridurre l'incidenza.

Parole chiave: *burnout, trauma vicario, operatori sanitari, oncologia, prevenzione.*

Premessa

Negli ultimi anni è cresciuto sempre più l'interesse per lo studio dello stress in ambito lavorativo e di conseguenza per gli interventi di prevenzione e trattamento finalizzati al recupero e al miglioramento del benessere lavorativo (Avallone et al., 2005; Fineman, 1993). Dal punto di vista giuridico l'articolo 28 del D. Lgs 81/08, obbliga

i datori di lavoro a provvedere alla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro correlato. Questo decreto, dunque, impone ai datori di lavoro di valutare i rischi e di preservare in qualunque modo la salute attraverso misure di prevenzione e di cura. Nello specifico, è fondamentale capire quali rischi siano presenti in azienda e valutarli, per poi intervenire attraverso varie misure gestionali, informative e comunicative. Con il D. Lgs. n. 106 del 3 agosto 2009, viene ulteriormente ribadito tale obbligo e viene stabilito di affidare alla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, il compito di "elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato" (Varani et al, 2010). In Italia, il cambiamento dell'organizzazione e del funzionamento delle strutture sanitarie che ha interessato l'aumento della burocrazia, la diminuzione del personale, la necessità di ridurre al minimo l'ospedalizzazione e la limitazione dei budget ha portato alla luce il problema della sicurezza e del benessere psico-fisico dei lavoratori. In particolare, l'attenzione si è focalizzata sul benessere complessivo nell'ambiente di lavoro e sulla tutela del lavoratore non solo dal punto di vista prettamente fisico ma anche e soprattutto psico-sociale. Nel settore sanitario, oltre all'insieme di fattori comuni a tutte le professioni che possono favorire l'insorgenza di condizioni da stress lavoro-correlato (sovraccarico lavorativo, limitata partecipazione alle decisioni professionali, ambiguità di ruolo ecc.), (Martin, 1984) si aggiunge il "costo" emotivo derivante dallo stare a contatto con persone sofferenti in contesti in cui la relazione con gli altri è parte integrante delle mansioni professionali. In ambito oncologico, a tali aspetti, si sommano il crescente numero di pazienti con neoplasie da prendere in cura e la sempre maggiore complessi-

tà dei protocolli di trattamento da tenere in considerazione. Tutti questi fattori possono aumentare il carico di stress lavorativo sui singoli operatori minacciandone il funzionamento e il benessere professionale. Il contatto prolungato con persone affette da malattie onco-ematologiche e sottoposte a trattamenti terapeutici particolarmente invasivi, pone l'accento dal punto di vista psicologico sulla peculiare relazione terapeutica che si instaura tra i pazienti e gli operatori.

Che cos'è il Bourn-out?

Il concetto di *Burnout* è stato sviluppato e descritto da Herbert Freudenberger (1974) che lo ha definito come uno stato di fatica e frustrazione causata da un sacrificio protratto per lunga durata, senza portare alla ricompensa prevista. L'autore ha fatto riferimento ad esso come ad uno stato di affaticamento emotivo, fisico e mentale a causa di condizioni di lavoro sfavorevoli (*Ibidem*).

Il *Burnout* può essere definito come una risposta prolungata agli *stressors* emotivi ed interpersonali cronici che si verificano nel proprio contesto di lavoro (Maslach et al., 2001). Diversi studiosi (Hobfoll & Shirom, 2000; Cooper et al., 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998) hanno concettualizzato il *Burnout* inquadrandone il significato all'interno della più ampia definizione di *stress*, affermando come la sindrome sia frutto di una esposizione prolungata a fattori stressanti da parte dei lavoratori all'interno dei propri contesti organizzativi. Tre aspetti base caratterizzano, in particolare, questa sindrome (Maslach et al., 1997):

- *esaurimento emotivo*: per lo più caratterizzato da problemi psicosomatici, tra cui mal di testa, insonnia, stanchezza, mancanza di energia e mancanza di felicità, di reazioni vitali o impulsive (*Ibidem*);
- *depersonalizzazione*: atteggiamento specifico verso i pazienti, caratterizzato da cinismo negativo e aumento della distanza dai pazienti nei contatti interpersonali (*Ibidem*);
- *bassa soddisfazione e diminuzione del senso di realizzazione personale*: reazione insufficiente di fronteggiamento dello stress sul lavoro, sensazione di aver raggiunto bassi risultati, mancanza di competenze e tendenza a valutare sé stessi negativamente.

te. Quest'ultima è stata spesso descritta come la "fase terminale del burnout" ed è associata alla mancanza della capacità di risolvere i problemi sorti in precedenti episodi di burnout. Per la persona che ne è colpita, il lavoro diventa una fonte di profonda sofferenza, spesso sopita attraverso l'abuso di alcool (*Ibidem*).

La sindrome di *burnout* può essere, inoltre, associata ad una riduzione della performance e della soddisfazione lavorativa e a relativi problemi di stress (Parker & Kulik, 1995). Per definire il *burnout*, però, appare doveroso affermare l'esistenza di una distinzione da ciò che, in senso più ampio, viene definito come *stress*. A tale riguardo, in accordo con la teoria esistenziale, mentre il *burnout* può essere rappresentato come una sotto-categoria dello stress, quest'ultimo sembra avere antecedenti, correlati e conseguenze differenti (Pines & Keinan, 2005). Infatti, secondo tale prospettiva, la causa principale del *burnout* risiede nel bisogno delle persone di credere che le loro vite siano significative e che le cose che fanno siano utili e importanti (Clarkson, 1992; Pines, 1993). Le persone che si aspettano di ricavare un senso di significato esistenziale dal loro lavoro intraprendono le proprie scelte di carriera con obiettivi e aspettative alte, idealistiche e motivanti. Quando i lavoratori percepiscono di aver fallito, che il loro lavoro è insignificante, che non fanno la differenza nel mondo, cominciano a sentirsi impotenti e senza speranza e alla fine cadono in una forma di esaurimento psico-fisico. In tale direzione, esistono evidenze che suggeriscono che il *burnout* non sempre sia il risultato di alti livelli di stress. Talvolta, infatti, lo "stress al lavoro" può implicare la notevole importanza che esso assume nella vita delle persone e, di conseguenza, è associato a bassi livelli di *burnout* (Pines & Keinan, 2005).

Il *burnout*, come esaurimento delle forze emotive e fisiche causato da stress prolungato (Maslach, 2009), è frequente ed è stato rilevato in un'ampia varietà di professioni. Attenzione particolare, però, si rivolge alle professioni sanitarie e, più nello specifico, a quelle relative alla pratica oncologica, che fornisce ampie possibilità per l'affermarsi al tempo stesso di condizioni di stress personale e/o di soddisfazione lavorativa. Una varietà di fattori sono stati identificati come possibili cause del *burnout oncologico*, tra cui le ore di lavoro, il sostegno e lo stile di leadership

(Bragard, Dupois, Razavi, Reynaert, e Etienne, 2012), la complessità delle tecniche moderne di trattamento e la maggiore richiesta di informazioni da parte dei pazienti (Sehlen, et al., 2009), le decisioni di vita e di morte (Shanafelt & Dyrbye, 2012) o la mancanza di supervisione (Taylor & Ramirez, 2010).

In generale, diversi studi hanno riportato che stress e *burnout* in operatori sanitari sono associati a diversi problemi di salute fisica e mentale, come fatica, insonnia, ipertensione, depressione e ansia (Maslach et al., 2011; Schulz et al., 2011). Lo stress e il *burnout* impattano anche sull'efficacia professionale e sono stati associati a cure non ottimali del paziente (Shanafelt et al., 2002) e ad errori medici (West et al., 2006). Oltre all'impatto sugli operatori sanitari e sul benessere dei pazienti, stress e *burnout* hanno potenziali ed elevati costi economici per le organizzazioni ospedaliere (Goetzel et al., 1998).

L'area dell'infermeria oncologica risulta una delle aree più colpite da stress sul lavoro e *burnout* (Barnard et al., 2006; Potter et al., 2010). Spesso, essa comporta la gestione di patologie complesse con prognosi infausta, contatto stretto e costante con i pazienti che sono in uno stato di forte sofferenza psico-fisica, angoscia e morte imminente e in situazioni difficili per il paziente e per la famiglia. Questi elementi rappresentano una ulteriore sfida per questi professionisti e contribuiscono all'aumento di insoddisfazione lavorativa, stress e *burnout* (Barrett & Yates, 2002; Potter et al., 2010). L'infermeria oncologica rappresenta un ambito particolarmente colpito dalla carenza infermieristica (Buerhaus et al., 2001; Glaus, 2007) e corrisponde ad una maggiore intenzione ad abbandonare la professione (Toh et al., 2012).

In generale, alcuni studi (Font et al., 2015) mostrano come il sovraccarico di lavoro e i problemi organizzativi sembrano rappresentare le maggiori difficoltà riscontrate da lavoratori affetti da *burnout*, così come gli aspetti comunicativi ed emotivi con pazienti e colleghi. Queste informazioni evidenziano la necessità di porre maggiore attenzione al benessere e alla salute psico-fisica dei professionisti che lavorano nell'ambito della cura e del trattamento di pazienti oncologici, adottando strategie di fronteggiamento individuali associate a misure organizzative, che possano essere utili per la progettazione di programmi di prevenzione, intervento e miglioramento della qualità della vita

lavorativa in oncologia (*Ibidem*).

La traumatizzazione vicaria negli operatori sanitari

La definizione di evento traumatico pone l'accento non solo sulla natura drammatica dello stesso, ma soprattutto sulle modalità individuali di interpretazione e quindi sulla risposta emozionale gestita dai sistemi cognitivo, affettivo e difensivo del soggetto. In tal senso un evento diviene traumatico in base al modo in cui l'individuo tratta l'esperienza nel suo mondo interno (Lingiardi, 2004). Sebbene ad oggi vi sia stata una grande conoscenza a livello scientifico sul Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) pochi studi si sono soffermati sugli effetti che eventi traumatici hanno sulle persone che sono indirettamente esposte, come nel caso degli operatori nei contesti di emergenza e di cura. Il fenomeno che riguarda nello specifico il vissuto dell'operatore o di chi si trova ad interagire con persone che hanno subito un trauma o un evento estremo è denominato Traumatizzazione Vicaria o Stress Traumatico Secondario. Charles Figley (1995), psicologo e terapeuta familiare definisce lo «stress traumatico secondario» come l'insieme di reazioni comportamentali ed emotive alla conoscenza di eventi traumatici sperimentati da altri o in seguito all'aiuto o al tentativo di aiuto a persone traumatizzate. Questa problematica si può manifestare soprattutto quando il trauma del paziente evoca particolari emozioni che l'operatore non riesce a gestire e quando vi è un eccessivo coinvolgimento ed identificazione dovute proprio alla mancanza di un'adeguata formazione professionale. Si ipotizzano dei fattori di rischio personali e esterni insiti nelle professioni di aiuto: problemi emotivi irrisolti, correlati con esperienze del paziente con DPTS; eccessiva identificazione con il paziente; sensibilità empatica verso la sofferenza altrui; continua esposizione all'esperienza dolorosa dell'altro (Figley, 1995). Lavorare col trauma, dunque, è un processo difficoltoso e venire in contatto con i racconti e le sofferenze che i pazienti hanno sperimentato può aprire vecchie ferite in modo intenso. Gli effetti risultanti dall'incastro empatico con i vissuti traumatici del paziente si evidenziano nella vita professionale e possono invadere altre aree della vita dell'operatore con conseguenze estremamente complesse e dannose per la vita privata e relazionale. Lavorare

col trauma, dunque, è un processo difficoltoso e venire in contatto con i racconti e le sofferenze che i pazienti hanno sperimentato può aprire vecchie ferite in modo intenso. Gli effetti risultanti dall'incastro empatico con i vissuti traumatici del paziente si evidenziano nella vita professionale e possono invadere altre aree della vita dell'operatore con conseguenze estremamente complesse e dannose per la vita privata e relazionale.

Il disagio psicologico lavorativo nei reparti di oncologia

La problematica sul disagio lavorativo nei contesti di cura è stata affrontata in maniera peculiare dalla letteratura scientifica che evidenzia, attraverso alcuni studi sugli effetti dei fattori di rischio sulla salute degli operatori, che le differenti tipologie di trattamenti erogati e le differenti caratteristiche dei pazienti presi in carico, determinano particolari condizioni di lavoro che hanno effetti sul benessere lavorativo (Tummers et al., 2002; Verhaeghe et al., 2008). Le recenti relazioni scientifiche sul disagio lavorativo nei contesti di cura oncologici sono allarmanti. Uno studio pubblicato nel 2014 in occasione del Congresso ESMO segnala la presenza di sintomi di *burnout* tra ben il 71% dei giovani oncologi in Europa (Banerjee et al., 2014) mentre la percentuale del *burnout* tra gli oncologi americani raggiunge il 45% (Shanafelt et al., 2014). La prevalenza di sintomi associati allo stress è legata sia alla discrepanza tra il modello idealizzato del lavoro e la realtà del lavoro sia a tutte le dinamiche emotive che comporta il lavorare con pazienti oncologici. I sintomi più comunemente rilevati e che influiscono sul *burnout* sono la frustrazione e la stanchezza emotiva dovuti al carico psicologico, all'eccessivo carico di lavoro e alla frustrazione legata a problemi di natura amministrativa e alla gestione del personale sanitario (Allegra et al., 2005). Nel panorama italiano sul *burnout* in oncologia il più ampio studio sull'argomento è una ricerca multicentrica che ha coinvolto 440 soggetti, tra medici e infermieri, appartenenti a 9 diversi centri di oncematologia sparsi nel territorio italiano. I risultati hanno mostrato, in linea con le percentuali di altri paesi occidentali, i seguenti valori medi tra le due categorie professionali: esaurimento emotivo 32%; depersonalizzazione 26,7% e ridotta realizzazione personale 13,9%

(Bressi et al., 2008). Non sono state individuate differenze tra medici e infermieri e le maggiori fonti di stress erano legate all'ambiente lavorativo e alla sua organizzazione che portava ad un eccessivo carico di lavoro. A tal proposito la letteratura conferma come i medici oncologi siano anche esposti a una serie di fattori aggravanti non solo di natura esistenziale, ma anche legati ai vincoli organizzativi di assistenza sanitaria (Nowakowski et al., 2015). Inoltre, spesso la frustrazione viene spiegata anche come derivante dalla necessità di seguire un protocollo di cure che inevitabilmente si scontra con il mito e il bisogno del medico di essere colui che ha potere decisionale nel suo lavoro (Dorfmueller & Dretzfelbinger, 2011). Le altre categorie ad essere particolarmente esposte al rischio di *burn-out* sono le professioni di aiuto come gli infermieri, gli psicologi, gli OSS e tutti coloro che fanno parte dello staff medico di reparto. In particolare però, i livelli più elevati di *burnout* si riscontrano negli infermieri che a causa del contatto diretto e prolungato con i pazienti e i familiari sono più esposti al coinvolgimento emotivo e a livelli più bassi di soddisfazione nel proprio lavoro (Engelbrecht et al., 2008; Chopra et al., 2004). Gli infermieri vengono sottoposti quotidianamente a situazioni caratterizzate da una forte connotazione emotiva e lo stress sperimentato e le difficoltà di comunicazione sono legate soprattutto alla relazione profonda che si instaura con il paziente e i caregiver. Loro diventano inevitabilmente testimoni delle sofferenze, dei lutti e di dolori che i pazienti e famiglie si trovano ad affrontare (Lee & Yom, 2012; Citak et al., 2013). Le ricadute psicologiche sugli operatori si concretizzano sulla percezione del fallimento nel cure che arriva a coincidere con il fallimento personale che si viene a creare con il paziente ha ricadute sugli operatori che tendono a percepire il fallimento della cura, come un fallimento personale (Perry, 2008; Sherman et al., 2006). Al di là delle caratteristiche personali, i fattori stressanti sono insiti nella patologia neoplastica che porta con sé una serie di caratteristiche date dalla complessità dei trattamenti, dalla morte e dalle questioni etiche che influenzano l'operatività quotidiana (Najjar et al., 2009). Sicuramente le modalità attraverso cui gli operatori interpretano, analizzano e gestiscono queste situazioni altamente logoranti dipendono da componenti legate alla personalità ma che comunque non risultano essere fattori determinati il

burnout. In generale, però le persone che affrontano le situazioni stressanti in maniera passiva e difensiva con ridotte capacità di controllo sono più esposte al rischio di *burnout* e traumatizzazione vicaria (Simon et al., 2005; Tomei et al., 2008). La relazione operatore-paziente è particolarmente stressante: l'incontro con la persona malata, con la sua famiglia e con le tematiche strettamente connesse alla malattia, necessita di elevate competenze, sia tecniche che psicosociali, da parte dell'operatore sanitario (Guveli, 2005). L'eccessiva burocratizzazione, la fretta e la disparità tra sforzo intrapreso e compensazione sono, ad oggi, le fonti più comuni di stress in ambito oncologico. Lavorare con il cancro, infatti, richiede non solo una vasta conoscenza interdisciplinare della medicina moderna e la capacità di applicarla nella pratica, ma anche una predisposizione psicologica che possa sia accompagnare il paziente nella sua sofferenza sia contrastare lo stress dannoso al quale il medico o l'infermiere è esposto (Nowakowski, 2015).

L'importanza dell'applicabilità di interventi di prevenzione del burnout nei reparti di oncologia.

In contrasto con il grande corpo di ricerca che si è concentrato, nel tempo, sull'analisi dello stress e della sindrome di burnout relativa ai professionisti del settore sanitario, poca attenzione è stata rivolta verso interventi preventivi e di promozione della salute e del benessere nei contesti organizzativi. Tra gli interventi più frequenti individuati e validati empiricamente per fronteggiare lo stress, alcuni si sono concentrati sulla promozione della *mindfulness* (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). Gli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) sono progettati per insegnare ai partecipanti a diventare più consapevoli dei pensieri, dei sentimenti e delle sensazioni del proprio corpo, mentre si stanno approcciando ai propri stati interni, con una curiosità non giudicante. La pratica *mindfulness* permette una maggiore consapevolezza del momento presente e aiuta a coltivare modi più sani e adattivi di risposta allo stress, piuttosto che reazioni abituali e spesso disadattive. L'esercizio della concentrazione, dell'attenzione e dell'accettazione non giudicante di ciò che viene sperimentato nel momento presente è fondamentale per tale pratica (Kabat-Zinn, 1990; Bishop et al., 2004).

Una meta-analisi di 20 studi condotti su una vasta gamma di popolazioni cliniche ha riscontrato miglioramenti consistenti nella depressione, nell'ansia, relativamente allo stile di coping e alle misure di qualità della vita, a seguito della messa in atto di pratiche *mindfulness-based* di riduzione dello stress (MBSR; Grossman et al., 2004). Tuttavia, non esiste ancora un ampio numero di studi che si concentrino, nello specifico, sulle pratiche MBI come intervento efficace per fronteggiare il burnout, specialmente per gli infermieri. Inoltre, non esistono studi a nostra conoscenza che abbiano esplorato l'impatto di un intervento sulla *mindfulness* nel ridurre i livelli di *fatigue* derivante dai sentimenti di compassione sperimentati nei confronti dei pazienti. Ci sono evidenze che suggeriscono che burnout e *fatigue* hanno diverse cause e sintomi (Bride et al., 2007). Il termine *compassion fatigue* è emerso in letteratura negli ultimi anni ed è stato usato in modo intercambiabile con lo stress traumatico secondario e i traumi vicari, poiché è usato per descrivere le reazioni di stress secondario (ad esempio, ri-sperimentare gli eventi traumatici, evitamento/paralisi da ricordi ed *arousal* persistente), relativo alla fornitura di assistenza alle persone che hanno sperimentato una qualche forma di trauma o di grave stress (Figley, 1995; Stamm, 2010). In tal senso, gli infermieri oncologici possono essere particolarmente vulnerabili alla *compassion fatigue*, data la costante esposizione alla sofferenza e al trauma dei loro pazienti (Najjar et al., 2009). È stato suggerito che senza competenze "regolatorie" delle emozioni, l'esposizione ripetuta al trauma, il dolore e la sofferenza degli altri potrebbero essere associati a conseguenze negative come l'angoscia e la *compassion fatigue* (Decety et al., 2010) e l'impatto sulla capacità di trattare. Inoltre, diversi studi spiegano che i meccanismi di cambiamento associati alla formazione di *mindfulness* suggeriscono che la meditazione ha un effetto sulle aree del cervello associate alla regolazione delle emozioni e migliora l'adattamento emozionale, attraverso la regolazione dell'attenzione (Desbordes et al., 2012). Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato che gli interventi di consapevolezza possono essere utili nel trattamento dei sintomi legati al trauma (Bhatnagar et al., 2013; Nyklíček et al., 2013). Quanto sin qui affermato, ci suggerisce che la maggior parte dei fattori di rischio del *burnout* nei contesti sanitari e in particolare nel contesto

oncologico devono essere necessariamente affrontati attraverso specifiche strategie di intervento. In generale, sono tre i livelli di cambiamento raccomandati per ridurre il rischio di esaurimento emotivo: (1) modificare i processi strutturali e organizzativi di lavoro; (2) migliorare l'adattamento dell'operatore sanitario all'ambiente di lavoro attraverso programmi di sviluppo; e (3) programmare azioni a livello individuale per ridurre lo stress e sintomi promuovendo strategie di *coping* efficaci e comportamenti sani (Lee et al., 2013). Il lavoro sulla resilienza è spesso indicato come strategia preventiva contro il *burnout* sia per i medici che per gli operatori sanitari. La resilienza è definita come "la capacità di riprendersi e recuperare dallo stress" o "l'adozione di strategie di *coping* positivo, in tempi di cambiamento o di avversità, per consentire alle persone di portare avanti nel loro lavoro e nella vita" (Hakanen et al., 2008; Tregoning et al., 2014; Carver, 1998). A livello individuale può essere visto come un attributo che può essere efficace nel ridurre effetti dello stress e promuovere comportamenti più adattivi. La resilienza è dunque identificata come un processo dinamico, in continua evoluzione che contribuisce a sviluppare, soprattutto in ambito sanitario, atteggiamenti positivi, interesse, valorizzazione del proprio ruolo, consapevolezza di sé e ad accettare i limiti personali. L'intervento sulla resilienza comporta indirettamente anche un miglioramento nelle relazioni personali non solo con i pazienti ma anche con i colleghi, promuovendo rapporti professionali efficaci e una buona comunicazione. L'intervento preventivo sul *burnout* potrebbe essere rappresentato come una vaccinazione individuale da alti livelli di stress. È importante puntare su una formazione dei medici e degli operatori sanitari che non si occupi solo di impartire competenze tecniche ma soprattutto di basare l'apprendimento sullo sviluppo delle competenze emotive. Le caratteristiche principali di un ambiente di lavoro positivo includono equilibrio e orari di lavoro flessibili. Inoltre, come protezione dalle esposizioni a rischi professionali, sarebbe utile migliorare la sicurezza del lavoro, poter beneficiare di occupazione ridotta, congedo parentale e di maternità (Shailesh, 2016). Spesso molti interventi sulle capacità di resilienza o di fronteggiamento del *burnout* si verificano in luoghi al di fuori della sede di lavoro (ritiri, workshop), rispetto al contesto lavorativo. In tal sen-

so, però, un intervento *work-based*, che introduca i medici alle competenze di resilienza, sembrerebbe più utile al fine di rafforzare le competenze in tempo reale e per ottenere un impatto più ampio (Vanhove et al., 2015). Anche il coinvolgimento dei leader è necessario per soddisfare le richieste di lavoro a livello di sistema. Gli studi sull'engagement sul posto di lavoro indicano che i fattori di sistema influenzano chiaramente il *burnout*, il che significa che i leader hanno bisogno di capire come le loro decisioni influenzano turnover, assenteismo, performance e, più in generale, impatti sul paziente e sulla famiglia (Spence Laschinger, Fida, 2014).

L'intervento dovrebbe, infine, essere personalizzato per i diversi segmenti della forza lavoro e per le specificità dei reparti e delle tipologie di cure (Back et al., 2016). Coinvolgere un team interdisciplinare può sfruttare appieno gli aspetti di interazione tra professioni e migliorare le situazioni di *burnout*.

Altre forme di intervento e di prevenzione del *burnout*, si sono concentrate sul miglioramento di altre risorse psicologiche. I lavoratori possono sperimentare esaurimento emotivo, quando si verifica un depauperamento delle risorse personali a causa delle elevate esigenze di lavoro (Thanacoody, Newman, e Fuchs, 2014). Inoltre, quando i lavoratori sperimentano un qualche tipo di stanchezza o di esaurimento a causa delle richieste elevate di lavoro e di stress, essi possono assicurarsi la mobilitazione delle loro risorse positive come strumento di *coping*, come stabilito dalla teoria della conservazione delle risorse (Hobfoll, 1989). A tale riguardo, ad esempio, Cherniss (1993) fa riferimento alla mancanza di fiducia nella propria competenza come l'elemento che può favorire l'insorgenza di *burnout*. Ventura, Salanova, Llorens (2015), inoltre, affermano che i dipendenti con maggiore auto-efficacia professionale possono percepire un numero maggiore di richieste sfidanti e un minor numero di ostacoli a tali richieste, il che si tradurrà con maggiore impegno nel proprio lavoro e un minor rischio di *burnout*. In tal senso, la costruzione di capitale psicologico, nelle sue componenti di Self-efficacy, speranza, ottimismo e resilienza, può favorire la diminuzione del verificarsi di *burnout*.

Un interessante studio (Bitmiş & Ergeneli, 2015) ha rivelato che il capitale psicologico può svolgere un ruolo protettivo contro i fattori di

stress, tra cui anche la precarietà del lavoro, e a sua volta riduce il *burnout*. Per tale ragione, gli amministratori ospedalieri e i responsabili delle risorse umane delle organizzazioni sanitarie dovrebbero investire nello sviluppo del capitale psicologico dei dipendenti, al fine di ridurre le percezioni di precarietà del lavoro e di *burnout* negli infermieri. Luthans et al. (2007) affermano che il capitale psicologico è una sorta di stato ed è aperto allo sviluppo. In questo contesto, la costruzione di risorse positive può aiutare e sostenere i clinici che operano in reparti oncologici, i quali percepiranno il loro lavoro come più sicuro, anche in situazioni difficili e stressanti.

Conclusioni

Dalla letteratura esaminata sul trauma vicario e il *burnout* in oncologia possiamo affermare quanto sia importante valutare e riconoscere i rischi professionali nell'incontro con il forte impatto emotivo della malattia oncologica. Supportare e formare gli operatori sanitari coinvolti in tali complesse dinamiche diventa una priorità professionale ed umana. I principali elementi di prevenzione fanno riferimento alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, alla riduzione del sovraccarico orario e alla gestione di sessioni di supervisione (Korczak et al., 2010). In generale infatti gli studi hanno fino ad oggi dato maggiore spazio ai fattori legati al contesto lavorativo, prestando meno attenzione alla dimensione individuale nella risposta agli eventi stressanti collegati al lavoro. Sviluppare modi efficaci per ridurre lo stress e organizzare interventi per migliorare i contesti lavorativi oncologici è il presupposto fondamentale per la tutela della salute dell'individuo.

Bibliografia

Allegra, C. J., Hall, R. & Yothers, G. (2005). Prevalence of burnout in the US oncology community: results of a 2003 survey. *J Oncol Pract*, 1, 140-147.

Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina.

Back, A. L., Steinhauser, K. E., Kama, A. H., Jacks, V. A. J. (2016). Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52, (2).

Banerjee, S., Califano, R., Corral, J. et al., (2014). Professional burnout in European young oncologists: a European survey conducted by the European So-

ciety for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee. *Ann Oncol*, 25, (4), 1-41

Barnard, D., Street, A., & Love, A.W. (2006). Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs*, 29, (4), 338-345.

Barrett, L., Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Austr. Health Rev*, 25, (3), 109-121.

Bhatnagar, R., Phelps, L., Rietz, K., Juergens, T., Russell, D., Miller, N., Ahearn, E. (2013). The effects of mindfulness training on post-traumatic stress disorder symptoms and heart rate variability in combat veterans. *J. Altern. Complement. Med*, 19, (11), 860-861.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 11, (3), 230-241.

Bitmiş, M. G., Ergeneli, A. (2015). How psychological capital influences burnout: The mediating role of job insecurity. 11 th International Strategic Management Conference 2015. *Procedia - Social and Behavioral Science*, 207, 363-368.

Bragard, I., Dupois, G., Razavi, D., Reynaert, C., & Etienne, A. M. (2012). Quality of work life in doctors working with cancer patients. *Occupational Medicine*, 62, (1), 34-40.

Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevalas, D., Farina, L., Felicioni, I., et al. (2008). Haematology and burnout: an italian sample. *British journal of cancer*, 98, 1046-1052.

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clin. Soc. Work J.* 35, (3), 155-163.

Buerhaus, P., Donelan, K., DesRoches, C., Lamkin, L., Mallory, G. (2001). State of the oncology nursing workforce: problems and implications for strengthening the future. *Nurs. Econ*, 19, (5), 198-208.

Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *J. Soc*, 54, 245-266.

Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research. Series in applied psychology: Social issues and questions* (pp. 135- 149). Washington, DC: Taylor & Francis.

Chiesa, A., Serretti, A., Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clin. Psychol. Rev*, 33, (1), 82-96.

Chopra, S. S., Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (2004). Student Jama, Physician burnout. *JAMA*, 291,(4), 633.

Citak, E. A, Toruner, E. K., & Gunes, N. B. (2013). Exploring communication difficulties in pediatric hematology: oncology nurses. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14, 5477-82.

- Clarkson, P. (1992). Burnout: typical racket systems of professional helpers. *Transactional Analysis Journal*, 22, 153–158.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Decety, J., Yang, C.Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50, (4), 1676–1682.
- Desbordes, G., Negi, L. T., Pace, T. W. W., Wallace, B. A., Raison, C. L., Schwartz, E. L. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Front. Hum. Neurosci*, 6, 292.
- Dorfmler, M., Dretzfelbinger, H. (2011). *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107.
- Engelbrecht, M., Bester, C. L., Van Den Berg, H., Van Rensburg, H. C. J. (2008) The Prediction of Psychological Burnout by Means of the Availability of Resources, Time Pressure or Workload, Conflict and Social Relations and Locus of Control of Professional Nurses in Public Health Centres in the Free State. Proceedings of the European Applied Business Conference (EABR) and Teaching and Learning Conference (TLC). Rothenburg, Germany.
- Figley, C.R., 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley, C.R. (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge, pp. 1–20.
- Fineman, S. (1993). *Emotion in organizations*. Newbury Park CA: Sage.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *J Soc*, 30, 159–165.
- Goetzel, R. Z., Anderson, D. R., Whitmer, R. W., Ozminkowski, R. J., Dunn, R. L., Wasserman, J., Committee, T.H.E.R.O. (HERO) R. (1998). The relationship between modifiable health risks and health care expenditures: an analysis of the multiEmployer HERO health risk and cost database. *J. Occup. Environ. Med*, 40, (10).
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *J. Psychosom. Res*, 57, (1), 35–43.
- Guveli, H., Anuk, D, Ofiaz, S., Guveli, M. E., Yildirim, N. K., Ozkan, M., Ozkan, S. (2015) Oncology staff: burnout, job satisfaction and coping with stress, *Psychooncology*, Article first published online: 16 JAN 2015 DOI: 10.1002/pon.3743.
- Hakanen, J., Schaufeli, W., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress*, 22, 224–241.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior*. New York: Dekker. pp. 57–81.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Kabat-Zinn, J., (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress Pain, and Illness*. New York: Dell.
- Korczak, D., Kister, C., & Huber, B. (2008). Differential diagnostic des Burnout-Syndroms. *GSM*, 5(6).
- Lee, J. M., & Yom, Y. H. (2012). Effects of working stress, compassion fatigue and compassion satisfaction on burnout in clinical nurses. *J Korean Nurs Administrat Acad Soc*, 19, 689-97.
- Lee, R.T., Seo, B., Hladkyl, S., Lovell, B. L., Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Hum. Resour. Health*.
- Lingiardi, V. (2004). “Personalità e trauma” in *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Il Saggiatore, Milano.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological Capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.
- Martin, T. N. (1984). Role stress and inability to leave as predictors of mental health. *Human relations*, 37, 969-983.
- Maslach, C. (2009). Understanding Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32), 37-43.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. In: Zalaquett, C., Wood, R. J. (Eds.), *Evaluating Stress*. London: UK.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, P. M. (2001). Job burnout. *Annual review of Psychology*, 53, 397–422.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M.P., 2011. Job burnout. *Ann. Rev. Psychol*, 52, 397–422.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., Doebbeling, C. C. (2009) Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14, (2), 267-77.
- Nowakowski, J., Borowiec, G., Zwierz, I. et al. (2015). Stress In An Oncologist's Life: Present But Not Insurmountable. *J Canc Educ*, doi:10.1007/s13187-015-0928-7
- Nyklíček, I., Mommersteeg, P. M. C., Van Beugen, S., Ramakers, C., Van Boxtel, G. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: a randomized controlled trial. *Health Psychol*, 32, (10), 1110–1113.

- Parker, P. A., & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self-rated supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, (6), 581-599.
- Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Canadian Oncology Nursing*, 18, (2), 87-99.
- Pines, A. M. (1993). Burnout-an existential perspective. In W. Schaufeli, C. Malach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Developments in theory and research* (pp. 33-52). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Pines, A. M., Keinan, G., (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin. J. Oncol. Nurs*, 14, (5), E56-62.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis*. London: Taylor and Francis.
- Schulz, M., Damkröger, A., Voltmer, E., Löwe, B., Driessen, M., Ward, M., Wingefeld, K. (2011). Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*, 18, (5), 411-417.
- Shelen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., et al. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses, and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4, (6), 1-9.
- Shailesh, K. (2016). Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*, 4, 37; doi:10.3390/healthcare4030037
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M. et al., (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*, 32, (7), 678-686.
- Shanafelt, T., & Dyrbye, L. (2012) Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30, (11), 1235-1241.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med*, 136, (5), 358-367.
- Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P (2006) Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative and Supportive Care*, 4, (1), 65-80.
- Varani, S., Fierro, C., Brighetti, G., Casadio, M., Panuti, F. (2010). Valutazione del benessere psicosociale di un'equipe di assistenza domiciliare oncologica: uno studio longitudinale, Numero 2 29-36.
- Simon, C. E, Pryce, J. G., Roff, L. L, Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23, (4), 1-14.
- Spence Laschinger, H. K., & Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: the influence of authentic leadership and psychological capital. *Burn Res*, 1, 19-28.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Taylor, C., & Ramirez, A. J. (2010). Can we reduce burnout amongst cancer health professionals? *European Journal of Cancer*, 46, (15), 2668-2670.
- Thanacoody, P. R., Newman, A., & Fuchs, S. (2014). Affective commitment and turnover intentions among healthcare professionals: the role of emotional exhaustion and disengagement. *The International Journal of Human Resource Management*, 25, (13), 1841-1857.
- Toh, S.G., Ang, E., Devi, M.K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *Int. J. Evid. Based Healthcare*, 10, (2), 126-141.
- Tomei, G., Cinti, M. E., Palitti, T., Rosati, M. V., Tria, M., Tomei, F., Fioravanti, M. (2008). L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout. *Med. Lav, Università Sapienza*, 99, (5), 327-51.
- Tregoning, C., Remington, S., Agius, S. (2014). Facing change: Developing resilience for staff, associate specialist, and specialty doctors. Available online: <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20016142> (accessed on 22 January 2014).
- Tummers, G., Van Merode, G. G., Landeweerd, J.A. (2002). The diversity of work: differences, similarities and relationship concerning characteristic of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int. J Nurse Stud*, 39, (8), 841-55.
- Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., et al. (2015). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *J. Occup. Organ. Psychol*, <http://dx.doi.org/10.1111/joop.12123>. n/aen/a.
- Ventura, M., Salanova, M., & Llorens, S. (2015). Professional Self-Efficacy as a Predictor of Burnout and Engagement: The Role of Challenge and Hindrance Demands. *The Journal of Psychology*, 149, (3), 277-302.
- Violante, S., Benso, P.G., Gerbaudo, L., Violante, B. (2009). Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 31, (1), 36-44.
- West, C.P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 296, (9), 1071-1078.

Psicodinamica, difesa e resistenza

Massimo Frateschi

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

Riassunto

In una visione psicodinamica, la complessità del campo dinamico di una relazione psicoterapeutica viene descritta e approfondita sulla base di alcuni aspetti teorici e metodologici, con particolare attenzione rivolta alle persone, psicoterapeuta e paziente, interagenti nel setting e alle variabili riguardanti le forze in campo, i conflitti, le difese, le resistenze, il transfert, il controtransfert. Dall'inconscio, alla visione del mondo del paziente che incontra nel campo-setting un altro mondo, quello dello psicoterapeuta, si delinea la prospettiva della psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista. Le dinamiche articolate dalla normalità alla psicopatologia vengono descritte per alcuni stadi dell'evoluzione psico-bio-sociale e per l'esordio del disturbo psicotico.

Parole chiave: *Psicoterapia Psicodinamica Psicoevolutionista.*

In questo articolo provo a delineare inizialmente la *psicodinamica*, partendo da un possibile quadro di riferimento psicoterapeutico, quindi, accenno ad alcuni concetti fondamentali psicoanalitici che possono essere articolati su piani molteplici teorici e clinici.

Una prima inquadratura del *campo dinamico* a cui intendo riferirmi, può essere colta in una breve descrizione dell'incontro tra lo psicoterapeuta e il paziente: "Fin dal primo incontro, tra lo psicoterapeuta e il paziente, come evento di accoglimento cordiale e garbato, e contemporaneamente, di comunicazione e di relazione tra esseri umani, si realizza, secondo la psicoterapia psicoevolutionista, un *campo* dinamico relazionale umano, in uno spazio-tempo pregnante di significati e modi soggettivi. Dunque, dall'inizio di una psicoterapia, il paziente può essere accolto e ascoltato in un ambiente psicoterapeutico adeguato e confortevole, che delinea l'impronta iniziale di una relazione tra esseri umani, con la massima disponibilità e attenzione dello psicoterapeuta. Il vissuto, le tensioni, il dolore, i sogni, le immagini, le rappresentazioni di sé e della vita, la *Weltanschauung* o visione del mondo del paziente, ed ogni altra espressione e narrazione a proprio modo e significato, possono

trovare spazio e tempo adeguati, nel corso del trattamento psicoterapeutico, dai primi passi descrittivi, verso una valutazione e rielaborazione della propria realtà, per una cura psicologica di sé, per il proprio benessere e per un'evoluzione personale, gratificante. In questo campo, la dinamica relazionale umana, tra lo psicoterapeuta e il paziente, è centrale per la comprensione, la condivisione e il consenso di un trattamento psicoterapeutico, che andrà a svilupparsi a favore della salute, del benessere e dell'evoluzione del paziente. Inoltre, in questo campo, da parte dello psicoterapeuta viene dedicato al paziente, tutto l'insieme di formazione, competenza e impegno professionali necessari, per porgere l'attenzione, il rispetto e la comprensione per ogni evento e fenomeno vissuto e descritto dal paziente stesso, e per svolgere il trattamento psicoterapeutico pertinente, efficace e migliorativo della condizione psicologica umana del paziente" (Frateschi M., 2012).

Una affermazione originaria di Freud (1925), sul punto di vista dinamico della psicoanalisi è stata: "[La psicoanalisi] riconduce tutti i processi – se si esclude la ricezione degli stimoli esterni – a un gioco di forze che si promuovono o si inibiscono a vicenda, che s'associano le une alle altre, che entrano in compromesso ecc. Originariamente tutte queste forze hanno la stessa natura delle pulsioni, e hanno quindi provenienza organica; sono caratterizzate da una grandiosa potenzialità (somatica) – la *coazione a ripetere* – e vengono psichicamente rappresentate sotto forma di immagini o idee affettivamente investite".

Laplanche e Pontalis (1997) riferiscono: "Negli scritti di Freud, «dinamico» si riferisce soprattutto all'inconscio in quanto esercita un'azione permanente, che esige una forza contraria, anch'essa permanente, per vietargli l'accesso alla coscienza. Clinicamente, questo carattere dinamico si manifesta sia nella resistenza che si incontra per accedere all'inconscio, sia nella produzione di derivati del rimosso".

Freud (1915) afferma: "Noi non deduciamo la scissione psichica da una congenita incapacità

alla sintesi dell'apparato psichico, ma la spieghiamo dinamicamente, attraverso il conflitto di forze psichiche contrastanti, riconoscendo in essa il risultato di una opposizione attiva dei due raggruppamenti tra loro”.

A tale riguardo, la pulsione viene definita da Laplanche e Pontalis (1997): “Processo dinamico consistente in una spinta (carica energetica, fattore di motricità) che fa tendere l'organismo verso una meta. Secondo Freud, una pulsione ha la sua fonte in un eccitamento somatico (stato di tensione); la sua meta è di sopprimere lo stato di tensione che regna nella fonte pulsionale; la pulsione può raggiungere la sua meta nell'oggetto grazie a esso”.

Secondo l'orientamento psicodinamico psico-evoluzionista “[...] nello stadio fetale, l'essere può riuscire a vivere e crescere sano, sulla base di intercorrelazioni multiple, simultanee e successive, di sistemi complessi anatomici, fisiologici, biologici e psicologici. Infatti, già ad un livello elementare anatomico, gli organismi animali pluricellulari hanno un piano gerarchico costruttivo. [...] Il cervello nell'uomo, all'interno dell'organismo intero in statu nascendi, elabora con complessità crescente e con estrema finezza ogni input ed output, in modo tale che questi possano collegarsi simultaneamente e in successione, per qualsiasi parte della totalità dinamica dell'organismo. Il cuore è uno spazio-tempo vitale di sintonia o distonia; nella vita prenatale si presentano scambi nutritivi e respiratori tra campo organismo materno e campo organismo fetale, grazie alla placenta che è un organo, ed anche un ambiente intermedio fisico e psichico, che produce risonanze percettive, sensoriali, e di conseguenza, emotive. Per l'organismo è necessario elaborare creativamente ogni engramma e puzzle, già di enorme complessità, perché è deputato alla crescita, per una direzione sana o patologica che sia. Il senso inarrestabile è quello di andare avanti nel proprio tempo-spazio interno; la scena che percepisce il feto non è certamente quella che potrebbe essere intesa da un adulto, è un mondo a sé, ma con leggi e principi di crescita precisi. [...] Dal momento della nascita in poi, fino al termine della vita, le sintonie, le oscillazioni e i conflitti tra coscienza e inconscio non cesseranno mai, di giorno e di notte, nel sonno e nella veglia, e in qualsiasi spazio. Il tempo e lo spazio soggettivi, interni nel proprio mondo,

nel proprio ambiente psicologico, potranno essere dapprima intuiti, quindi percepiti con progressiva consapevolezza” (Frateschi M., 2012).

Green (2016) ritiene che: “Il legame della forza e del senso fa del loro insieme un'organizzazione primaria della psiche. La forza non è altro che quella del movimento interno verso una sorgente di soddisfacimento esterno. Il luogo psichico nel quale essa origina è variabile a seconda dei casi. Questa forza non è completamente cieca, ma non si può nemmeno dire che essa possieda una qualità cosciente che permetta di attribuirle le proprietà dell'intenzionalità. Certamente, il modello del ritorno sulle tracce di un'esperienza antecedente di soddisfacimento aiuta a pensarla, ma quello che Freud chiama “desiderio” è il movimento che spinge alla ripetizione dell'esperienza, più che la coscienza delle sue mire. È una forza che risponde a una messa in tensione interna che può essere di origine somatica o psichica ma che, in ogni caso, resta in stretto legame con il suo radicamento nel corpo, e, di conseguenza, non è cosciente di se stessa. La cosa più difficile da concepire è, senza dubbio che una volta messa in movimento essa progredisca, più sovente per mezzo di un oggetto, verso uno scopo del quale non ha che una conoscenza vaga e che non sorgerà se non quando giungerà nei pressi dell'oggetto. [...] Ma la conclusione essenziale da ricavarne è la genesi, l'attivazione e la modulazione dell'attività rappresentativa che mette in circolo e al lavoro delle forme eterogenee, che danno luogo successivamente a uno spazio da mantenere e da proteggere attraverso le difese”.

Difesa, resistenza e transfert

La difesa per Laplanche J. e Pontalis J. B. (1997) è un: “Complesso di operazioni la cui finalità è di ridurre e sopprimere ogni modificazione che possa mettere in pericolo l'integrità e la costanza dell'individuo biopsicologico, In quanto istanza che incarna questa costanza e cerca di mantenerla, l'Io può essere descritto come la posta in gioco e l'agente di tali operazioni., La difesa è rivolta, in generale, contro l'eccitamento interno (pulsione) e, elettivamente, contro una rappresentazione (ricordo, fantasma) legata all'eccitamento è incompatibile con l'equilibrio interno e quindi spiacevole per l'Io. La difesa può essere diretta

anche contro gli affetti spiacevoli che sono motivi o segnali della difesa. Il processo difensivo utilizza determinati meccanismi di difesa più o meno integrati nell'Io. Segnalata e permeata dalla pulsione, contro cui è diretta in ultima analisi, la difesa assume spesso un andamento coatto e opera almeno parzialmente in modo inconscio”.

“Secondo Gabbard (2005), ogni approccio che voglia essere riassuntivo della situazione clinica del paziente non può prescindere dalla valutazione del sistema difensivo che, tra i vari costrutti che permettono di formulare ipotesi cliniche correlabili a quadri diagnostici e prognostici, ha ricevuto negli ultimi anni i maggiori attestati di validità e utilità. Anche l'inclusione nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR della *Defense Functioning Scale* rappresenta una testimonianza del pieno riconoscimento dell'utilità del concetto di difesa nel contesto della diagnosi psichiatrica e della pianificazione del trattamento. Nel DSM-5 l'attenzione agli aspetti dimensionali delle caratteristiche del paziente, il richiamo alla necessità di un'integrazione di aspetti oggettivi e soggettivi nel processo diagnostico, così come l'enfasi di «monitorare nel tempo i cambiamenti nel quadro clinico di un individuo» [APA 2013, trad. it. 2014, 856] confermano in modo diretto e indiretto l'attenzione al concetto di difesa e che nel corso della psicoterapia la struttura difensiva può subire un cambiamento nella direzione di una maggiore maturità e appropriatezza [Draguns, 2004]” (Amadei, Cavana, Zavattini, 2015).

Ma a partire da quale stadio di evoluzione si può ipotizzare l'esordio delle difese psicologiche dell'essere umano?

“Per la psicoevoluzione, la Motivazione Intrinseca Strutturale determina lo scenario originario più profondo dell'inconscio, che si costruisce gradualmente nello stadio embrionale e nello stadio fetale come “*matrice primaria dinamica*” (Frateschi M., 1997). Ogni struttura psichica ed intrapsichica si costituisce ed evolve, attraverso una spinta prenucleare interna strutturante, che è prima e principale forza vettoriale di matrice psichica: la Motivazione Intrinseca Strutturale, che compone e scompone figure e sfondi energetici del campo organismo, in evoluzione nello stadio fetale. Nella fase prenatale, la spinta procreatrice insita negli esseri umani, diviene vitale per la divisione e moltiplicazione cellulare, costruisce

un campo organismo dinamico di processi strutturanti psico-fisio-biologici e, quindi, i complessi sistemi strategici difensivi psichici e fisici per la sopravvivenza della specie stessa. Il circuito vitale di specie è determinato dalle spinte straordinarie di procreazione e di sopravvivenza, attraverso flussi di forze vettoriali energetiche, che strutturano organismi viventi” (Frateschi M., 2012).

Quindi, quale struttura, organizzazione, funzione hanno le difese psicologiche umane? “[...] l'organismo nasce con due sistemi difensivi di specie appropriati, flessibili, intercorrelati e in continua trasformazione ed evoluzione. Dunque, in sintesi, un concetto psicologico nuovo delle mie ricerche cliniche sulla psicoevoluzione è che ogni essere umano nasce sia con un sistema anatomico-fisiologico-biologico difensivo (il sistema immunitario fisiologico e biologico difensivo), sia con un Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD) (il sistema immunitario psicologico difensivo) (Frateschi M., 1989). Perciò, la mia tesi è che la *struttura*, l' *organizzazione* e la *funzione* del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo siano già presenti nel *Campo Organismo Fetale*, che è ospite del *Campo Organismo Madre*. Vediamo ora come questo sistema strategico complesso, si potrebbe articolare su tre caratteristiche fondamentali: *Struttura*, *Organizzazione*, *Funzione*.

La Struttura è determinata già in uno stadio embrionale, poi fetale, precostituita in microforme e microstrutture grezze difensive di forza vettoriale, contenente energia psichica per ogni componente molecolare nucleare.

L'Organizzazione è composta attraverso una strategia delle aree e delle parti della Struttura, allo scopo di tendere verso un continuo equilibrio dinamico delle forze vettoriali psichiche in tensione, in cui il tutto è più della somma delle parti, ed è direzionato verso un isomorfismo psicofisico.

La Funzione attiva ogni via delle forze vettoriali psichiche singole in processi di interazione, multipli, sia simultanei, sia successivi, e di intercorrelazione con i sistemi di base innati e complessi, che concorrono con l'Organizzazione del SSPD a riconfigurare continuamente la Organizzazione Globale del Campo Organismo (OGCO)” (Frateschi M., 2012).

Per questo motivo, ritengo che nella specie umana, il corredo psico-bio-fisiologico genetico, strutturante un essere, sia una totalità dinamica

organizzata e attiva fin dai primordi della vita intrauterina.

Riprendiamo, ora, dal transfert. Per Laplanche J. e Pontalis J. B. (1997), il termine transfert o traslazione, *übertragung* “Designa, nella psicoanalisi, il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti nell’ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell’ambito della relazione analitica. Si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità. È per lo più il transfert nella cura che gli psicoanalisti chiamano transfert, senza altra qualificazione. Il transfert è tradizionalmente riconosciuto come il terreno in cui si svolge la problematica di una cura psicoanalitica, la sua impostazione, le sue modalità, la sua interpretazione e la sua risoluzione. Freud nel 1912, nel suo scritto sulle dinamiche del transfert dice: «tutti i conflitti devono essere affrontati nell’ambito della traslazione» (Freud, 1912). Freud, suggerisce al terapeuta di mantenere una “libera attenzione fluttuante”, che può essere paragonata alla tecnica delle libere associazioni usata per i pazienti. «L’inconscio del medico [come organo ricevente] è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell’inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato» (Freud, 1912). All’inizio, per Freud il transfert, almeno sul piano teorico, era soltanto un caso particolare di spostamento dell’affetto da una rappresentazione a un’altra. La preferenza per la rappresentazione dell’analista è dovuta al fatto che essa costituisce una specie di «residuo diurno» sempre a disposizione del soggetto e che inoltre questo tipo di transfert favorisce la resistenza, in quanto la confessione del desiderio rimosso è resa particolarmente difficile se deve essere fatta alla persona interessata. Come si vede, a quest’epoca il transfert è considerato anche come un fenomeno molto localizzato. Il transfert deve essere trattato come qualsiasi altro sintomo in modo da mantenere o da ripristinare una relazione terapeutica fondata sulla cooperazione fiduciosa. Freud accenna in questo contesto all’influenza personale del medico come fattore terapeutico, ma senza collegarla affatto al transfert. Pare quindi che Freud inizialmente considerasse il transfert come una componente non essenziale della relazione terapeutica. Freud scrive: «Che cosa sono le traslazioni? Sono riedizioni, copie

degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell’analisi, in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come stato passato, ma come relazione attuale con la persona del medico» (Freud, 1901).

Freud scopre che è la relazione del soggetto con le figure parentali che viene rivissuta nel transfert con la sua tipica ambivalenza pulsionale: «Così arrivò (l’uomo dei topi) a convincersi che il suo atteggiamento verso il padre rendeva necessario quell’apporto supplementare proveniente dall’inconscio soltanto attraverso la penosa via della traslazione». In questo senso, Freud distingue due transfert, uno positivo e l’altro negativo: un transfert di sentimenti teneri e un transfert di sentimenti ostili. Va notata l’affinità di questi due termini con quelli di componente positiva e negativa del complesso edipico. Questa estensione della nozione di transfert, che ne fa un processo strutturante l’insieme della cura sul modello dei conflitti infantili, induce Freud a elaborare un concetto nuovo, quello dei «nevrosi di traslazione»: «... ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione, facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una «nevrosi di traslazione» dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico» Dal punto di vista della sua funzione nella cura, il transfert è dapprima classificato da Freud nel modo più esplicito tra gli ostacoli principali che si oppongono alla rievocazione del materiale rimosso. Ma è anche segnalata fin dall’inizio la frequenza, anzi la generalità di questo «ostacolo»: «... si avrà a che fare con esso in ogni analisi piuttosto seria». In questa fase del suo pensiero, Freud constata inoltre che il meccanismo del transfert sulla persona del medico scatta proprio quando stanno per essere svelati dei contenuti rimossi particolarmente importanti. In questo senso, il transfert si rivela come una forma di resistenza e al tempo stesso segnala l’avvicinarsi del conflitto inconscio.[...] Questa seconda dimensione, già evidente agli inizi, assume una importanza sempre maggiore agli occhi di Freud: la «... traslazione, che nella sua forma positiva come in quella negativa si pone al servizio della

resistenza, si trasforma nella mani del medico nel più potente ausilio del trattamento, e sostiene, nella dinamica del processo di guarigione, una parte cui non sarà mai dato troppo rilievo» (Laplanche J. e Pontalis J. B., 1997).

Freud stesso ha affermato: «Si deve lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di rielaborarla, di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale [...]. Questa rielaborazione delle resistenze [...] è la parte del lavoro che produce i maggiori mutamenti nel paziente e che differenzia il trattamento analitico da tutti i trattamenti di tipo suggestivo» (Freud, 1914).

“I meccanismi di difesa contro i pericoli del passato ritornano nella cura sotto forma di *resistenze* contro la guarigione. Ciò significa che la guarigione stessa è trattata dall'Io alla stregua di un nuovo pericolo” (Freud, 1937, *Analisi terminabile e interminabile*).

Kohut (1996) afferma nelle *Lezioni di tecnica psicoanalitica*: “Sappiamo bene che la resistenza nel senso più tecnico della parola, non è altro che il trasferimento dell'attività difensiva interiore del paziente alla situazione analitica stessa. Le resistenze devono essere parte integrante dell'analisi. L'analisi va avanti attraverso l'analisi delle resistenze o difese, o attraverso la spiegazione delle resistenze come difese, che probabilmente è il modo migliore per esprimersi”.

Clarkin et al. (1999) esprime: “Ciò che il terapeuta osserva più comunemente in seduta sono i transfert che servono come “*resistenze*” all'accesso a materiale più profondo. Le resistenze sono le manifestazioni cliniche di operazioni difensive. Operativamente, ogni difficoltà che il paziente mostra nel prendere parte al trattamento come concordato nel contratto terapeutico è al servizio della funzione intrapsichica della resistenza”.

Difesa, resistenza e transfert sono fenomeni inscindibili. Lo stesso Freud nel 1920, in al di là del principio di piacere, ebbe modo di affermare: “la resistenza che si manifesta durante la cura proviene da quegli stessi strati e sistemi superiori della vita psichica che originariamente hanno attuato la rimozione” (Freud, 1920, p.205). A ogni modo, resistenza e meccanismi di difesa non sono coincidenti: la resistenza è osservabile, mentre i meccanismi di difesa “non possono essere espe-

riti in modo immediato ma solo dalla resistenza stessa, della quale costituiscono la base psichica”.

Ciò vuol dire che: “la difesa è un'istanza intrapsichica mentre la resistenza è un'istanza interpersonale. È pertanto logico vedere le possibilità di espressione della resistenza solo nel transfert, vale a dire nel luogo in cui le formazioni intrapsichiche diventano momentaneamente presenti nella situazione analitica” (Gill, 1982, p.37).

In altri termini, lo stile difensivo e il transfert si legano tra loro in un rapporto di interdipendenza che si palesa attraverso il fenomeno della resistenza che va intesa, dunque, come istanza interpersonale che tende a mantenere “incastrati” i partner della diade analitica nelle interazioni ripetitive prodotte dall'adesione del paziente alla propria matrice relazionale. Anche Modell sottolinea come la resistenza assolva a funzioni interpersonali: “i termini difesa e resistenza sono quasi indistinguibili, ma c'è l'abitudine di usare il primo per riferirsi a un comportamento attivo nella vita ordinaria, che diventa in seguito resistenza quando l'individuo inizia il trattamento. Le difese sono sia intrapsichiche sia interpersonali, ma poiché il termine resistenza si riferisce soltanto al processo terapeutico, è impossibile immaginarla come qualcosa di diverso da un processo interpersonale. (Modell, 1990, p.116)”.

La resistenza è dunque una funzione regolatrice della relazione che assume gli aspetti difensivi tipici dell'individuo per modularli nella relazione stessa. Considerare la resistenza come regolatrice della relazione significa dunque allontanarsi dal modello conflittuale intrapsichico e avvicinarsi a un modello interpersonale, dove la resistenza assume un significato soprattutto nella relazione di transfert.

Così secondo Gill: “tutte le interpretazioni di resistenza [...] sono interpretazioni di transfert. Molte interpretazioni che vengono chiamate interpretazioni di resistenza sono di fatto interpretazioni di difesa” (Gill, 1982).

Dunque, sintetizzando all'estremo, considerare la “resistenza come modalità relazionale” è affatto congruente con l'affermazione di Gill (1982) secondo cui “l'analisi della resistenza è in effetti l'analisi del transfert”.

È possibile inquadrare in questo contesto il prezioso contributo di Modell concernente le particolari modalità attraverso cui il paziente tenta di

“resistere” al cambiamento promosso dall’azione terapeutica, ovvero quelle situazioni in cui, accanto e contemporaneamente a un atteggiamento di compliance, l’analizzando organizza inconsciamente una serie di manovre (globalmente riferibili al transfert) che sembrano mirate a creare ripetute e a volte prolungate situazioni di stallo nel lavoro clinico, il cui principale obiettivo è quello di non modificare gli equilibri precedenti: “se si ritiene che il setting terapeutico, insieme alla comunicazione affettiva da esso facilitata, siano il principale motore del cambiamento, allora una difesa nei confronti dell’ “essere in relazione con” diviene una forma significativa di resistenza” (Modell, 1990).

Freud (1925) aggiunge in “Inibizione, sintomo e angoscia”, in riferimento alla dinamica e ai tipi di resistenze: “Approfondendo ulteriormente l’indagine osserviamo anzi che abbiamo da lottare contro cinque tipi di resistenze, che provengono da tre parti, e cioè dall’Io, dall’Es, e dal Super-Io, laddove l’Io risulta essere la fonte di tre di queste forme, diverse nella loro dinamica. La prima di queste tre resistenze dell’Io è la resistenza di rimozione [...] Da essa si distingue la resistenza di traslazione, che è della stessa natura, ma che nell’analisi si manifesta in modo diverso e molto più perspicuo, dato che essa è riuscita a stabilire una relazione con la situazione analitica o con la persona dell’analista, e ha perciò potuto ravvivare in un certo senso *ex novo* una rimozione che doveva invece essere semplicemente ricordata. Ancora una resistenza dell’Io, di tutt’altra natura però, è quella che proviene dal tornaconto della malattia, e che si fonda sull’inclusione del sintomo dell’Io. Essa corrisponde alla lotta che l’Io conduce contro la rinuncia a un soddisfacimento o a una facilitazione. La quarta specie di resistenza - quella dell’Es - l’abbiamo attribuita or ora alla necessità della rielaborazione. La quinta resistenza, quella del Super-Io, la cui esistenza è stata riconosciuta per ultima, è la più oscura anche se non sempre la più debole; sembra che scaturisca dal sentimento di colpa o dal bisogno di punizione; questa resistenza ostacola qualsiasi successo, e perciò anche la guarigione attraverso l’analisi”.

Per Lagache il transfert è: “una determinante maniera che il paziente ha di comportarsi nella situazione psicoanalitica; è un segmento della sua condotta. In linea di principio gli si può appli-

care la concezione che ci si fa di ogni segmento di comportamento” (Lagache, 1951). “La psicoanalisi, ricordava Lagache, ha fondato la propria solitudine convertendo in mezzi gli ostacoli che incontrava sul cammino dell’investigazione e della cura, tanto dal lato dell’analizzato (la resistenza e il transfert), quanto da quello dell’analista (il contro-transfert). Il suo strumento è al tempo stesso il suo oggetto e il suo sistema di riferimento: la relazione analitica, ossia relazione dell’uomo con l’uomo, l’intersoggettività, la comunicazione, la parola. A partire da qui, la psicoanalisi ha essa stessa costruito dei modelli psicopatologici e psicologici, sempre più nel senso dell’intersoggettività” (Lagache, 1960). “... in psicoanalisi, il transfert è essenzialmente lo spostamento di una condotta emozionale in rapporto ad un oggetto infantile, specialmente i genitori, ad un altro oggetto o un’altra persona, specie lo psicoanalista durante il trattamento” (Lagache, 1949).

Musatti (1949) nel suo Trattato di psicoanalisi, nel capitolo riguardante la funzione del sogno, sostiene: “Per traslazione affettiva non si deve intendere soltanto il trasferimento, sopra una nuova persona, dell’orientamento affettivo già determinatosi nei confronti delle altre persone (come è il caso della traslazione analitica o suggestiva), ma in via generale, l’impossessarsi da parte di un qualsiasi orientamento tendenziale-emotivo, di un nuovo oggetto, il fissarsi (o trasferirsi) di una carica emotiva sopra un tale oggetto: mentale o reale che esso sia. [...] La relazione, espressa dal concetto di traslazione può istituirsi tra materiale pre-conscio e tendenze dell’inconscio in modi diversi, e per così dire ad iniziativa tanto di quel materiale, quanto di queste tendenze. Nel primo caso cioè i pensieri, le immagini e gli elementi emotivi (pre-occupazioni, timori, desideri, ecc.) che rappresentano gli elementi residuali dell’attività psichica della veglia, o la continuazione di quella attività vigile, *trovano* essi la tendenza inconscia di origine remota, che per traslazione li rafforza della propria carica emotiva - la quale vi si trasferisce - ed acquistano così la capacità (ove riescano a penetrare nella coscienza) di provocare il sogno. Nel secondo caso la tendenza stessa, avente sede nell’inconscio, nella sua spinta verso la coscienza, si *impossessa* di quel materiale pre-conscio, e lo potenzia del proprio valore emotivo. Freud chiama i sogni in cui prevale il primo processo *sogni*

costruiti dall'alto, quelli in cui prevale il secondo sogni costruiti dal basso”.

Controtransfert

“Il controtransfert non costituisce solo una parte della relazione analitica, ma è una creazione del paziente, è una parte della sua personalità” (Heimann, 1950). “Esperienze di disprezzo sdegnoso da parte di un genitore possono essere agite nuovamente come disprezzo sdegnoso del terapeuta. Approcci sessuali da parte di un genitore possono riapparire sottoforma di approcci sessuali verso il terapeuta” (Bowlby, 1989).

“Quando si ha a che fare con un paziente che non ha ricevuto un trattamento precoce sufficientemente buono, non si è mai certi di poter supplire a ciò che è mancato” (Winnicott, 1964). “Il concetto di Winnicott [...] di un ambiente *sufficientemente buono* implica che l'analista non deve soltanto essere relativamente stabile per il paziente, ma anche relativamente distruttibile (psicologicamente), di tanto in tanto, come richiedono i persistenti bisogni del paziente di funzionare in modo (onnipotentemente) autistico. Di conseguenza, l'analista ha bisogno intuitivamente di offrire al paziente, in certi momenti, la propria assenza forse tanto spesso quanto la propria presenza” (Searles, 1986, p. 178). “L'analista dovrà rimanere orientato alla realtà esterna mentre di fatto è identificato col paziente perfino in simbiosi con lui. Il paziente deve diventare molto dipendente [...] anche quando c'è una parte sana della personalità che agisce in tutto come un alleato dell'analista e di fatto dice all'analista come comportarsi” (Winnicott, 1969).

La differenza fondamentale tra Winnicott e Lacan si ritrova nella visione dell'analista-soggetto.

Per Winnicott lo psicoanalista è attivo e partecipe con i suoi sentimenti in prima persona, si allontana dalla neutralità freudiana mette in atto la propria soggettività così da rendere singolare ogni analisi, adattando il setting ad ogni paziente.

Per Lacan, al contrario, lo psicoanalista non è soggetto dell'analisi, l'unico soggetto è e rimane solo l'analizzante; l'analista lacaniano prova sicuramente dei sentimenti all'interno dell'analisi ma non li usa, l'unico mezzo a sua disposizione è il desiderio dell'analista che dona significato alla retroattività della domanda dell'analizzante. L'ana-

lisi «consiste appunto nel far parlare, cosicché si potrebbe dire che in fondo essa si riassume nella levata del mutismo, il che è ciò che è stato chiamato a un certo momento col nome di analisi delle resistenze» (Lacan, 1964). «... per il solo fatto ch'egli è presente e ascolta, quest'uomo che parla gli si rivolge, e dato che impone al suo discorso di non voler dire nulla, resta ciò che quest'uomo gli vuol dire» (Lacan, 1936).

“L'analista sa certamente, di contro, che non deve rispondere agli appelli, per quanto insinuanti siano, che il soggetto gli fa pervenire a tale scopo, pena il vedervi prendere corpo l'amore di transfert che nulla, salvo la sua produzione artificiale, distingue dall'amore-passione; nel qual caso le condizioni che l'hanno prodotto finiscono per fallire a causa del loro effetto, e il discorso analitico finisce per ridursi al silenzio della presenza evocata. E l'analista sa anche che nella misura della carenza della sua risposta, egli provocherà nel soggetto l'aggressività, o l'odio, del transfert negativo. Egli sa però meno bene che in tutto questo ciò che risponde è meno importante del posto da cui risponde. Giacché egli non può accontentarsi della precauzione di evitare di entrare nel gioco del soggetto, quando il principio dell'analisi della resistenza gli impone di oggettivarlo» (Lacan, 1955). «[...] il transfert è positivo quando quello che sta lì, in questo caso l'analista, ebbene, va a genio – e negativo, quando sta sullo stomaco” (Lacan, 1964). “[...] l'importanza del preservare il posto del desiderio nella direzione della cura, necessita che si orienti questo posto in rapporto agli effetti della domanda, i soli attualmente concepiti alla base del potere della cura” (Lacan, 1958).

“Come si sa, il controtransfert è una reazione al transfert, in quanto il discorso dell'analizzante produce degli effetti di risonanza e di rifiuto su ciò che è stato insufficientemente mal analizzato nell'analista, spingendolo a comprendere in modo parziale e parcellare – in breve, distorto – quanto cerca di trasmettere l'analizzante. Con il controtransfert si è aperto il capitolo sempre più vasto della patologia dell'analista, degli effetti di quel che resta in lui di non analizzato, suscettibile di disturbarlo nel suo lavoro d'analisi, che esige distanza e sangue freddo.” (Green, 2004).

Freud introdusse ufficialmente il tema della *Genübertragung* nel marzo del 1910 al Congresso

Internazionale di Psicoanalisi tenutosi a Norimberga. “Abbiamo acquisito la consapevolezza della controtraslazione che insorge nel medico per l’influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci [...] Ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne [...]. Chi non riesce a concludere nulla in siffatta autoanalisi, può senz’altro abbandonare l’idea di essere capace d’intraprendere un trattamento analitico sui malati” (Freud, 1910).

Heinrich Racker, psicoanalista di origine polacca emigrato in Argentina, attribuisce al controtransfert un duplice significato: interprete dei processi inconsci e oggetto di questi stessi processi; esso quindi “interviene e interferisce nel processo analitico prima, in quanto l’analista è un interprete, poi perché egli è anche oggetto degli impulsi [...] La percezione [del terapeuta] può essere corretta ma ciò che viene percepito può provocare reazioni nevrotiche che nuocciono alla capacità interpretativa dell’analista” (Racker, 1970).

Così Khan definisce la controtraslazione come “la capacità non patologica dell’affettività, dell’intelligenza e dell’immaginazione dell’analista di comprendere tutta la realtà del paziente” (Khan, 1969).

Green (2016) sostiene: “Il setting è dunque questo dispositivo che favorisce la manifestazione della forza e che, grazie alla copertura che esso offre alla prossimità dell’analista, mira alla sua conversione in intelligibilità strutturata dal riferimento ai valori di rappresentanza dell’analista-oggetto. [...] Il controtransfert, se appare certamente come parte del lavoro analitico, è dunque un ritorno su se stessi attraverso il ritorno dell’altro simile, come ho già proposto. Ma questo sarà possibile a condizione di esaminare gli intrecci possibili della forza e del senso, il loro disequilibrio potenziale che può essere responsabile delle intuizioni più profonde dell’analista come della deviazione delle risposte suscitate dal transfert dell’analizzando. [...] Il controtransfert comprende una concezione che fa riferimento all’insieme dello psichismo dell’analista, comprendente la sua concezione dell’analisi, il ruolo che egli intende far giocare al setting e ciò che si aspetta dall’esperienza analitica in generale, e in particolare prima dell’inizio di ciascuna analisi. Venendo a convergere a questo punto la sua analisi personale (le sue acquisizioni, ma anche il

suo in analizzato), la sua esperienza professionale (i suoi successi e i suoi fallimenti), le sue convinzioni analitiche in cui i riferimenti teorici giocano il loro ruolo, e forse anche il suo inserimento istituzionale. Tutto questo costituirà l’alveo del controtransfert *stricto sensu*, singolare, tipico da venire”.

Anna Freud (1936) sull’aspetto della tecnica analitica, in riferimento all’analisi delle difese inconscie dell’Io e delle resistenze del paziente dice: “Soltanto l’analisi delle misure difensive inconscie dell’Io ci permetterà di ricostruire le trasformazioni a cui gli istinti sono andati incontro. Senza la conoscenza di esse potremmo invero apprendere molto sui contenuti dei desideri istintuali e delle fantasie rimossi, ma sapremmo poco o niente sulle vicissitudini attraverso le quali essi sono passati e sui vari modi in cui si integrano nella struttura della personalità. Una tecnica troppo orientata nell’altra direzione, che prendesse cioè in considerazione soprattutto l’analisi delle resistenze del paziente, avrebbe un risultato difettoso, ma in senso contrario. Avremmo così un quadro completo della struttura dell’Io dei nostri pazienti, ma l’analisi del loro Es rimarrebbe superficiale e incompleta. Un risultato analogo si otterrebbe con una tecnica che fosse troppo concentrata sul transfert. Senza dubbio quei pazienti che vivono uno stato di transfert molto intenso, che questo tipo di tecnica alimenterebbe, forniscono in abbondanza materiale dai più profondi strati dell’Es; ma così facendo, oltrepassano i limiti della situazione analitica. Il loro Io non ha più l’atteggiamento di un osservatore obiettivo, moderato e disinteressato, che non prende parte attiva in quanto sta accadendo, ma si trova coinvolto, sopraffatto, spinto all’azione. Quantunque, sotto il dominio della coazione a ripetere, si comporti in tutto come un Io infantile, questo non cambia il fatto che «agisce» invece di fare l’analisi”.

Disturbo psicotico

“Ad un evento psicotraumatico per un paziente possono aggiungersi altri eventi di tipo psicomicrotraumatico che sostengono il perdurare dei sintomi. Come un substrato accumulato intorno al nucleo procura fenomeni dinamici simultanei e successivi, così una prima forma e materia composta di neve che si stacca dal manto in pendio, si

ingrossa, scendendo a valanga con una dimensione angosciante, fino a quando non giunge a valle; a meno che, non si intervenga quanto prima, allo stadio iniziale della prima forma e materia della valanga, o in seguito con un trattamento boschivo con mille alberi, che intervengono tempestivamente frammentando la valanga.

Il metodo dell'analisi psicoevoluzionista degli eventi psicomicrotraumatici si estende alla individuazione dei riflessi dei frammenti delle immagini, della realtà e della fantasia nella percezione del soggetto della propria esistenza. Ogni vissuto, valore, principio, etica, morale nella soggettività si configura per insiemi dinamicamente differenziati nello spazio e nel tempo, a volte con rilevante variabilità durante il corso dell'esistenza, non solo per conflitti tra istanze consapevoli e inconsapevoli, ma anche per la continua tensione tra la Motivazione Intrinseca Strutturale, che slancia l'essere verso l'evoluzione, e il Condizionamento Arcaico, che al contrario, spinge l'essere verso una regressione involutiva. Questa continua tensione si sviluppa secondo precisi processi psiconomici. Nella psicoterapia psicoevoluzionista ogni soggetto va portato gradatamente verso la scoperta delle forze contrapposte nel campo del proprio organismo. Analizzando la struttura, l'organizzazione e il funzionamento del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo del soggetto, vanno riconosciute le forze della Motivazione Intrinseca Strutturale, che determinano lo slancio vitale in avanti per l'indipendenza e l'autonomia nel campo organismo, per intercettare e contrastare efficacemente le forze del Condizionamento Arcaico che determinano la tendenza all'indietro nel tempo e nello spazio verso le dipendenze e l'inibizione" (Frateschi M., 2012).

"Nella prospettiva di maturazione che aveva proposto, Freud aveva descritto il bambino appena nato e il lattante in uno stato di autoincorporazione libidica che egli definiva "narcisismo primario". Tutta la libido del neonato è investita in sé stesso, è contenuta in lui come in un serbatoio di potenzialità libidica. È solo gradatamente e in conseguenza dell'esperienza e dell'attaccamento agli oggetti che egli comincia a dirigere parte della libido che ha in riserva verso l'esterno e a investire negli oggetti. D'altra parte, l'affermazione freudiana della dipendenza di fondo del bambino biologicamente determinata, ha un significato che

può essere parafrasato come segue: il bambino inerme comincia la vita con tutta la sua libido racchiusa in se stesso; infatti egli è del tutto inerme e interamente dipendente, per la sopravvivenza e la soddisfazione dei propri bisogni fondamentali, da persone del suo ambiente che lo proteggono e abbiano cura di lui" (Zetzel E., Meissner W. W., (1973).

Mahler, Pine, Bergman (1975) riferiscono che: "Meta della fase autistica è il raggiungimento di un equilibrio omeostatico dell'organismo nell'ambito del nuovo ambiente esterno attraverso meccanismi fisiologici prevalentemente somatopsichici (Spitz 1958)".

"Segue, quindi, uno stadio di narcisismo primario di tipo simbiotico normale, che si sviluppa dal secondo al quinto mese, che Ferenczi (1913) denomina di "assoluta o incondizionata onnipotenza allucinatoria", in cui il bambino inizia ad avere una vaga consapevolezza che la soddisfazione di alcuni dei bisogni, ad esempio, protezione-difesa, allattamento-alimentazione, non può venire da sé stesso, ma da qualche parte esterna a sé, per cui si comporta e agisce come se egli e la madre fossero un sistema onnipotente, un'unità duale. In questo stadio, la Motivazione Intrinseca Strutturale deve riuscire a riportare in equilibrio dinamico, il campo organismo del bambino, rispetto alla preponderanza tendenziale, della spinta alla dipendenza del Condizionamento Arcaico" (Frateschi M., 2012).

"Così secondo Freud (1895) la percezione ("ricezione" secondo Spitz) al servizio della motivazione per il raggiungimento del piacere era in grado di determinare un'"identità percettiva" di uno stimolo esterno connesso a un ricordo piacevole" (Mahler M. S., Pine F., Bergman A., 1975).

"Quando il bambino volge lo sguardo al seno, costruisce l'"identità percettiva" dell'oggetto esterno, ed inizia a produrre un investimento affettivo sull'oggetto, in realtà a lui esterno. Con il passare dei mesi ciò procura angoscia, proprio mentre, direzionato dalla Motivazione Intrinseca Strutturale, esplora nuove mete, nuovi oggetti investiti di energia. Per acquietare l'angoscia, relativa alla consapevolezza della separazione dall'oggetto libidico affettivo, madre – seno, alimentata da riflessi involutivi del Condizionamento Arcaico, il bambino è costretto ad impegnarsi verso uno sforzo evolutivo, in un nuovo slancio vitale,

per un investimento di forze vettoriali e di energie, amoroso nel mondo esterno, che deve essere ricambiato da colei, che così diventa figura affettiva primaria femminile. Quindi, lo scambio affettivo amoroso gratifica in modo adeguato il bambino, che può procedere, nei successivi investimenti libidici, verso la madre, vivendo una separazione graduale, fiduciosa e dinamica” (Frateschi, 2007).

Winnicott (1971) evidenzia che: “Non vi è possibilità alcuna per il bambino di procedere dal principio del piacere al principio di realtà, o verso e oltre l’identificazione primaria (vedi Freud, 1923), a meno che non vi sia una madre sufficientemente buona. La “madre” sufficientemente buona (non necessariamente la madre vera del bambino) è una madre che attivamente si adatta ai bisogni del bambino, un adattamento attivo che a poco a poco diminuisce a seconda della capacità del bambino che cresce di rendersi conto del venir meno dell’adattamento e di tollerare i risultati della frustrazione. Naturalmente è più facile che la madre vera del bambino sia abbastanza buona che non qualche altra persona, dal momento che questo adattamento attivo richiede una preoccupazione nei riguardi del bambino naturale e senza risentimento; in realtà il successo nella cura di un bambino dipende dal senso di devozione, non dall’abilità e dalla informazione intellettuale”.

“Procedendo nella dinamica esplorativa del bambino verso il mondo esterno, entra in scena dallo sfondo, la figura paterna, che deve conquistare l’investimento affettivo amoroso del figlio. Nella scena in cui, la dinamica del campo si estende a tre esseri umani, figlio, madre, padre, dunque, tre campi di forza soggettivi in interazione, diventano determinanti i contatti, i gesti, i movimenti, le espressioni, le azioni, le risonanze emotive, per la scansione affettiva sintonica e, nel contempo, distintiva e peculiare dell’individualità. Si sviluppa la percezione consapevole dell’essere soggetto – oggetto di investimento e scambio affettivo, in un processo di separazione – individuazione” (Frateschi M., 1997).

Come sostengono Mahler, Pine, Bergman (1975), la normale separazione – individuazione è il primo requisito per il mantenimento del “senso di identità”.

“I bambini che ho seguito nei trattamenti di psicoterapia psicoevolutionista, affetti da psicosi autistica o psicosi simbiotica, non riescono a svi-

luppare un senso di identità individuale soddisfacente e un senso di identità esistenziale” (Frateschi M., 2012).

Klein dimostrò che un bambino è in grado di cogliere il senso della malattia e che attraverso il gioco è in grado di esprimere le proprie angosce, ed, inoltre, che attraverso il transfert può spostare sull’analista sentimenti, immagini, fantasie e significati anche del rapporto con i genitori. Nel transfert il bambino può produrre un’immagine mentale dei genitori, ovvero una rappresentazione interiore delle figure genitoriali, scissa in aspetti positivi e negativi. Questa concezione, con ulteriori altre implicazioni, determinerà un contrasto all’interno della comunità psicoanalitica con la conseguenza della nascita della Scuola di Londra dalla corrente nata da Klein e la Scuola di Vienna condotta da Anna Freud.

“Per mezzo dell’analisi del gioco possiamo accedere alle esperienze e fissazioni più profondamente rimosse del bambino e in tal modo siamo in grado di esercitare un’influenza radicale sul suo sviluppo [...]. L’analisi della situazione di transfert e della resistenza, l’eliminazione dell’amnesia infantile precoce e degli effetti della rimozione, oltre alla messa in luce della scena primaria, tutte queste sono cose che rientrano nell’analisi del gioco. Come si vede, tutti i criteri del metodo psicoanalitico valgono anche per questa tecnica [...] (Klein M., 1932).

Klein equipara l’analisi del bambino a quella dell’adulto.

“M. Klein lega la tendenza spontanea e immediata del bambino a stabilire un transfert all’angoscia che egli prova in grado maggiore rispetto all’adulto e che lo spinge a cercare un oggetto capace di aiutarlo a padroneggiarlo. Gli oggetti interessano l’inconscio del bambino innanzitutto in quanto in grado di alleviare o provocare l’angoscia. Il transfert verso di essi sarà dunque positivo o negativo a seconda che essi presentino l’uno o l’altro aspetto e particolare attenzione va riservata al transfert negativo che s’instaura quando prevalgono gli impulsi ostili e le correlate angosce persecutorie caratteristiche della posizione schizo-paranoide, ma non del tutto assenti anche quando si è oltre la posizione depressiva. [...] Le angosce fondamentali sono quella persecutoria e quella depressiva, che come vedremo più avanti, caratterizzano livelli specifici dello sviluppo

e dell'organizzazione psichica infantile. [...] La specificità del lavoro con pazienti in età di latenza portano M. Klein ad affrontare la questione dei rapporti con i genitori e a sostenere che un rapporto di fiducia tra l'analista e i genitori del bambino sia essenziale per il regolare svolgimento dell'analisi" (Lagache D., et al., 2016).

Ritornando al periodo tra i primi sei, otto mesi di vita Klein differenzia due fasi principali delineate come *posizione paranoide* e *posizione depressiva*. Il termine posizione si sviluppa nel tempo a partire dal 1928 in "I primi stadi del conflitto edipico", nel 1932 in "La psicoanalisi dei bambini", nel 1935 in "Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi", nel 1940 in "Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco depressivi" fino al 1946 in "Note su alcuni meccanismi schizoidi". Grande rilievo produrrà questo termine nel contributo complessivo di M. Klein.

"Il bambino porta in analisi, più che la rappresentazione di un mondo interno conflittuale, i pezzi di un puzzle come cerca di liberarsene o di assemblarli, da quali angosce è afflitto e quali risorse o carenze ha per farvi fronte, un lavoro psichico così spesso disperato e disperante. Egli coinvolge l'analista in questo lavoro, lo usa come un oggetto tra gli oggetti, ne fa seguire il destino o attiva una funzione o un'istanza, tutto per fuggire all'angoscia, alla ricerca di un oggetto affidabile, solido, da *assimilare* a sé, con cui alleare il proprio Sé buono, da identificare come il nucleo buono del proprio Io. [...] L'intero processo inconscio, come viene qui descritto, si avverrebbe originariamente e negli stati psicotici, del meccanismo di difesa fondamentale dell'identificazione proiettiva. Possiamo già intravedere qui il motivo della lettura "positiva" da parte dei post-kleiniani del meccanismo di identificazione proiettiva, intesa come legame e comunicazione con l'oggetto, unico mezzo per gli psicotici di mantenere un certo grado di coesione e organizzazione psichica. M. Klein mostra anche le possibili derive dell'uso massivo del meccanismo dell'identificazione proiettiva, ad esempio in alcune forme di schizofrenia, nei casi di presunti ritardi mentali, nella paranoia, nel consolidarsi di relazioni oggettuali narcisistiche, spesso ossessive, in alcune forme "artificiose", non spontanee, di relazioni oggettuali che rimandano alla patologia di "falso Sé" (Winnicott, 1965), in alcuni disturbi dei pro-

cessi del pensiero logico, nell'impossibilità a introiettare oggetti buoni con la "[...] conseguente fuga nell'oggetto interno idealizzato" (M. Klein, 1946). Nei pazienti schizoidi, il distacco, la mancanza di emotività, la presenza di elementi di narcisismo nelle loro relazioni oggettuali, l'ostilità distaccata che pervade il rapporto con l'analista, generano una forma di resistenza molto ardua da superare. A ciò si accompagna l'assenza di angoscia che priva il lavoro analitico di uno dei suoi sostegni principali. [...] Le interpretazioni devono riguardare dettagliatamente la situazione di transfert del momento, incluso la sua connessione con il passato, e devono evidenziare il rapporto con i particolari delle situazioni di angoscia che spingono l'Io a regredire a meccanismi schizoidi" (Lagache D., et al., 2016).

Nel 1952, M. Klein in "Le origini della traslazione" sostiene: "L'esperienza mi ha insegnato che per mettere in chiaro i particolari della traslazione è essenziale pensare in termini di situazioni *globali* trasferite dal passato al presente con le emozioni, le difese e le relazioni oggettuali che vi sono insite. [...] L'analisi della traslazione negativa al pari di quella positiva nonché della loro interconnessione è, come ho sostenuto da molti anni, un criterio al quale è indispensabile attenersi nel trattamento di ogni tipo di pazienti, bambini o adulti [...]. Poiché la pulsione di vita e quella di morte – e perciò l'amore e l'odio – interagiscono intimamente fin dall'inizio dell'esistenza, la traslazione positiva e quella negativa sono fondamentalmente legate tra loro" (Klein, 1952).

Vediamo, ora la posizione di Bion, in riferimento alla psicosi e all'identificazione proiettiva, anche in considerazione di alcuni saggi scritti tra il 1952 e il 1958, come contributi alla meta psicologia della psicosi, grazie al contributo fondamentale delle ricerche di Melanie Klein sul meccanismo dell'identificazione proiettiva.

"Negli anni '50 la Klein considerava la posizione schizoparanoide (Ps) come punto di fissazione della schizofrenia e la posizione depressiva (D) come punto di fissazione della psicosi maniaco-depressiva. Lo sviluppo di questa concezione portò a spostare il significato delle posizioni Ps e D da fasi evolutive a principi economici, e l'insieme delle dinamiche che caratterizzano le posizioni venne sintetizzato da Bion come Ps↔D: costante (cfr. Meltzer, 1978, pp. 33-34). Il conti-

nuo oscillare tra stati di scissione-disintegrazione e stati di integrazione è dunque considerato da Bion come proprio del funzionamento psichico, il che dà ragione non solo della continuità nello sviluppo e nella crescita della mente, ma anche della discontinuità nella ricorrente esposizione alla frustrazione. In questa prospettiva la relazione analitica è fondata sulla costante $Ps \leftrightarrow D$ e si muove lungo le coordinate della identificazione proiettiva segnando una via di congiunzione tra normalità, patologia, tra gli stati infantili delle prime relazioni oggettuali e le condizioni dell'adulto in analisi. La teoria kleiniana dell'identificazione proiettiva è dunque un concetto portante del suo pensiero. Come già Melanie Klein, Bion riconosce un suo utilizzo normale e uno patologico: nel suo uso realistico, l'identificazione proiettiva, intesa come "meccanismo di difesa", è la dinamica che sorregge il passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva, cioè, il passaggio da uno stato di scissione dell'oggetto parziale e di proiezione dei sentimenti di angoscia connessi, a uno stato di integrazione di sentimenti e emozioni attuata attraverso la re-introiezione di essi successiva alla loro elaborazione operata nell'oggetto in cui sono proiettati. La funzione dell'oggetto ricevente è quella di elaborare le emozioni di angoscia, "bonificarle" dall'angoscia stessa, e restituirle in forma accettabile" (Lagache D., et al., 2016).

Per Bion, dunque, da un lato, l'identificazione proiettiva può essere una dinamica comunicativa universale, precursore di relazione e base di conoscenza della propria esperienza emotiva; dall'altro lato, se eccessiva, può trasformarsi, in modo patologico, in un'attività evacuativa di alcuni aspetti della personalità, per esempio come il linguaggio verbale. Nel paziente psicotico si determina un'attività continua di scissioni e separazioni all'interno dell'Io, con una frammentazione e conseguente attività espulsiva-evacuativa, distruttiva delle funzioni integrative e contenitive della personalità, per cui l'identificazione proiettiva patologica diventa connotativa della psicosi.

"La relazione con l'analista è precoce, precipitosa e all'insegna di una profonda dipendenza. Appena il paziente, in base alle urgenze degli istinti di vita e di morte, la pone in essere, subito si manifestano due fenomeni contemporanei. Il primo consiste nell'identificazione proiettiva: essa

diventa eccessiva, è centrata sull'analista [...]. Il secondo riguarda tutte le attività, mentali e non, che, ponendosi in azione a seguito dell'impulso dato loro dagli istinti di vita e di morte, cercano di esprimersi e che vengono immediatamente amputate dall'impulso stesso. Nell'intento di evadere dallo stato di confusione, menomato dalle amputazioni, il paziente cerca di restaurare una relazione entro un ambito più circoscritto rispetto a prima: il transfert diviene in tal modo una relazione priva di colorito, tipica nel suo genere. Quando ciò si verifica, la situazione è perfettamente riconoscibile, per esempio dal modo in cui il paziente entrando in stanza, segue l'analista come se costui neanche esistesse, o dall'espressione, che può assumere altre volte, di benevola comprensione nei suoi riguardi. Restrizione e dilatazione del transfert si alternano ciclicamente per tutta la durata dell'analisi" (Bion, 1967).

"L'esplorazione della mente operata nella relazione analitica trova nella relazione bambino-seno un modello utile a definirla: la rêverie materna viene assunta come una facoltà dell'analista di accogliere i contenuti delle associazioni e delle proiezioni transferali, di elaborarli e restituirli nell'interpretazione. La capacità di rêverie dell'analista è la capacità di contenere le identificazioni proiettive del paziente, che è il mezzo per comunicare le sue esperienze emotive attuali impregnate da quelle primitive, e che definiscono la filogenesi dei suoi sintomi e del suo stato: in linea con la concezione kleiniana del transfert, per la quale sono reperibili in esso le primitive esperienze relazionali, Bion contribuisce a una definizione del controtransfert differente e, passata attraverso la concezione di Heimann (1950), decisamente fondata su una relazionalità della "situazione", sulla trasmissione da parte del soggetto di suoi oggetti interni scissi che, proiettati, sono capaci di influenzare il soggetto esterno nel quale sono collocati. La rêverie dell'analista è la facoltà di elaborare insieme i contenuti del transfert (del paziente) e le risposte contro-transferali: ma in queste ultime Bion differenzia il transfert consapevole dell'analista dai suoi aspetti inconsci" (Lagache, et al., 2016).

Infine, la prospettiva psicodinamica si sviluppa continuamente, nella riflessione, nell'approfondimento e nella rielaborazione di contributi storici, tradizionali e moderni, fondamentali per ampliare

ulteriormente le possibilità diagnostiche e terapeutiche, e per favorire condizioni di salute e di benessere nella società umana. “La psicoterapia psicoevolutionista è un metodo psicoterapeutico, di tipo psicodinamico, con un orientamento specifico psicoevolutionista che ho ideato a partire dal 1988, dalla prima individuazione clinica delle modalità difensive psicoevolutive, avviando, quindi, uno sviluppo di studi, casistica e ricerche cliniche, e ottenendo progressivamente, negli anni successivi, conferme: sulle modalità difensive psicoevolutive; sulla struttura, sull’organizzazione e sul funzionamento del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo nell’essere umano; sulla sequenza degli eventi psicomicrotraumatici accumulati; sui virus psicologici; sulla Motivazione Intrinseca Strutturale e sul Condizionamento Arcaico, e su altri aspetti e fenomeni psicologici clinici pertinenti alla psicoevoluzione, fino ad un quadro totale attuale, abbastanza ampio e completo” (Frateschi M., 2012).

Bibliografia

- G. Amadei, D. Cavanna, G.C. Zavattini, *Psicologi dinamica*, Società editrice il Mulino, Bologna, 2015.
- APA, American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, V ed., Washington, D.C., American Psychiatric Association; tr. It. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, DSM-5, Cortina, Milano, 2014.
- W. Baranger, M. Baranger, *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Milano, Raffaello Cortina Editore 1990.
- W.R. Bion, (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.
- J. Bowlby, *Attachment and loss. «Attachment»* 1, NY, Basic books, 1969. Tr. It. Attaccamento e perdita. «L’attaccamento alla madre» 1, Torino, Bollati Boringhieri, 1972.
- J. Bowlby, *Attachment and loss. «Separation»* 2, NY, Basic books 1973. Tr. It. Attaccamento e perdita. «La separazione dalla madre» 2, Torino, Bollati Boringhieri 1975.
- J. Bowlby, *Attachment and loss. «Loss, sadness and depression»* 3, NY, Basic books 1980. Tr. It. La perdita della madre, Torino, Bollati Boringhieri 1983.
- J. Bowlby, *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina Editore 1989.
- M. N. Eagle, *A critical evaluation of current concepts of transference and countertransference*, in «*Psychoanalytic Psychology»* 17, 2000, pp. 24-37.
- J.F. Clarkin, F.E. Yeomans, O.F. Kernberg (1999), *Psicoterapia della personalità borderline*, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- J.G. Draguns, *Defense mechanism in the clinic, the laboratory, and the social world: toward closing the gaps*, in U. Hentschel, G. Smith, J.G. Draguns, e W. Ehlers (a cura di), *Defense Mechanisms. Theoretical, Research and Clinical Perspectives*, Elsevier, Amsterdam, 2004.
- S. Ferenczi (1913). *Fasi evolutive del senso di realtà*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, Vol. I: *Le parole oscene ed altri saggi*. Guaraldi, Rimini, 1972.
- M. Frateschi, *L’evoluzione in Psicologia. Comunicazione presentata al Convegno “L’evoluzione umana: scienze a confronto”*, A.I.E.P., Bari, 1997.
- M. Frateschi, *La prevenzione psicologica dei comportamenti prevaricanti e il fenomeno del bullismo. Comunicazione presentata al Seminario di studio su: “Bullismo e devianza minorile”*. Università degli Studi di Bari. Facoltà di Scienze Politiche, Bari, 2007.
- M. Frateschi, *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista*, Roma, Armando Editore, 2012.
- A. Freud, (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defense*, Hogart Press and The Institute of Psychoanalysis, 1961. Tr. It. L’Io e i meccanismi di difesa. Martinelli, Firenze, 1967.
- S. Freud, *Studi sull’isteria*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 2000.
- S. Freud, *Lettere a Sabina Spielrein 1909-1923*, in «*Rivista di psicologia analitica»* 25, 1982, pp. 197-213.
- S. Freud, *Le prospettive future della tecnica psicoanalitica*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in *Opere*, Torino, Boringhieri Torino 1976.
- S. Freud, *Psicoanalisi*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Inibizione, sintomo e angoscia*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *L’Io e l’Es*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Dinamica della traslazione*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Osservazioni sull’amore di traslazione*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *L’inconscio*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Autobiografia*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, *Necrologio di Sándor Ferenczi*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.

- S. Freud, *Analisi terminabile e interminabile*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, C. G. Jung, (1906-1913), *Lettere tra Freud e Jung*, Torino, Boringhieri 1974.
- S. Freud, Pfister, (1909-1939) *Lettere*, Torino, Boringhieri 1990.
- G.O. Gabbard, (2005) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical practice*. Third Edition, Washington, D.C., American Psychiatric Press; tr. It. *Psichiatria Psicodinamica*, IV ed., Milano, Cortina, 2007.
- A. Green, *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2004.
- A. Green, *La clinica psicoanalitica contemporanea*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2016.
- M. M. Gill, (1982), *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Tr. It. Astrolabio, Roma, 1985.
- P. Heiman, (1950), *Sul controtransfert*, in Albarella C., Donadio M.(a cura di), *Il controtransfert*, Liguori, Napoli, 1986.
- C. G. Jung, *Saggio di esposizione della terapia psicoanalitica*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1981.
- C. G. Jung, *Questioni attuali di psicoterapia: carteggio tra C. G. Jung e R. Loy*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1981.
- C. G. Jung, *Problemi della psicoterapia moderna*, in *Opere*, Torino, Boringhieri 1981.
- M. Khan, (1969) *Lo spazio privato del sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1979.
- M. Klein, (1928) *I primi stadi del conflitto edipico*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- M. Klein, (1932) *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1988.
- M. Klein, (1935) *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco depressivi*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- M. Klein, (1940) *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco depressivi*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- M. Klein, (1946) *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- M. Klein, (1952) *Le origini della traslazione*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- H. Kohut, (1996) *Lezioni di tecnica psicoanalitica*. (Istituto di Chicago, 1974/1975). Tr. it. Astrolabio, Roma, 1997.
- J. Lacan, *Aldilà del Principio di Realtà*, in *Scritti*, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, *L'aggressività in psicoanalisi*, in *Scritti*, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, in *Scritti*, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, *Varianti della cura-tipo*, in *Scritti*, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, *La direzione della cura e i principi del suo potere*, in *Scritti*, Torino, Einaudi, 2002.
- J. Lacan, *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Torino, Einaudi 1979.
- J. Lacan, *Il fenomeno lacaniano*, in *La psicoanalisi. Studi internazionali del campo freudiano*. «Rivista Italiana della Scuola Europea di Psicoanalisi», 24, 1998.
- D. Lagache, *L'unité de la psychologie*, P.U.F., Paris, 1949.
- D. Lagache, *Le problème du transfert*, *Revue Française de Psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1952.
- D. Lagache, *La psychologie e les sciences humaines*, in D. Lagache, *Œvre*, vol. IV, P.U.F., Paris, 1960.
- D. Lagache et al. (a cura di R. Galiani e S. Napolitano) *Il problema del Transfert 1895-2015*, Alpes Italia, Roma, 2016.
- J. Laplanche e J.B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1997.
- M.S. Mahler, F. Pine, A. Bergman, (1975) *The Psychological Birth of the Uman Infant Symbiosis and Individuation*, Basic Books, New York. Tr. It. *La nascita psicologica del bambino*, Ed Boringhieri, Torino, 1978.
- D. Meltzer, (1978) *Lo sviluppo kleiniano: vol. III. Significato clinico dell'opera di Bion*, Borla, Roma, 1994.
- A.H. Modell, (1990) *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- C.L. Musatti, *Trattato di psicoanalisi*. Ed. Boringhieri, Torino, 1949
- H. Racker, *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, Roma, Armando Editore 1970.
- H. F. Searles, *Il paziente borderline*, Torino, Boringhieri 1988.
- R.A. Spitz, *Il primo anno di vita del bambino. Genesi delle prime relazioni oggettuali*, Firenze, Universitaria-Barbèra, 1958.
- D. W. Winnicott, (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore 1970.
- D.W. Winnicott, *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London 1971.
- D. W. Winnicott, *L'odio nel controtransfert*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli 1975.
- D. W. Winnicott, *L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Raffaello Cortina 1995.
- D. W. Winnicott, *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Raffaello Cortina 1995.
- E. Zetzel, W.W. Meissner, (1973) *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York. Tr. It. *Psichiatria Psicoanalitica*. Torino, Boringhieri, 1976.

Il coinvolgimento dei familiari nei percorsi clinici di adolescenti con anoressia nervosa

Viviana Armenise
Psicologa Psicoterapeuta

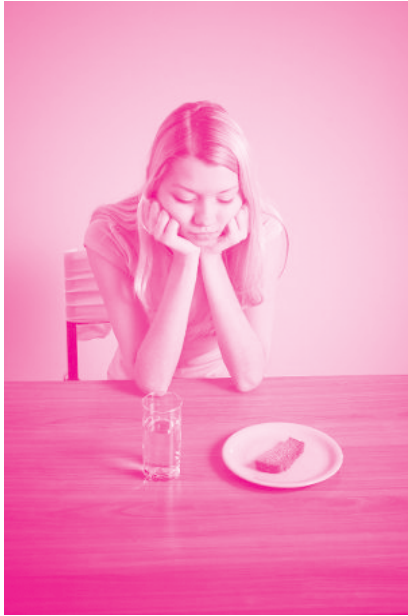
Riassunto

I disturbi alimentari, patologie caratterizzate da profonde alterazioni delle abitudini alimentari e da preoccupazioni eccessive per il cibo, il peso e le forme corporee, insorgono prevalentemente durante l'adolescenza, interessando in particolar modo le ragazze. Tendono a cronicizzare, riducendo la qualità di vita e determinando un'importante sofferenza non solo in chi vi è direttamente colpito, ma anche nelle persone vicine (Favaro e Santonastaso, 2004; Santonastaso, Saccon e Favaro, 1997). Così, all'interno delle famiglie, la malattia rende vittime tutti i suoi membri, inducendo pattern interattivi altamente disfunzionali che rafforzano il disturbo stesso (Kyriacou et al., 2000). Il trattamento elettivo per la maggior parte di tali condizioni cliniche è il contesto ambulatoriale, per cui occorre che le famiglie siano preparate per affrontare i principali problemi a casa, non solo da un punto di vista emotivo, ma soprattutto pratico. Occorre che i genitori siano equipaggiati per affrontare tutte le sfide che la malattia impone, recuperando un adeguato controllo e fiducia nelle loro competenze genitoriali, diventando efficaci co-terapeuti. Attualmente, sono sempre più numerosi gli interventi clinici che promuovono l'inclusione dei familiari, sia come alleati, nella sfida ai disturbi alimentari in età evolutiva, che allo stesso tempo come ulteriori destinatari.

Parole chiave: *Anoressia nervosa, Adolescenti, Genitori, Rialimentazione, Supporto, Terapia basata sulla Famiglia*

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva hanno un profondo impatto non solo



sulla crescita psicologica, affettiva e relazionale di chi ne è colpito, oltre che sullo stato fisico, ma anche nei suoi caregivers ed eventuali fratelli e/o sorelle, determinando significativi cambiamenti negli equilibri e nelle dinamiche familiari. I genitori possono, per esempio, trovarsi in difficoltà al momento dei pasti, di fronte ai comportamenti di compenso e possono persino, talvolta, insorgere conflitti tra i coniugi riguardo la gestione del problema alimentare. Le reazioni dei familiari, inoltre, dipendono dalle attribuzioni che essi possono rivolgere ai comportamenti dei figli e alla

malattia (ad esempio credere che l'incapacità nel fare miglioramenti sia dovuta ad una mancanza di volontà, considerare il rifiuto del cibo come un gesto di sfida e ribellione, attribuirsi colpe per quanto sta avvenendo), da cui dipendono i meccanismi interattivi che conseguentemente vi si instaurano, caratterizzati, in genere, da invischiamento e iperprotezione o al contrario rifiuto ed evitamento. A tali atteggiamenti si associano, inoltre, un corredo di emozioni negative (rabbia, frustrazione, impotenza, senso di colpa, isolamento), che mantengono e rinforzano i pattern di interazione disfunzionali. È facile che un contesto del genere perda la sua capacità di sostegno per la principale vittima del disturbo alimentare, inficiando le sue capacità di recupero dalla malattia.

Modelli di intervento con e per i genitori

Se fino agli anni sessanta, in una logica che

vedeva i genitori come principale causa dei disturbi alimentari dei loro figli, predominava una strategia d'intervento che considerava prioritaria la separazione dell'adolescente dal suo nucleo familiare per poter ottenere un miglioramento nella sintomatologia, letta nei termini di una sfida per l'affermazione della propria identità, attualmente, la maggiore attenzione prestata ai molteplici fattori di mantenimento di queste patologie, tra cui anche quelli interpersonali, ha portato i clinici di diversi orientamenti teorici ad investire nella ricerca e nell'intervento rivolto ai sistemi familiari, per favorire la guarigione da tali problematiche. Indirettamente, gli approcci di questo tipo, si prefiggono di sostenere i genitori nel recuperare il loro naturale *empowerment*, favorendo nei ragazzi il ripristino adattivo del processo di sviluppo ostacolato dalla sintomatologia alimentare (Halvorsen, Heyerdahl, 2007). Pur se l'attenzione è stata classicamente rivolta ai casi di anoressia nervosa, dato che le prime indicazioni di interventi simili provengono dalle osservazioni compiute nell'ambito degli ap-

procci relazionale per i quali questa patologia rappresentava l'ambito privilegiato (Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli et al., 1974; 1989), modelli clinici più recenti, centrati sul trattamento di pazienti giovani e manualizzati per lo più sempre rispetto l'anoressia nervosa, sono stati rivolti, con gli opportuni adattamenti, anche ai casi di bulimia nervosa o di anoressia di lunga durata, poiché risultati flessibili e promettenti sia rispetto la guarigione dal disturbo che rispetto il miglioramento del clima familiare, incidendo sugli stili di coping dei genitori. Gli adolescenti con anoressia nervosa rimangono comunque i destinatari a cui sono più frequentemente indirizzati tali

trattamenti, in virtù delle necessità imposte dalla malattia, prima fra tutte la natura ego distonica del disturbo che porta principalmente i loro familiari a richiederne l'attivazione. Al di là del modo in cui il disturbo può aver preso forma sulla vita psichica dell'adolescente, nonché sull'asse della sua maturazione fisica, il suo intreccio con le dinamiche familiari viene mediato dalle attribuzioni che ciascun membro della famiglia fa della malattia e dei comportamenti del paziente. Riconoscere gli schemi familiari nei confronti del disturbo alimentare e renderli noti, senza essere giudicanti, al fine di spezzare i meccanismi ricorsivi disfunzionali createsi, favorendo, contemporaneamente,



il riequilibrio del peso e la regolarizzazione dei pasti, costituisce il cardine degli interventi basati su una metodologia integrata. La "Terapia basata sulla famiglia" (Lock, Le Grange, Agras e Dare, 2001) costituisce il primo modello di intervento strutturato, messo a punto negli anni ottanta al Maudsley Hospital di Londra, che operativamente ha tradotto queste premesse concettuali. La psicoterapia familiare tradizionale, al di là delle sue possibili diverse sfaccettature (approccio strutturale, sistemico o strategico), continua ad essere utilizzata soprattutto per modificare delle relazioni patologiche che aggravano il disturbo alimentare o semplicemente ne ostacolano la guarigione

pur con l'adozione di altre forme di intervento. In questo panorama di interventi in favore dei soggetti in epoca di sviluppo, si annoverano anche i gruppi di mutuo aiuto per i genitori e il counseling. L'auto-aiuto rappresenta un setting in cui più familiari, condividendo la problematica dei loro figli, possono percepirsi sullo stesso livello, dandosi un'autentica e reciproca comprensione, condividere informazioni, esperienze ed emozioni riducendo il loro senso di isolamento e di vergogna, infine trovare soluzioni ai problemi più frequenti mediante forme primarie di apprendimento. In questo tipo di intervento, è tuttavia importante che un clinico esperto diriga gli incontri, soprattutto per far sì che dallo scambio derivino esperienze positive e significative di confronto, piuttosto che si produca una cascata di emozioni ancora più intense e allarmanti, sulla base di informazioni non supportate dall'evidenza scientifica. Il counseling genitoriale, invece, più che rappresentare un intervento vero e proprio, costituisce uno stile con cui il clinico può sostenere i genitori, a prescindere dal modello terapeutico di riferimento adottato. Attraverso la coesione, la coerenza, la capacità di comunicare in modo chiaro e aperto e il problem solving volto alla risoluzione dei conflitti, quali caratteristiche intrinseche di questa metodologia, il counseling può essere rivolto a singole famiglie o a più nuclei familiari contemporaneamente. Partendo dalla condivisione di informazioni corrette sulle cause del disturbo, sui suoi fattori di mantenimento, sulle differenti strategie di parenting, successivamente conduce all'individuazione di specifici problemi, delle modalità più adeguate e personalizzate per superarli, nonché sostiene e monitora la loro messa in atto. La "Terapia basata sulla famiglia", ha come matrice questa componente psicoeducativa che è stata, nel corso del tempo, perfezionata da J. Treasure (2007, 2015), una studiosa del centro pilota di Londra. Nell'ultima versione del modello, il *New Maudsley Collaborative Care*, l'autrice propone il riferimento ad alcune metafore animali (canguro, rinoceronte, delfino, medusa, struzzo e San Bernardo) per aiutare i genitori a distinguere i propri stili educativi, mettendone in luce i rispettivi svantaggi e incoraggiandoli ad adottare quelli dei modelli re-

lazionali più equilibrati sia dal punto di vista della regolazione emozionale che del comportamento messo in atto.

Il Maudsley Model e alcuni suoi sviluppi

Pragmatico, collaborativo, flessibile e breve sono alcuni aggettivi con cui si potrebbe definire questo modello di intervento, nato in favore di pazienti adolescenti di sesso femminile, in trattamento ambulatoriale per anoressia nervosa di recente insorgenza (meno di tre anni). Integrando alcuni aspetti dell'approccio cognitivo-comportamentale con quelli dell'intervento sistemico-relazionale e del *clinical management*, all'interno della cornice teorica della "*Developmental Psychopathology*", il Modello Maudsley individua nel sostegno alle funzioni genitoriali una priorità clinica imprescindibile per rimettere in carreggiata lo sviluppo adolescenziale rimasto incagliato attorno ad un disturbo alimentare, focalizzandosi al tempo stesso sulla gestione dei sintomi, sul recupero ponderale e la rialimentazione, nonché sulle dinamiche intrafamiliari allineatesi alla malattia, cercando di renderle più funzionali anche rispetto quelle pre-esistenti. Gli interventi si articolano in tre fasi sequenziali che prevedono una ventina di incontri nell'arco di un anno di trattamento, rispettando gli assunti concettuali del modello. Questi ultimi sono: la considerazione agnostica dell'eziologia del disturbo, rispetto cui la deresponsabilizzazione da parte dei genitori consente di ingaggiarli come risorse per aiutare i loro figli, il *parental empowerment*, ovvero il fatto che in questa funzione i genitori vengano semplicemente solo guidati e non diretti dal terapeuta, trovando essi stessi soluzioni efficaci ai problemi e infine l'esternalizzazione, quale processo che consente ai genitori di separare, in senso metaforico, la patologia dai loro figli, in modo tale da poter agire con maggior vigore sui sintomi della stessa. Da un punto di vista strutturale, nella prima fase che comprende gli incontri dal primo al decimo, si persegue l'obiettivo della rialimentazione dell'adolescente e il focus è sulla valorizzazione delle competenze genitoriali, affinché i genitori apprendano ad esercitarne un corretto controllo. Nella seconda (sedute 13-16) continua l'enfasi sul

recupero del peso e vengono man mano svelate le dinamiche familiari createsi attorno al problema alimentare che già negli incontri precedenti erano oggetto di valutazione clinica. In questa, inoltre, si introduce il pasto assistito, come momento durante il quale la maggior parte dei problemi possono effettivamente svelarsi con autenticità e il clinico possa fornire ai genitori indicazioni personalizzate per gestire le difficoltà emergenti; infine, la terza fase, raggiunta quando l'adolescente riesce a recuperare almeno il minimo peso atteso in relazione ai parametri età e altezza, punta a restituirgli progressivamente autonomia nelle sue scelte alimentari e ad incoraggiarlo nel riprendere un percorso adolescenziale più sano. I genitori vengono pertanto invitati a ridurre il loro controllo ma al tempo stesso a guidare l'adolescente verso la sua maturazione, affrontando anche altre tematiche di comune oggetto in questa peculiare fase di vita, sulla base del training psicoeducativo che intanto essi continuano a perseguire con il terapeuta. Alcuni interessanti sviluppi di tale modello sono rappresentati dalla "*Behavioral Family System Therapy*" di Robin e colleghi (1999), che appare ancor più marcato negli aspetti di controllo genitoriale rispetto il primo e sembra dare meno peso all'esplicazione delle dinamiche interpersonali e la "*Emotion-Focused Family Therapy*" di Cockwell, Geller e Linden (2002), in cui si punta a fornire ai genitori le competenze per aiutare i figli a identificare, esprimere e gestire opportunamente le proprie emozioni, fondandosi sul presupposto che il cibo abbia la funzione di mediarne la regolazione, oltre che, come l'approccio classico, alla gestione della sintomatologia alimentare e al ripristino del peso e di una corretta alimentazione.

Prove empiriche e ulteriori proposte

L'utilità degli approcci orientati alla famiglia per il trattamento di adolescenti con diagnosi di disturbi dell'alimentazione è stata resa evidente dalla review di Gardner e Wikinson (2011) che confrontando la terapia familiare con approcci di tipo individuale ha mostrato un netto miglioramento dello stato fisico nutrizionale e una significativa riduzione delle distorsioni cognitive, a vantaggio della prima. Anche Locke (2010)

validando empiricamente il modello Maudsley (FBT) ne ha confermato la superiorità riconoscendone una maggiore remissione sintomatica anche al follow up. Un primo studio controllato che ha utilizzato il modello "*Family Based Treatment*" a confronto con un approccio supportivo, coinvolgendo sia adolescenti che adulti, ne ha confermato l'efficacia per i più giovani, soprattutto quando la malattia aveva ancora un esordio recente (Russel, Smukler, Dare & Eisler, 1987). Confrontando l'efficacia dello stesso nella forma congiunta versus separata, in cui gli adolescenti seguivano parallelamente un proprio percorso individuale, si è trovata l'equivalenza dei risultati ma si è al tempo stesso potuto affermare che nei casi in cui il criticismo genitoriale risulti elevato sarebbe preferibile utilizzare la forma separata di trattamento poiché consente di ottenere, in questa circostanza, cambiamenti sintomatici più evidenti (Eisler, Dare, Hodes et al., 2000). Ancora, ponendo a confronto la forma tradizionale del modello di venti sedute, con una più breve (undici sedute in sei mesi), sono emersi risultati simili anche se il trattamento più lungo si è rivelato più efficiente nel caso della presenza di sintomi ossessivo-compulsivi in comorbidità e nelle situazioni familiari più compromesse (Lock, Agras, Bryson e Kraemer, 2005). Altre prove cliniche controllate hanno confrontato l'efficacia della terapia familiare congiunta, il counseling genitoriale e la terapia individuale (Russel et al., 1992, Dare & Eisler, 1995; Eisler, 1995), attestando l'efficacia della prima e contemporaneamente indicando la necessità di un counseling genitoriale come setting di coppia o di gruppo. In generale il formato multi-familiare, sia nella forma classica che in quella breve di trattamento, messa a punto anche per pazienti ospedalizzate, la "*Short-term Intensive Family Therapy*", ha rivelato la sua efficacia e utilità clinica (Gelin et al., 2015; McFarlane et al., 1997; Marzola et al., 2015). Anche il successivo modello di Robin e colleghi (1999), la "*Behavior Family System Therapy*", è stata sottoposta a prove empiriche mediante confronto con un approccio individuale ad orientamento psicodinamico (EOIT) e, pur non essendo lo studio controllato, si è rilevata la superiorità dell'approc-

cio familiare sia alla fine del trattamento che nel follow-up. Gli outcome considerati nella maggior parte di questi studi riguardano il ristabilimento del peso corporeo misurato tramite l'Indice di Massa Corporea e il ripristino di un regolare ciclo mestruale, il risultato riportato a questionari di valutazione della sintomatologia alimentare come l'Eating Disorders Inventory o l'indice alla scala di Morgan-Russell o ad altri inerenti la qualità di vita percepita e il distress psicologico. Nonostante le numerose prove empiriche ottenute, il modello Maudsley non è stato risparmiato dalle critiche. Fairburn (2005), ad esempio, ha messo in luce i limiti metodologici di alcuni degli studi condotti e su questa scia è stato proposto l'utilizzo di un approccio alternativo, il modello cognitivo-comportamentale transdiagnostico (CBT-E) di Fairburn, Cooper e Shafran (2003), valido per tutti i disturbi alimentari e per tutte le età. L'idea di poter applicare questo modello agli adolescenti è derivata dalle numerose osservazioni di efficacia della terapia cognitivo-comportamentale con gli adolescenti in ambiti differenti, dal fatto che il modello, enfatizzando l'autonomia degli adolescenti, si presta ad essere facilmente accettato da questi ingaggiandoli sin dall'inizio nel processo di cambiamento e tuttavia presta attenzione alle caratteristiche individuali, ma anche cognitive e relazionali dei giovani pazienti cui è rivolto. I genitori vengono coinvolti limitatamente, all'inizio dell'intervento come fonte di informazione e durante i primi incontri per una piccola parte del tempo per prendere accordi sulle strategie da adottare a casa e per aiutare il clinico a monitorare la situazione. Un recente studio di Dalle Grave e colleghi (2013) avrebbe effettivamente attestato la validità di questo approccio come una potenziale alternativa al modello Maudsley.

Conclusioni

In letteratura si riscontrano complessivamente ancora pochi studi riguardanti l'efficacia dei modelli di trattamento per bambini e adolescenti con disturbi alimentari, rispetto quelli validati su adulti. Il modello "Family Based Treatment" è apparso promettente per l'anoressia nervosa di recente insorgenza in età adolescenziale (Locke et al.,

2005) e tali risultati hanno fatto sì che si sviluppassero diversi adattamenti di questo, in favore di altre popolazioni cliniche. Ultimamente, si sta assistendo, infatti, alla diffusione di ricerche inerenti la sua applicazione soprattutto con adolescenti bulimici aparendo anche in quest'ambito piuttosto efficace (Le Grange e Locke, 2007; 2010), anche se, con questi, i risultati maggiori sembrano mantenuti attraverso l'intervento cognitivo-comportamentale. Nello scenario dei trattamenti per i disturbi alimentari dell'età evolutiva, non si esclude, tuttavia, la possibilità di utilizzare degli approcci più esaustivi nei confronti, indistintamente, di tutte le loro possibili manifestazioni, anche in considerazione del fatto che i disturbi sottosoglia o le forme non specificate sembrano ancora più frequenti rispetto le patologie più conclamate, in cui vi sia spazio tanto a livello individuale quanto familiare. Il modello transdiagnostico si offre, a tal riguardo, come una valida alternativa al modello Maudsley; pertanto sarebbe auspicabile eseguire degli studi in grado di individuare moderatori di risposta all'uno o all'altro trattamento (FBT versus CBT-E), per poter predire il migliore abbinamento terapeutico.

Bibliografia

- Cockell, S.J., Geller, J. and Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10 (5), pp. 359-375.
- Dare, C. and Eisler, I. (1995). Family Therapy. In *Szmukler G., Dare C. and Treasure J. (a cura di), Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, Wiley, Chichester (U.K.), pp. 334-49.
- Eisler, I. (1995). Family Models of Eating Disorders. In *Smukler G, Dare C., Treasure J. (a cura di), Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Wiley, Chichester (U.K.), pp. 155-76.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., Le Grange, D. (2000). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of two Family Interventions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (6), pp. 127-36.
- Fairburn, C.G. (2005). Evidence-based treatment for anorexia nervosa. *Int. j. Eat. Disord.*, 37.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (2004). Anorexia e Bulimia. Guida pratica per genitori, insegnanti e amici.

- Positive Press*, Verona.
- Gelin, Zoe, Fuso, Silvana et al. (2015). The effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Family Process* 54: 160-172.
- Kryacou, O., Treasure, J. and Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control family. *International Journal of eating Disorders*, 41 (1), pp. 37-46.
- Le Grange, D. and Lock, J. (2007). Treating bulimia in adolescence: A family-based approach. *Guilford Press*, New York.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J. and Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa and related disorders. *Am. J. Psychiatry*, 164 (4) pp. 591-8.
- Le Grange, D. and Lock, J. (2010). Family-based Treatment for Adolescents with Bulimia Nervosa. In C. Grilo & J. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 150-174, *Guilford Press*, New York.
- Lock, J. (2010). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current opinion in Psychiatry*, 24, pp. 274-279.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Moys, A., Bryson, S.W. and Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67 (10) pp. 1025-32.
- Lock, J., Agras, WS, Bryson, S. and Kraemer, H.C. (2005). A comparison of short- and long term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44 (7) pp. 632-9.
- Marzola, E., Knatz, S., Murray, SB., Rockwell, R., Boutelle, K., Eisler, I. and Kaye, W.H. (2015). Short-term Intensive Family Therapy for Adolescent Eating Disorders: 30-Month Outcome. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 23, pp. 210-218.
- McFarlane, W.R., Lukens, E. et al. (1995). Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of schizophrenia. *Arch. Of Gen. Psych.*, 52 (8), pp. 1031-38.
- Ministero della Salute (2013). Appropriatazza clinica, strutturale e operative nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute*, 17/22.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L. et al. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. *Harvard University Press*, Cambridge (Mass.).
- National Institute for Clinical Excellence, (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. *National Institute for Clinical Excellence*, London
- Robin, A.L., Siegel, P.T. et al. (1994) - Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 15 (2), pp. 111-6.
- Robin, A.L., Gilroy, M. and Baker, Dennis A. (1998). Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. Vol. 18 No4, pp. 421-446.
- Robin, A.L. (2003). Behavioral Family System Therapy for adolescents with anorexia nervosa. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. *Guilford Press*, New York, pp. 358-73.
- Robin, A.L., Siegel, P.T. et al. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, pp. 1482-89.
- Russel, G.M.F., Szmukler, G.I., Dare, C. and Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44 (12) pp. 1047-56.
- Russel, G.M.F., Dare, C., Eisler, I. and Le Grange, D. (1992). Controlled Trials of family Treatments in Anorexia Nervosa. In *Halmi H.A. (a cura di), Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press*, Washington D.C., pp. 237-62.
- Santonastaso, P., Saccon, D. & Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study. *Eat. Weight Disord.* Mar. 2 (1) pp. 44-8.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. *Chaucer*, Oxford England; -Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M & Sorrentino A.M. (1989) Family games: General models of psychotic process in the family (*V. Kleiber, Trans.*), *Norton*, New York.
- Treasure, J., Sepulveda, A.R., et al. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 15 (1), pp. 24-34.
- Treasure, J. et al. (2015). Collaborative care: The New Maudsley Model. *Eating Disorders*, 23, pp. 366-376.

Organizzazione e rischi psicosociali: le parole di una dipendente di una multinazionale

Marina Caravella

Dir. Psicologa SPESAL ASL FG Psicoterapeuta

Analista Transazionale Didatta e Supervisore Certificato in Europa

“La sostanza (se c’è) vuole essere quella di un apologo sul potere nel mondo, sul potere che sempre più digrada nella impenetrabile forma di una concatenazione”

Leonardo Sciascia, *Il Contesto*

“La strutturazione gerarchica dei rapporti sociali fondati sul privilegio si basa su un meccanismo psicologico perverso e diffusivo che corrompe gli spiriti e li induce a innaturali alleanze. Il privilegio, anche il più piccolo, finisce per riconoscersi nel privilegio, anche il più grande, e a fare così sistema”

Gustavo Zagrebelsky,

Contro la dittatura del presente

Riassunto

In questo articolo viene proposta una lettura dei rischi psicosociali (stress lavoro - correlato (work - related stress) e mobbing evidenziando in particolare la rilevanza delle gerarchie esecutive nel determinare sofferenza della relazione tra individuo e organizzazione. Sostenuta dalle riflessioni di Elliott Jaques e Otto Kernberg l'autrice afferma che la mancanza di coerenza tra gli obiettivi di un'organizzazione e la sua struttura gestionale costituisca il vero e proprio fattore di rischio da considerare in una metodologia di valutazione. Le parole di una lavoratrice daranno al lettore una rappresentazione concreta degli effetti di ciò che viene chiamata costrittività organizzativa.

Parole chiave: organizzazione, costrittività, rischi psicosociali, sicurezza.

L'azienda si può definire una organizzazione, cioè un sistema di strutture relazionali, di norme e di ruoli. Tutte le organizzazioni, indipendentemente dalla loro ampiezza, obbligano i singoli individui ad adattarsi alla strutturazione gerarchica e funzionale con elementi di rinuncia individuale in favore di elementi di utilità collettiva.

Le costrittività¹ sono dunque insite nell'organizzazione stessa e servono, quando sono coerenti con il fine dichiarato (compito primario) di un'azienda, a garantire, attraverso la riduzione della libertà e della discrezionalità individuale, la sua sopravvivenza.

Oggi, più che mai, nonostante esista una vasta letteratura in merito all'argomento trattato in questo lavoro, vi è l'esigenza di conoscere la vera natura dell'organizzazione e di come possa essere gestita. Per fare questo, va ridefinito con chiarezza proprio il termine organizzazione e diagnosticato il processo che produce una degenerazione dei vincoli necessari alla realizzazione del compito primario di un'azienda. Al fine di attuare una reale valutazione e prevenzione delle cause che producono patologie da stress lavoro correlato è necessario adottare una visione sistemica delle organiz-

¹ La Circolare n° 71 del 17/12/2003 dell'INAIL, che definisce le modalità di trattazione delle pratiche di riconoscimento di Malattia Professionale in caso di disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro, rappresenta una svolta importante nel percorso dell'inquadramento come malattia professionale dei disturbi psichici compresi quelli generati dal cosiddetto "mobbing strategico". Nella azioni di mobbing possiamo individuare due aspetti distinti: le azioni intimidatorie, vessatorie, discriminative interpersonali e le azioni identificabili come "costrittività organizzativa". Nel primo gruppo rientrano azioni che riguardano comportamenti personali e relazioni interpersonali. Nel secondo gruppo ricadono invece tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto i cui elementi essenziali riguardano: "LA SOTTRAZIONE DI COMPITI LAVORATIVI ADEGUATI, L'INADEGUATEZZA DEGLI STRUMENTI DI LAVORO, L'ATTRIBUZIONE DI CARICHI ECCESSIVI, LE DISTORSIONI SUL PIANO DELLE COMUNICAZIONI INTERNE E LE FORME DI IPERCONTROLLO".

zazioni, in cui l'individuo, il gruppo e l'istituzione sono visti come un continuum di sistemi aperti.

Espliciterò pertanto la natura dell'organizzazione ed esporrò in sintesi quali sono le principali fonti che rappresentano gli ostacoli all'esecuzione del compito primario (produrre, curare, formare, vendere) e all'autorealizzazione degli individui. Ostacoli che influiscono, come leggeremo in una testimonianza di una lavoratrice, sulla salute svuotando di significato l'attuale normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.



L'organizzazione: gerarchia esecutiva

Elliott Jaques, partendo dai riferimenti teorici di Freud, Klein, Bion e Lewin, per poter prendere in considerazione la natura delle organizzazioni in cui gli individui sono occupati, propone di usare l'espressione "gerarchie esecutive" invece dei termini più vaghi di *struttura organizzativa*, *azienda* o *organizzazione* e le concepisce come una "comunità globale" sempre tendente a ricercare il proprio equilibrio in un continuo processo di cambiamento. Tale processo di cambiamento è dovuto sia allo scambio ineludibile con il contesto esterno, sia alle forze interne attivate quotidianamente nel perseguire un equilibrio tra esigenze interne e cultura organizzativa. La sua socioanalisi organizzativa si pone a quattro livelli: il livello dichiarato; il livello del presunto; il livello dell'effettivo e il livello del richiesto o auspicabile.

All'interno delle gerarchie esecutive, egli distingue due tipi di organizzazioni, le organizzazioni adeguate (*requisite organization*) e le organizzazioni paranogene. Le prime sono da lui definite strutturalmente sane poiché l'autorità formale coincide con l'effettiva presa in carico del livello di responsabilità, l'organizzazione ha una giusta dotazione di persone per realizzare gli obiettivi dichiarati e presenta soprattutto una struttura gestionale funzionale capace di stabilire relazioni di fiducia. Le seconde rendono impossibili le relazioni di rassicurazione e di fiducia fra gli individui e le costringono in forme di comportamenti disfunzionali.

Le costrittività, pertanto, sono la conseguenza della mancanza di struttura gestionale sana che è la principale causa del cedimento nella direzione o della sua carenza per difetto di adeguatezza nel leader e nelle posizioni chiave amministrative.

Ad esempio, "una direzione carente può derivare da caratteristiche personali nelle posizioni amministrative chiave. Ad ogni modo, le rotture nel funzionamento dell'organizzazione, con le sue conseguenti regressioni nei processi gruppalì dell'insieme dell'organizzazione, sembrano dipendere in partenza dalla personalità dei dirigenti chiave. Solo una prudente analisi dell'organizzazione permette di tener conto del caso in cui la patologia personale del dirigente è effettivamente responsabile della rottura relativa all'organizzazione rispetto a quelli in cui essa è solo una presentazione sintomatica che riflette la regressione nella direzione, effetto secondario della rottura istituzionale piuttosto che causa," (Kernberg, 1998 p. 94). In sostanza, le costrittività organizzative rappresentano il sintomo di una disfunzione della direzione politica e strategica, in cui l'inadeguatezza del leader è solo

un effetto secondario.

Queste disfunzioni nella direzione, insieme alla riduzione delle risorse (in tempi di restrizioni di bilancio aumenta la competizione in una lotta in funzione di risorse limitate) e all'influenza di persone o gruppi che nel quadro istituzionale mirano a perseguire i propri fini e proteggere i propri interessi, producono delle rotture nel funzionamento organizzativo che non consentono il raggiungimento dei compiti primari. Quando sussistono questi elementi l'organizzazione può presentare un continuum di evoluzioni patologiche fino a forme di antisocialità che si sviluppano in particolare quando l'autorità è definita come l'esercizio di un potere all'interno di un quadro istituzionale che è parte di un processo politico che non ha più alcun legame con i compiti istituzionali.

Il cedimento nella direzione dell'organizzazione può essere dunque causa rilevante di rottura nell'esecuzione dei compiti e degli obblighi che ne derivano oltre che influire sulla salute dei lavoratori in una spirale discendente che disturba il funzionamento individuale facendo funzionare ancora peggio l'istituzione.

L'evoluzione verso un funzionamento regressivo organizzativo e dei gruppi di lavoro si instaura inoltre quando la mission culturale contestuale è influenzata, da ciò che Giuliano Bussotti e Serena Moriondo (2010) definiscono *condizionamento del fattore interesse, sul fattore sentimento*. Condizionamento costruito (mobbing) per mezzo di attacchi ad individui o gruppi all'interno delle gerarchie esecutive che vanno oltre la liceità per il mancato riconoscimento dei diritti e della dignità altrui. Diritti e dignità di cui, in realtà, la dirigenza dovrebbe essere garante, a partire dalla espressa previsione di specifici obblighi di prevenzione dei datori di lavoro sanciti ad opera del d. lgs. 81/2008 (Testo Unico) che, non solo, rimanda ad una nozione di salute intesa in senso olistico (*“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non consistente nella sola assenza di malattia o di infermità”*) ma soprattutto delinea la tutela del lavoratore nella relazione con l'organizzazione.

Valutazione dei rischi da costrittività organizzativa: il Testo Unico

L'organizzazione diventa, all'interno del quadro normativo attuale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, l'elemento chiave attorno a cui ruota tutta la nuova filosofia della prevenzione e della metodologia di valutazione proposta per ridurre i rischi psicosociali.

La prevenzione e la valutazione dei rischi organizzativi sono diventate infatti un obbligo (d. lgs. 81/2008, art. 28), insieme agli altri rischi, per tutte le aziende dal dicembre 2010, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo del 8 Ottobre 2004. Infatti, la priorità nella valutazione è data alle condizioni organizzative che possono dar luogo a situazioni di costante tensione dell'organismo che è costretto a mettere in atto meccanismi di difesa per far fronte alla domanda lavorativa.

L'approccio delineato dal Testo Unico punta sull'analisi degli indicatori oggettivi ed ha dei vantaggi che vanno oltre il semplice adempimento dell'art. 28, tra cui, una maggiore conoscenza dei processi per individuare le azioni necessarie e significative al miglioramento continuo delle prassi operative e dell'organizzazione.

La Commissione Consultiva ha stabilito (18 Novembre 2010) i requisiti d'obbligo minimi del processo valutativo da attuare ed il Coordinamento delle Regioni, all'inizio del 2012, ha fornito le linee guida, sulla base delle quali gli Organi di Vigilanza verificano la conformità alle norme sui rischi fatta dalle aziende².

I fattori di rischio sono quegli aspetti relativi alla natura ed al contenuto del lavoro, nonché al contesto lavorativo che possono produrre stress con esiti, a lungo termine, di patologie fisiche, psicologiche e sociali.

La valutazione dello stress lavoro correlato richiede pertanto di individuare i fattori di rischio

² Per molte aziende la valutazione delle cause di stress lavoro-correlato resta ancora solo un doveroso aggravio di controllo manutentivo e per il piccolo medio imprenditore, se viene effettuata, essa si riduce ad una mera generazione di costo.

psicosociale (gli stressor = potenziali generatori di stress) che possono attivare reazioni psicofisiche da stress (gli strain = tensioni) nei lavoratori per limitarne gli effetti, adottando soluzioni preventive o misure correttive. Dopo la fase di valutazione preliminare (obbligatoria), focalizzata sui cosiddetti aspetti oggettivi può seguire la valutazione approfondita, basata sulle percezioni soggettive dei lavoratori, in caso di rilevazione di rischio medio o rilevante.

All'interno di questa visione lodevole ed ambiziosa, in cui viene riconosciuta l'attenzione al capitale umano, è in corso l'ottimizzazione di un iter metodologico³, sviluppato nell'ambito della Campagna Europea "Insieme per la prevenzione e gestione dello stress lavoro-correlato", condotto da sedici regioni italiane, compresa la Puglia, in collaborazione con INAIL e sponsorizzato dal Centro di Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

La valutazione dello stress lavoro correlato, concepita dall'iter metodologico⁴, dovrebbe per-

mettere al datore di lavoro, attraverso il coinvolgimento attivo di tutte le figure della prevenzione presenti in azienda, di gestirne il rischio in maniera integrata, al pari di tutti gli altri rischi previsti dalla vigente normativa. Ma è così?

Le parole di una dipendente di un multinazionale

Fra le varie storie che ascolto ho scelto quella di una donna il cui racconto è stato modificato per non consentirne l'identificazione, nelle sue parole tuttavia, leggiamo gli effetti del *condizionamento del fattore interesse, sul fattore sentimento attuato* all'interno delle gerarchie esecutive in occasione di una ristrutturazione aziendale.

Nella mia vita ho superato gli ostacoli con grande energia. In famiglia, pur vivendo confronti, ho potuto sempre contare su qualcuno e sono cresciuta con un profondo senso del rispetto. Nel lavoro sono leale con i miei colleghi, provando a chiarire quelle situazioni che possono compromettere i rapporti. Sono in grado di riconoscere i miei errori, perché credo si possa migliorare se stessi e penso che mettersi in dubbio qualche volta non guasti. La presunzione e l'aggressività gratuita non hanno mai provocato in me la voglia di vendicarmi, piuttosto ho lasciato andare. Tuttavia, a volte ho avuto la sensazione di non avere la risposta pronta nei confronti di quelle persone che provocano pur di ritrovarsi nella ragione. Da qualche tempo, l'azienda ci ha consegnato un tablet come nuovo strumento di lavoro. In un primo momento ho pensato fosse giusto ed opportuno allinearci con la richiesta che, come ci hanno spiegato, diventa un obiettivo e quindi, ci hanno detto,

³ Consiste nella rilevazione, nelle aziende, di indicatori di rischio da stress lavoro correlato oggettivi e verificabili, appartenenti a tre aree distinte: 1) eventi sentinella; 2) fattori di contenuto del lavoro; 3) fattori di contesto del lavoro. Il "percorso metodologico", individuato dalla Commissione Consultiva, prevede il coinvolgimento dei lavoratori e/o degli RLS/RLST e la "collaborazione" del MC e del RSPP (art. 29 c. 1 del D.Lgs. 81/08.)

⁴ Personalmente ritengo che siano presenti delle criticità nel test di valutazione dell'iter metodologico proposto attualmente che potrebbero avere delle conseguenze sulla vigilanza e sulla prevenzione dello stress lavoro correlato, peraltro, già segnalate al Referente Regionale. Nello specifico: a) gli eventi sentinella rilevano lo stress già prodotto (passato); b) mentre contesto e contenuto rilevano il potenziale di stress (presente) insito nell'Azienda. Pertanto, andrebbero disaggregati i punteggi (ora sommati globalmente) relativi alle tre aree e, ancora, andrebbero differenziati i tempi di rilevazione utilizzando prima le aree contesto e contenuto ed in un secondo momento gli eventi sentinella. Il questionario anteposando gli eventi sentinella potrebbe inficiare le risposte nelle altre due aree. Se il test, non si può fare in tempi diversi, andrebbe almeno ripensato l'ordine delle tre aree in questa successione: 1- Con-

testo; 2 - Contenuto; 3 - Eventi Sentinella. Il test, in conclusione, sembra che presenti dei problemi sia dal punto di vista logico che statistico, infatti, non sembra opportuno sommare causa ed effetti e bisognerebbe in aggiunta evidenziare una correlazione tra cause ed effetti per poter valutare le variazioni nelle tre aree. La semplice somma globale degli indicatori altresì, nella mia esperienza su gruppi di aziende di diversa ampiezza del territorio foggiano, diluisce il range di rischio registrato, ad esempio, negli eventi sentinella.

da quel momento saremmo stati osservati in relazione al suo uso ed ai risultati, anche attraverso un report che ognuno di noi avrebbe dovuto stilare a fine giornata. Il controllo, in realtà, è già cominciato da tempo. Ho già ricevuto alcune telefonate da clienti che mi hanno riferito di essere stati contattati e di aver dovuto rispondere a specifiche domande sui servizi prestati e sull'ultima consulenza. Qualcuno di loro pensava che le domande fossero relative alla valutazione del loro grado di fidelizzazione e che il motivo della telefonata fosse il monitoraggio della possibile concorrenza da parte di altre aziende. Lo pensavo anch'io. In questi anni, ho sempre accolto con buona volontà i cambiamenti nell'organizzazione aziendale e, per poter svolgere al meglio il mio lavoro, ho modificato tanto nella mia di organizzazione personale, considerando che questo modo di vivere fosse la normalità. Poi, improvvisamente, mi sono resa conto che qualcosa stava cambiando. Ho cominciato ad avvertire una stanchezza che non mi sembrava di poter più recuperare. Spesso la sera avevo timore di essere sola e mi capitava di fare cose insolite, come assicurarmi di avere il cellulare a portata di mano in caso di bisogno. Un venerdì, rientrando dal lavoro, avevo accumulato così tanta tensione da non riuscire più a guidare, avevo il battito cardiaco accelerato e sentivo una forte pressione sulla testa. Il lunedì sono andata al lavoro e la sera rientrando ho avuto annebbiamento della vista, ronzio nelle orecchie ed il terrore paralizzante di sentirmi male. Non sono una persona ansiosa o debole, ma quel malessere mi ha veramente spaventata. Da allora i miei problemi di ansia non mi danno più tregua, non dormo la notte e non riesco più ad entrare in ufficio. Ogni volta che ci provo avverto conati di vomito e tachicardia. Ho preso coscienza che nello stato in cui sono non mi resta alcuna possibilità di provare a far finta di niente e ad andare avanti. Ho anticipato all'azienda un certificato medico, dopo un'ora e quaranta minuti circa ho ricevuto una contestazione disciplinare relativa ai miei dati di vendita, che sulla carta non dovrebbero permettere né direttamente né indirettamente azioni di controllo sull'attività

lavorativa o riflessi sul piano valutativo. La mia vita è cambiata a tal punto che mi sento prigioniera di sensazioni che all'inizio ero sicura di riuscire a gestire. Riesco a stare serena solo se sono a casa, se mi capita di essere in luoghi affollati comincio ad avere l'impressione di soffocare. Sono stata tentata di dimettermi prima di conoscere l'esito della procedura di licenziamento collettivo, però il pensiero di restare senza lavoro mi getta ancora di più nel panico. Mi accorgo che nel giro di pochi mesi mi sono trasformata in un'altra persona, ma avverto anche la volontà di dare una svolta a questa situazione, lo devo a me stessa.

Dalle parole lette emerge un contrasto tra ciò che prevede il Testo Unico sulla sicurezza e la storia lavorativa raccontata.

L'impedimento degli adempimenti sulla sicurezza nelle organizzazioni sembra peraltro rafforzato dalle procedure dei licenziamenti collettivi, legittimati dalla riforma varata a luglio del 2012 e dalla richiesta di flessibilità del mercato del lavoro.

La moltiplicazione dei lavori flessibili, infatti, non solo, sta producendo nuove costrittività sociali, ma costituisce il terreno fertile per un attacco alle forme base di sicurezza economica e sociale (*sicurezza dell'occupazione, sicurezza professionale, sicurezza nei luoghi di lavoro, sicurezza del reddito, sicurezza di rappresentanza, sicurezza previdenziale*) che dovrebbero essere garantite a tutti i lavoratori, tutele che l'Organizzazione Internazionale del lavoro ha delineato nel 1999 a Ginevra in un rapporto che s'intitola appunto "*Pour un travail decent*" (Gallino, 2014).

La sicurezza nei luoghi di lavoro è dunque compromessa: alla violenza della vecchia catena fordista si è sostituita la violenza psicologica causata dall'evoluzione paranoica nelle istituzioni che deriva, in ultima analisi, dal mancato riconoscimento del diritto di lavorare al pieno delle proprie capacità e competenze; il diritto di ricorso contro il giudizio dei superiori; il diritto di partecipare all'elaborazione delle politiche ed il diritto ad un'equa retribuzione. Diritti di per sé proclamati, a gran voce, ma messi da parte nelle realtà

istituzionali quando risultano, nella migliore delle ipotesi, antieconomici.

Conclusione

L'attuale visione manageriale del lavoro invece di rafforzare i processi mentali normali degli individui e dei gruppi, contribuisce, negando il bisogno di sicurezza, a rafforzare i meccanismi psicopatologici che conducono alla violenza. *“La difficoltà delle nostre gerarchie esecutive ha fatto sì che si guadagnassero una pessima reputazione. In effetti si sono comportate in maniera autocratica, a causa dell'assenza dell'organizzazione auspicabile⁵. E perciò comprensibile che gli studiosi e coloro che si occupano di benessere e assistenza abbiano adottato un atteggiamento di rifiuto. Ma questi atteggiamenti negativi colpiscono da lontano il bersaglio.”* (Jaques, 1990, pp. 30-31).

Attualmente, il nuovo management, non solo, ha un approccio riduttivo alle organizzazioni, nel senso che ha la tendenza a vederle come separate sia al loro interno che tra di loro ed in rapporto al territorio in cui sono inserite, ma, mette in atto un'estensione del dominio della manipolazione attraverso richieste paradossali quali: risultati lavorativi e flessibilità, autonomia e conformità alla cultura aziendale. Per di più, *“con il pretesto di mettere l'uomo al centro e di favorirne la realizzazione i nuovi manager -come scrive Michela Marzano- reclamano un impegno incondizionato dai loro dipendenti. Con la scusa di voler costruire un'impresa dal volto umano che favorisca la creatività stanno trasformando il «saper essere» in quella spada di Damocle che è la valutazione*

dei lavoratori. Grazie a una ormai collaudata retorica, riescono progressivamente a condizionare anche i loro spazi interiori” (2014, p. 167) come è accaduto alla lavoratrice della multinazionale.

Non possiamo permettere che tutto ciò continui ad essere una pratica del sociale che, in tempi rapidissimi, si è trasformata in un'ideologia della società.

Nello studio delle organizzazioni lavorative non si riconosce ancora sufficientemente che nel loro insieme esse costituiscono, un'area intermedia importante che influenza l'intera società, infatti, *“il modo in cui vengono trattate sul lavoro le persone ha un profondo effetto sul loro atteggiamento nei riguardi della società ... e sulla forma stessa della società”* (Jaques, op. cit, p. 15).

L'*homo hierarchicus* odierno, che popola le nostre gerarchie esecutive, è facilmente riconoscibile in coloro che passano la propria esistenza come scalatori dei giri del potere.

Bibliografia

- Bussotti, G., Moriondo, S., (2010), *Valutazione del mobbing. Manuale per la gestione del rischio dei lavoratori e delle lavoratrici*, Ediesse, Roma
- Galbraith, J.R., (2001). *Designing organizations an Executive Guide to Strategy, Structure and Process* San Francisco: Jossey Bass.
- Gallino, L., (2014) *Vite rinviate. Lo scandalo del lavoro precario*, Editori Laterza, Roma - Bari
- INAIL (2011) *Valutazione e gestione del rischio da Stress Lavoro-Correlato*, Tipolitografia INAIL, Milano
- Jaques, E., (1978) *Lavoro, creatività e giustizia sociale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- Kaës, R., Pinel, J.P., Kernberg, O., Correale, A., Diet, E., Duez, B., (1996). *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*, Borla, Roma, 1998.
- Marzano, M., (2014) *Estensione del dominio della manipolazione. Dall'Azienda alla vita privata*, Milano, Mondadori
- Rossi, E. S., (2012), *Follia nelle organizzazioni e organizzazioni folli*, Giornate IAT, Da Prometeo alle Baccanti *Tra Tecnologia e Risveglio della Coscienza*, Siracusa
- Sciascia, L., (1994) *Il Contesto*, Gli Adelphi, Milano
- Zagrebel'sky, G., (2014) *Contro la dittatura del presente. Perché è necessario un discorso sui fini*, Editori Laterza, Roma - Bari.

⁵ Esiste una relazione dimostrata da ricerche tra soluzioni organizzative intese come insieme di strutture e processi, pratiche di gestione del personale e comportamenti, e risultati organizzativi (Galbraith 2002). Le configurazioni organizzative virtuose presentano: la “burocrazia efficace” e la “democrazia flessibile”. “La burocrazia efficace” è caratterizzata dalla chiarezza di formalizzazione di regole e compiti, dalla utilità percepita in relazione a questi. La “democrazia flessibile” è caratterizzata da una struttura orizzontale, da sistemi di gestione delle persone orientati allo sviluppo, da uno stile di leadership orizzontale (Rossi, 2012).

Disturbo narcisistico di personalità: correlati clinici e relazionali

Mariagiada Angiolelli

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica presso Università degli Studi di Bari (abilitazione conseguita)

Riassunto

In un'epoca individualista e narcisistica come la nostra, in cui viviamo costantemente alla ricerca spasmodica della perfezione, dell'amore ideale, della nostra immagine ineccepibile, un'epoca dedita all'apparire e all'esteriorità che infanga sempre più il nostro vero Io, è quasi impossibile riuscire a distinguere il vero disturbo narcisistico di personalità da ciò che sta diventando sempre più uno stile di vita per molta gente.

L'obiettivo di questo contributo è quello di imparare a distinguere un atteggiamento per così dire "moderno" da ciò che è realmente una patologia a cui prestare attenzione puntando in particolar modo alla qualità delle relazioni che hanno provocato in qualche modo tale comportamento e come queste abbiano influito sulle relazioni a seguire.

L'obiettivo è dunque quello di sensibilizzare, capendo i processi e i significati profondi che sono alla base del narcisismo cercando di avviare un atteggiamento empatico che parta da noi professionisti ma anche familiari, amici e colleghi nei confronti di chi soffre di questo disturbo cercando così di avviare eventualmente un cambiamento della loro situazione.

Parole chiave: *narcisismo, relazioni patologiche, svalorizzazione ed epoca individualista.*

Introduzione

Molti studiosi si sono interessati a questo disturbo ricercando le cause in una carenza di vero amore e accettazione incondizionata nell'infanzia, osservando questo fenomeno a posteriori, ovvero osservando le relazioni sentimentali spesso turbolente e prive di empatia di queste persone nella loro vita adulta.

Esiste dunque un modo per aiutare queste persone a ritrovare un vero e autentico amore di sé che non si esaurisca nell'investimento totale sulla propria fasulla grandiosità? Esiste un modo per aiutarli a scoprire dentro di sé le risorse per amare davvero se stessi e gli altri in un rapporto autentico ed empatico? Oltre alla terapia psicoterapeutica e psichiatrica che molto spesso può avere dei

risvolti positivi perché è proprio quella persona ad aver deciso di cambiare, esiste un modo per stare vicino a una persona narcisista che non metta in atto le modalità già scelte in passato ma che avvii ad un cambiamento e a un miglioramento della propria e altrui condizione?

Gli studi sul disturbo narcisistico di personalità traggono origine dal Mito di Narciso (Ovidio, 3-8 d. C.). Secondo quanto afferma Freud in "introduzione al narcisismo" (1914, p.443) è infatti opinione ormai condivisa dalla gran parte della comunità scientifica e letterale che il mito trasmetta agli uomini una sua verità, esso tenta di fornire un'interpretazione della realtà, ed ancora oggi di fornire informazioni interessanti, che permettono di sostenere percorsi di pensiero sulla personalità dell'uomo.

Il Mito di Narciso introduce infatti delle metafore, che diventano una spiegazione di un intenso turbamento dell'animo che trova il suo esserci solo attraverso il volto-Maschera dell'Altro, che in questo caso è il doppio, cioè la parte scissa di colui che si riflette.

Si narra che Narciso fosse figlio della ninfa Liriope, che un giorno il dio del fiume Cefiso aveva avvolto nelle spire delle sue acque e violata. Il veggente cieco Tiresia predisse a Liriope che Narciso sarebbe vissuto fino a tarda età a condizione che non avesse mai conosciuto se stesso. Narciso era bellissimo e già all'età di sedici anni aveva alle spalle amanti respinti di entrambi i sessi in quanto era molto geloso della sua bellezza.

Tra i suoi spasimanti c'era la ninfa Eco, la quale non poteva più usare la sua voce, se non per ripetere le ultime parole dette da qualcun altro. Eco respinta, rifiutata e disprezzata da Narciso trascorse il resto della sua vita seguendo nascostamente il suo amato, consumandosi lentamente d'amore e di tristezza finché di lei non rimase che la voce.

Qualcun altro dei pretendenti respinti da Narciso, invocò su di lui la punizione di Nemisi, fu

così infatti che vagando nelle foreste capitò nei pressi di una fonte, così incontaminata e fitta da non permettere nemmeno ai raggi del sole di poter penetrare. Accostandosi alle acque per poter dissetarsi, vide la sua immagine e se ne innamorò perdutamente, cercò prima disperatamente di poter abbracciare quel bellissimo fanciullo quando poi si rese conto che era il suo riflesso rimase a contemplarlo struggendosi di dolore ed emettendo lamenti e sospiri cui rispondeva solo la ninfa Eco nascosta nella boscaglia.

Li lo trovarono morto le ninfe Naiadi e Driadi di deperimento, che non fecero in tempo a predisporgli gli onori funebri poiché si trasformò nel fiore che porta il suo nome.

Dal mito di Narciso possiamo dunque individuare ciò che caratterizza questo disturbo; Eco ad esempio si pone come personaggio simbiotico che a causa della sua mancanza cerca di attuare con l'Altro un rapporto simbiotico che soddisfi e nutra la sua parte negata, in questo modo può infatti contribuire alla già fragile identità di Narciso, in quanto il suo comportamento tentacolare, ricorda la madre coccodrillo da cui Narciso deve salvarsi.

Eco rappresenta la figura femminile che propone la simbiosi e l'incapacità alla separazione, colei che può staccarsi solo facendo a pezzi l'oggetto desiderato, ed è questa dinamica che potrebbe angosciare ancora di più Narciso che ha già dentro di sé difficoltà a rapportarsi con l'Altro. Per quanto restio e solitario Narciso cerca di conoscere Eco, ma fugge dopo il suo abbraccio soffocante.

In questo tipo di relazioni simbiotiche si struttura così un copione di vita ripetitivo, che se non viene interrotto da un colpo di scena porta la persona a vivere una vita di dipendenza con l'Altro. La punizione di Narciso è di non poter mai abbracciare chi ama, costretto così alla solitudine e obbligato ad innamorarsi dell'immagine di se stesso che vede riflessa nel fiume, che non è immagine del suo vero sé bensì della sua maschera che rappresenta l'unica possibilità al suo esserci.

Narcisismo e Disturbo narcisistico di personalità

Dal mito di Narciso si genera il concetto di Narcisista a definire tutte quelle persone in un certo senso innamorate di sé stesse, e poco attente

agli altri.

È vero che i narcisisti sembrano avere una scarsa considerazione nei confronti di altre persone, ma è anche vero che, paradossalmente, queste persone sono completamente incapaci di provare amore per sé e di conseguenza per chiunque.

Attualmente c'è un uso discriminato del termine "Narcisismo", si parla infatti di difese narcisistiche, ferita narcisistica, trauma narcisistico, disturbo narcisistico di personalità, che ne fa perdere ogni specificità fino ad arrivare, nell'uso clinico, a ridurre questa complessità alla semplicistica dizione di narcisismo sano o patologico, il che in realtà poco ci dice della reale condizione psicopatologica del soggetto, ma ancora meno sulla reale natura del narcisismo. Il narcisismo si configura come un aspetto talmente sostanziale all'interno della personalità da non poter essere ignorato né represso, essendo portatore di un enorme potenziale creativo. Si tratta di un'affermazione fondamentale perché sottolinea la centralità della dimensione narcisistica nella dinamica psichica ed esistenziale dell'individuo (Kohut, 1971).

Il narcisismo è un elemento determinante ed ineliminabile nello sviluppo della personalità, in quanto consente la formazione e il mantenimento di un'identità unica e inconfondibile.

Esiste quindi un narcisismo "sano", su cui si basano caratteristiche come l'autostima e l'autoaffermazione, oltre che rappresentare una normale fase di sviluppo, in cui attraverso la funzione idealizzante e rispecchiante dei genitori, il bambino crea un sano senso di sé e del proprio valore, percependosi come degno di amore, valore e attenzione. Soprattutto durante la fase adolescenziale si assiste a una fase narcisistica che è funzionale alla creazione dell'identità individuale.

D'altra parte però, quando il normale processo dello sviluppo di un sano narcisismo, trova degli ostacoli, il soggetto può subire una ferita narcisistica che può avere risvolti patologici.

A rendere più difficile la distinzione tra narcisismo sano e patologico è la nostra realtà culturale, in quanto incita a valori narcisistici come il successo a tutti i costi, la cura dell'esteriorità e dell'apparenza, la competizione per potersi affermare. Ecco perché è oggi così difficile distinguere quali aspetti indicano un disturbo e quali siano solo un adattamento culturale.



Una delle chiavi di lettura attraverso cui il narcisismo patologico si può più facilmente identificare è la qualità delle relazioni interpersonali, infatti l'individuo con un disturbo narcisistico è incapace di amare e di rappresentarsi gli altri come persone dotate di bisogni specifici. Non c'è un vero interesse per l'altro, una reale preoccupazione per i suoi sentimenti, ma vengono solo utilizzati come strumenti per gratificare i propri bisogni di ammirazione illimitata.

Un altro dei tratti distintivi del disturbo narcisistico è l'invidia, che conduce alla ruminazione fino a condurre all'ira, l'individuo narcisista è incapace di misurare un valore per quello che è, ma lo espone sempre a un paragone tra superiorità e inferiorità da altri, piuttosto che accettare che l'altro possieda l'oggetto del desiderio, il narcisista preferisce distruggerlo, si unisce così la venerazione al rancore più profondo.

Un altro modo in cui viene distinto il narcisismo sano da quello patologico è parlare di Narcisismo benigno e Narcisismo maligno (Fromm, 1976). Con narcisismo benigno ci riferiamo a quello sviluppo della personalità in cui è il rapporto con la figura materna ad essere messo nuovamente in primo piano, quindi se il rapporto con tale figura è stato empaticamente valido, l'individuo avrà introiettato e fatto proprie, le porzioni positive, sicure, della figura materna, e avrà "direzione e guida" nella concretizzazione delle sue piccole o grandi mete esperienziali ed esistenziali e non si lascerà avvilito dalle sconfitte o dalle umiliazioni, in quanto avrà dentro di sé quello che Kohut chiama il "carburante istintuale" per le proprie ambizioni.

Questo narcisismo è dunque chiamato benigno

perché l'individuo ha la serena opportunità di confrontarsi con la vita reale, scoprendo i limiti delle sue capacità e adeguandosi con giusto equilibrio e senza drammi.

Quando questo confronto non avviene in modo sereno, il soggetto maturerà tratti sproporzionati e abnormi di grandiosità e di onnipotenza, in modo tale da sovrastimare patologicamente le sue realizzazioni con fantasie illimitate di successo, potere, bellezza e amore ideale.

In questo narcisismo patologico, gli esseri umani a lui vicino saranno solo strumentalizzati, saranno oggetti da sfruttare senza alcuna comunicazione empatica reale, utilizzati per ottenere qualcosa a loro utile per la sopravvivenza, ovvero ammirazione come fonte di appagamento sostitutivo dell'antico bisogno di ricevere attenzione.

Rimane comunque molto difficile riuscire a cogliere la differenza tra la patologia e il sano adattamento narcisistico, una sana dose di amor proprio, stima e rispetto di sé, non solo è normale, bensì auspicabile in ogni individuo. Non è facile identificare il punto lungo un immaginario continuum dell'amore di sé, dove il sano narcisismo si tramuta in narcisismo patologico.

Quali criteri adottare, dunque per cogliere tale distinzione? Senz'altro il criterio della valutazione della fase del ciclo di vita che un individuo attraversa è un utile indicatore, basti pensare, ad esempio, alla valutazione benigna che si prova verso un ragazzo adolescente, che passa ogni mattina un'ora allo specchio prima di uscire per rendere perfetta la propria acconciatura. Al contrario, l'opinione non favorevole che susciterebbe un uomo trentenne impegnato nella stessa operazione, forse eccessiva a quell'età. Senz'altro la società contemporanea occidentale è improntata a una cultura narcisistica, dove i mass media inducono a fare propri i valori dell'estetica, dell'immagine, dell'apparire a discapito dell'essere, della profondità e della sostanza delle cose e dove la paura dell'invecchiare e della morte sono rimosse e negate. Se, dunque, le differenze evolutive e le influenze culturali sono validi indicatori, tuttavia, le forme sane o patologiche del narciso, sono però

soprattutto identificabili andando a considerare la qualità delle relazioni oggettuali del soggetto. Infatti, nell'ambito della sfera delle relazioni interpersonali, una costante che caratterizza il soggetto affetto da narcisismo patologico è la sofferenza, il vuoto e la solitudine associate all'incapacità di amare.



Le Relazioni del Narcisista

Gli individui che presentano un disturbo narcisistico di personalità manifestano una rilevante compromissione nella vita lavorativa, sociale ed affettiva.

La vulnerabilità dell'autostima li rende notevolmente sensibili ai giudizi negativi: sebbene spesso possano non dimostrarlo esternamente, di fatto tendono a viverli come vere e proprie umiliazioni, fonte per loro di profondo avvilitamento e sconforto. Da un punto di vista relazionale, talvolta, possono reagire alle critiche con sdegno e rabbia, contrattaccando con insolenza; a volte l'esperienza della disapprovazione può condurli all'evitamento o al ritiro sociale, a partire da vissuti di inadeguatezza e vergogna.

Da un punto di vista lavorativo, sebbene l'elevata ambizione possa condurre tali individui a risultati importanti, l'intolleranza alle critiche tende a compromettere gravemente la loro performance. In questo senso, il funzionamento professionale o, più in generale, il rendimento in prestazioni può risultare piuttosto modesto, a causa della riluttanza di tali individui ad accettare il rischio in situazioni nelle quali è possibile un fallimento o una sconfitta o devono negoziare i loro scopi con

i colleghi.

La sintomatologia presentata da questi pazienti è spesso vaga e confusa, Kohut (1971) parla infatti di umore depresso, carenza di entusiasmo e di iniziativa in campo lavorativo, senso di vuoto dell'esperienza interpersonale, disagio per il proprio stato mentale e fisico e tendenze perverse. Altre volte invece il disturbo narcisistico si manifesta mediante sintomi più chiari che danneggiano altri livelli, quali: La sfera sessuale (fantasie perverse o mancanza di interesse per il sesso); la sfera sociale (inibizioni e incapacità di stabilire rapporti significativi); la sfera psicosomatica (preoccupazioni per la propria salute); i tratti di personalità manifesti (carenza del senso dell'umorismo, dell'empatia, attacchi di ira e abitudine patologica a mentire).

Kohut (1985) affermava che un tratto caratteristico di queste personalità è la rabbia narcisistica, cioè un'emozione nei confronti di un oggetto-Sé, che spinge il narcisista alla sua distruzione. È così comprensibile come la maggior parte dei "mobber" siano affetti da personalità narcisistica, poiché la rabbia narcisistica altri non è che la sensazione di una frammentazione del Sé provocata da un oltraggio all'autostima, ovvero un'offesa narcisistica.

Quando questi colpi al narcisismo, accadono nelle fasi primarie dello sviluppo, si verifica un trauma, in quanto interferiscono nello sviluppo di un Sé coeso adulto, questa offesa primaria, spesso accompagnata da sentimenti di vergogna, provoca quella che da Kohut viene chiamata "rabbia narcisistica", che consiste in una vasta gamma di esperienze che vanno dal banale fastidio che proviamo nel non ottenere risposta ad un nostro saluto, fino a terribili sconvolgimenti come il furore del catatonico o il risentimento del paranoico. I tratti caratteristici di questa potente emozione si traducono nel bisogno di vendetta e nel risarcimento di un'offesa ingiusta.

Il narcisista che comunemente in campo lavorativo assume ruolo di "mobber" (Carlucci, 2009) si distingue dal semplice buon lavoratore, per la sua sete di valutazione positiva di sé scaturita dalla competizione con gli altri. Il narcisista si crede superiore e per questo privilegiato, aspira alla fama e al successo, perciò ogni fallimento risiede nel contesto e nelle cause a lui esterne e non nelle

sue incapacità.

I narcisisti entrano in relazioni con gli altri, intessano rapporti sociali e lavorativi, col solo scopo di sedurre, perché per potersi accettare necessitano di trionfare su qualcun altro sentendosi superiori.

Quando in una qualsiasi relazione hanno la peggio, si atteggiavano a vittime solo per poter sedurre qualcun altro. Il loro mondo è diviso in bene e in male, proiettano tutto il male su qualcun altro per potersi sentire migliori.

Alla luce di tutto questo, è facile rendersi conto che si tratta di personalità che trovano le basi della loro sofferenza proprio nelle relazioni, infatti i narcisisti hanno delle serie difficoltà a stabilire qualsiasi tipo di rapporto interpersonale stabile e sincero. A causa della loro propensione a manipolare gli altri e a servirsene a proprio piacere, dopo un po' suscitano sentimenti ostili, in quanto i loro continui tentativi di imporsi e di stare al centro dell'attenzione stancano a sufficienza gli altri, tanto da costringerli a cambiare continuamente compagnie, passano continuamente da comitive ad altre, da amicizie ad altre.

Spesso durante le terapie con questi pazienti, la loro domanda è sul perché non riescano ad essere compresi nella loro grandezza dagli altri, e sul perché non riescano così a trovare persone "giuste", ricercando le cause negli altri e non nella propria inadeguatezza, difficile da comprendere perché non si guardano mai dentro.

Chi è affetto da un disturbo narcisistico di personalità, ha un dolore profondo talmente potente da condurlo ad una specie di anestesia verso tutto ciò che è emozione, sentimento e amore. La sua "incapacità di amare" viene fuori soprattutto nelle relazioni sentimentali e affettive, poiché è incapace di "empatia" e di preoccuparsi e occuparsi dell'altro, tantomeno prova reale interesse per questi e non riesce a sostenerne legami lunghi, così tende a concludere relazioni su relazioni.

Spesso il partner è funzionale al soddisfacimento dei propri bisogni, l'altro diventa l'oggetto, non d'amore, intercambiabile come un kleenex, non riuscendo per niente ad entrare in relazione, non solo non contempla che il partner possa avere delle necessità che esistono a prescindere da lui, ma non appena questo avanza delle richieste, viene immediatamente lasciato e sostituito.

Rispetto a una relazione amorosa (Willi,1987), il narcisista si trova a vivere una condizione problematica, in quanto reputa che non possa esistere un rapporto senza rinunce e sacrifici alle proprie opinioni o esigenze, non accetta che il partner possa avere opinioni diverse e vivere una propria vita al di fuori di lui, questo per il narcisista condurrebbe solamente alla distruzione della relazione.

Per il narcisista l'unione amorosa reale non è ammissibile con un'unione totale e un accordo completo, in quanto la minaccia sta proprio in questa compenetrazione, infatti molti di questi individui scelgono di rimanere scapoli, o nel caso si sposino, ne segue sicuramente un divorzio. Il narcisista odia profondamente il matrimonio, e cerca di lottare contro questa istituzione, non accetta di doversi legare a vita a una persona e spesso quando si sposa lo fa sotto spinta delle pressioni che riceve dal partner o dal contesto sociale.

Nel vissuto dei partner dei narcisisti (Brunelli, 2011), spesso si evidenziano esperienze di umiliazione, maltrattamento e svalorizzazione, in realtà si evince quanto molto assomiglino ai loro compagni, in quanto la svalorizzazione di sé cela fantasie di grandezza delle quali si vergognano e proiettano così sui loro compagni narcisisti, godendo degli obiettivi che raggiungono i partners come se fossero i propri, giunge così a una tale compenetrazione, che alla fine non si riesce a distinguere chi abbia davvero il potere sull'altro.

Queste relazioni racchiudono il profondo timore di essere divorati o usati dall'altro, ma anche un profondo bisogno di dipendenza fusionale mancata nella prima infanzia. Il bisogno di regressione a uno stadio ideale di indifferenziazione.

Schellenbaum (1988), afferma che se non siamo capaci di amare è perché non siamo stati amati, e dunque noi stessi non ci amiamo, infatti ritiene che dai nostri rapporti affettivi in età adulta è possibile dedurre in che maniera non siamo stati amati durante l'infanzia, la ferita dei non amati, di cui parla, si esprime nella dolorosa sensazione molto spesso irrealistica, di essere rifiutati anziché amati.

Osservando infatti, le strategie degli adulti che da bambini non sono stati amati nel modo giusto, possiamo constatare, che sono proprio loro a fare tutto il possibile per essere respinti, in quanto si augurano inconsciamente di essere rifiutati o di dover lottare per conquistare la loro libertà.

Il Trattamento

Il disturbo narcisistico di personalità ha adattamento cronico ed è difficile da trattare, in quanto gli affetti devono continuamente affrontare i colpi al loro narcisismo conseguenti al loro comportamento o alle esperienze di vita.

La vecchiaia è affrontata con difficoltà, poiché danno il massimo valore agli attributi della bellezza, della forza e della giovinezza, ai quali si aggrappano in modo inappropriato, pertanto possono essere più vulnerabili di altri alle crisi della mezza età. La difficoltà sta a volte proprio nel rinunciare al proprio narcisismo se si vogliono raggiungere dei progressi.

La terapia farmacologica per il trattamento del disturbo narcisistico di personalità risulta piuttosto scarsa, fatta eccezione per i casi in cui si ricorre ad essa per il trattamento della sintomatologia depressiva o ansiosa, che il più delle volte motiva la richiesta di terapia.

Per quanto riguarda la psicoterapia, troviamo anche qui delle differenze negli approcci, vi sono scuole che prediligono approcci cognitivo-comportamentali, altri integrati, altri ancora centrati sul cliente o sull'attaccamento e altri ancora sulla bioenergetica.

Come infatti affermano i tre autori dello Schema Therapy (E. Young, S. Klosko e E. Weishaar, 2003), spesso il paziente narcisista si rivolge a un terapeuta per contrastare le sensazioni di vuoto che lo assalgono, le crisi di ansia e gli stati depressivi, per questo almeno inizialmente, come supporto potrebbero essere propinati antidepressivi o ansiolitici, che risultano essere solo da supporto alla vera terapia che consiste per lo più in una psicoterapia.

Altre volte un narcisista può richiedere una terapia perché sta affrontando una crisi matrimoniale, in cui non sa se lasciare o meno il partner per qualcun altro con cui hanno una relazione. Dunque un fallimento nella vita sentimentale o professionale può portare un narcisista a maturare il bisogno di richiedere aiuto, molto spesso la richiesta di aiuto è volta alle strategie di ipercompensazione inadeguate in quel momento, in quanto sono fallite in una degli ambiti della propria vita, fuoriescono così sentimenti di umiliazione e frustrazione, così si rivolge ad un terapeuta che lo aiuti a ristabilizzare questi meccanismi di iper-

compensazione,

Come si può ben vedere è difficile la terapia con un paziente di questo tipo, perché la manipolazione è sempre a portata di mano, ma soprattutto perché non sono al soggetto stesso chiari gli obiettivi a cui aspirare, come abbiamo visto il soggetto narcisista ad esempio richiede un aiuto per ripristinare i suoi meccanismi di difesa come quello dell'ipercompensazione, che fino a quel momento gli son stati d'aiuto, ma che adesso hanno subito delle rotture, e non si rende conto che in realtà dovrebbe rinunciare a quell'eccessiva compensazione, e che il più delle volte è proprio quella non rinuncia delle vecchie strategie a provocare la sensazione di malessere. Se in un passato quella strategia può aver aiutato così tanto il paziente, forse è giunto il momento di abbandonarla, perché risulta non più opportuna e nella maggior parte delle volte può essere la causa del malessere.

Nelle regressioni, è molto difficile far riaffrontare al paziente il ricordo della solitudine, perché troppo dolorosa, molto spesso fanno fatica a ricordare, utilizzando così una massiccia resistenza a ricordi di quel tipo, diverso è invece quando si tratta di ricordare eventi passati gioiosi, ai quali si trova più facilmente accesso.

Vari stili di trattamento e approcci terapeutici si sono affacciati sul disturbo narcisistico di personalità, tutti diversi ma che convergono tutti nel dare importanza all'ascolto e alla pazienza nei confronti di un così difficile disturbo, che trae la sua origine proprio dai deficit relazionali, dunque è sulla relazione che è incentrata la guarigione, e in miglior ipotesi la relazione terapeutica.

Già nel 1951 Carl Rogers, una delle voci più originali della psicologia clinica americana, parla di "Terapia centrata sul cliente" e spiega l'importanza del rapporto che viene a crearsi tra cliente (non più chiamato paziente) e terapeuta, come di un rapporto del tutto nuovo nell'esperienza dei due soggetti, che non si deve instaurare su delle etichette e categorizzazioni, come quelle evidenziate dalle diagnosi, ma dare il via a una relazione unica perché rinforzata dall'unicità dei due individui, nei quali uno (il terapeuta) utilizza l'empatia e i suoi stessi sentimenti come riflesso per la costruzione di una relazione di aiuto. Rogers è arrivato a tale formulazione, in quanto sulla base della sua esperienza professionale e personale ha

notato che i suoi insuccessi spesso derivavano dal comportarsi in un modo che in realtà non era in linea con i suoi sentimenti di quel preciso istante, dunque è arrivato a credere che fosse opportuno utilizzare i suoi stessi sentimenti, verbalizzandoli ed esprimendoli nella sua interazione con un cliente se davvero aveva lo scopo di stabilire una relazione autentica, in quanto le relazioni autentiche tendono ad evolvere anziché rimanere statiche.

Ciò che si propone in una terapia con un paziente narcisistico non è altro che aiutarlo ad accettare quella parte di sé che nasconde a tutti gli altri e soprattutto a se stesso, quella parte che non gli permette di guardare dentro il suo dolore e la sua solitudine, né tanto meno di accettarla.

Durante un trattamento psicoterapeutico infatti, ciò a cui deve puntare un terapeuta che ha a che fare con un paziente narcisista è l'instaurare una relazione empatica col cliente, farlo sentire compreso da un lato e dall'altro aiutarlo a rompere quelle strategie di ipercompensazione e di autodistruzione con molto tatto e sensibilità.

Un altro modo di fare terapia per questo tipo di disturbo è utilizzare un approccio integrato (Giusti, 2004), in quanto si ritiene che si avvallino di migliori strategie che agiscono a livello cognitivo, emotivo, comportamentale e di gruppo, che si basa molto anche sulla teoria dell'attaccamento. Soprattutto è necessaria una terapia a lungo termine in quanto può avere benefici sulla ristrutturazione profonda della personalità (Giusti, Montanari, 2000), molto spesso le difficoltà maggiori si presentano con i clienti più gravemente disturbati, dovuto alla difficoltà a instaurare rapporti di attaccamento con lo stesso terapeuta, in altri casi invece nonostante la lunghezza dei tempi del trattamento possono verificarsi ottimi risultati.

Conclusioni

Si tratta di una delle malattie del secolo, che non viene percepita come tale, anzi molto spesso viene sottovalutata se non ostentata e non vista come un deficit fortemente invalidante, molto spesso viene addirittura incentivata dalla società, in quanto nelle società individualistiche come la nostra, il narcisismo sta assumendo un significato sfuggente e dunque seducente, conclusione forte-

mente fuorviata e fuorviante di ciò che realmente il narcisismo è. Ciò che è peggio è che seduce in gran parte i giovani, le future generazioni, e quindi non sembra che col passare degli anni il fenomeno abbia intenzione di decrescere, dato che spesso ad occhi meno esperti non viene riconosciuto come disturbo bensì come atteggiamento culturale, e come già detto questo è altamente fuorviante a occhi meno esperti. Molte sono infatti le coppie instabili che vanno formandosi e molte sono le non coppie che instaurano relazioni effimere poiché vedono nel non farsi "afferrare" un'immagine più seducente e forte di se stessi. Fare una differenza tra i due fenomeni e abbattere questa visione delle relazioni sarebbe un ottimo risultato lasciando spazio a chi davvero soffre del disturbo di personalità narcisistica che è assai invalidante, di poter prendere atto e affrontare le proprie difficoltà emotive, cognitive e comportamentali.

Bibliografia

- Brunelli, P., (2011). Trauma da Narcisismo nelle relazioni di coppia, Albedo ass. culturale.
- Carlucci, S. (2009). Mobbing e Organizzazioni di personalità, Franco Angeli, Milano.
- Freud, S. (1914). Introduzione al Narcisismo, tr. It. Boringhieri, Torino, 1989.
- Fromm, E. (1976). Psicoanalisi dell'Amore, Newton Compton, Milano, 1988, p.77-78.
- Giusti, E., (2004). Psicoterapie integrate: piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine, Masson, Milano.
- Giusti, E., Montanari, C., (2000). Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e vittime di traumi, Sovera Edizioni, Roma.
- Kohut, H. (1971). Narcisismo e analisi del sè, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Kohut, H. (1985). Potere, coraggio e narcisismo, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1986.
- Nasone Publio Ovidio (3-8 d.C.) 1984. Metamorfosi, libro III, trad. it F. Bernini, Zanichelli, Bologna.
- Rogers, C.R. (1951). La terapia centrata sul cliente, Psycho di G. Martinelli, Firenze, 1994.
- Schellenbaum, P. (1988). La ferita dei non amati, Red Edizioni, Milano, 2002.
- Willi, J., (1987). Collusione di coppia, Franco Angeli, Milano.

Siti consultati

- www.benessere.com
www.centropsiche.it
www.crescita-personale.it
www.menteviva-eu.com
www.wikipedia.org

Diritto penale, psicologia, riabilitazione.

Un commento alla sentenza n. 266 del 20/09/2016 del Tribunale di Roma in composizione monocratica.

Maira Casulli*, Emanuela Soleti**, Antonio Calamo-Specchia***

*Maira Casulli, avvocatessa penalista, Foro di Bari

**Emanuela Soleti, ph.D, psicologa-psicoterapeuta, Consigliere Ordine Psicologi Puglia

***Antonio Calamo-Specchia, psicologo, Consigliere Ordine Psicologi Puglia

Gli attentati contro la sicurezza e libertà dei cittadini sono uno dei maggiori delitti, e sotto questa classe cadono non solo gli assassini e i furti degli uomini plebei, ma quelli ancora dei grandi e dei magistrati, l'influenza dei quali agisce ad una maggior distanza e con maggior vigore, distruggendo nei sudditi le idee di giustizia e di dovere, e sostituendo quella del diritto del più forte, pericoloso del pari in chi lo esercita e in chi lo soffre.

Cesare Beccaria, Dei delitti e delle pene, 1763

Riassunto

L'articolo prende in esame la sentenza n. 266 del 20/09/2016 del Tribunale di Roma in composizione monocratica, che affronta un caso di prostituzione minorile decretando un risarcimento alla minore non in forma economica ma culturale, composto da testi, film ed altri riferimenti in merito alla condizione della donna nella società contemporanea. Dopo un'analisi di alcuni passaggi della sentenza ed una breve disamina sui rapporti che intercorrono fra psicologia e diritto penale, gli Autori profilano l'ipotesi di una sempre maggiore commistione fra la scienza giuridica e la scienza psicologica, fin dal momento della formazione professionale, perché la giustizia possa dirsi pienamente riparativa e specchio di un disagio sociale che – per la sua complessità – va sempre analizzato secondo un registro multidisciplinare e di integrazione fra le discipline scientifiche.

Parole chiave: *Psicologia giuridica - Diritto penale - Vittimizzazione secondaria*

La sentenza in commento (sentenza n. 266 del 20/09/2016) decide circa la responsabilità di un soggetto accusato di aver intrattenuto un rapporto sessuale a pagamento con una ragazza minore degli anni sedici.

Essa si profila di notevole importanza nel panorama giuridico italiano in ragione del fatto

che sia le argomentazioni sia le determinazioni ivi contenute sono permeate di importantissime implicazioni psicologiche, cui sempre più raramente i Giudici di merito ricorrono nel valutare le vicende sottoposte al loro sindacato.

Il Diritto penale, a differenza degli altri rami del nostro ordinamento, è il diritto creato dall'Uomo per l'Uomo (Scordamaglia, 2008) e, dunque, le scienze psicologiche ed antropologiche costituiscono - se non la prima, sicuramente la più utile - chiave di lettura del comportamento umano oggetto di giudizio.

Nel valutare la responsabilità penale di una persona, infatti, il Giudice è chiamato a verificare che tra l'evento dannoso o pericoloso prodotto e l'autore vi sia un nesso di causalità materiale (che si possa, cioè, dire che l'evento è conseguenza dell'azione o dell'omissione del soggetto) e, in aggiunta, un nesso di causalità psicologica.

Tanto, in virtù del fatto che secondo l'art. 27 della Carta Costituzionale "la responsabilità penale è personale" il che deve intendersi nel duplice senso di responsabilità per fatto proprio (non posso essere punito per un fatto commesso da altri) e fatto espressivo della mia personalità (ho voluto o altrimenti realizzato un fatto di reato).

Non a caso proprio la psicologia, fra le altre, è la disciplina che ha saputo meglio connettere il proprio sapere a quello giuridico. La psicologia giuridica, in particolare, è quella parte della psicologia che si occupa della pratica forense e che, secondo Gulotta (1995) per il vasto campo che abbraccia, può utilizzare contributi della

psicologia generale, della psicologia sociale, sperimentale, dinamica.

L'amministrazione della giustizia è un fatto umano, e umani sono gli errori alla base di sentenze ingiuste, soprattutto quando si è chiamati a giudicare in condizioni di incertezza. La psicologia ha mostrato che alcuni errori sono prevedibili, non sono esito di casualità, che esistono distorsioni ed errori sistematici nei processi decisionali. La scienza psicosociale offre strumenti scientifico-culturali al giudice affinché egli possa migliorare le proprie inferenze (Gulotta, 1995; 2008). Le risultanze scientifiche della psicologia allora diventano un limite al libero convincimento del giudice.



In ambito giuridico, da sempre, il processo penale è stato incentrato sulla figura dell'imputato ed alla vittima si è riconosciuto un ruolo meramente secondario ora quale "oggetto" su cui ricadeva la condotta (es. nell'omicidio, nella violenza sessuale, et similia) ora quale mezzo attraverso cui dimostrare l'esistenza del reato (convocandola come testimone).

Con la direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, ai Giudici nazionali

è stato imposto di guardare al reato come "un torto alla società, ma anche una violazione dei diritti individuali delle vittime. Come tali, [...] dovrebbero essere protette dalla vittimizzazione secondaria e ripetuta, dall'intimidazione e dalle ritorsioni, dovrebbero ricevere adeguata assistenza per facilitarne il recupero e dovrebbe essere garantito loro un adeguato accesso alla giustizia".

In questo quadro, una delle più importanti conquiste nel settore giuridico-psicologico è il concetto di vittimizzazione secondaria (De Cataldo Neuburger, 1986; Comparin, 2005), con cui si vuole indicare il particolare fenomeno – in verità tutt'altro che raro – secondo cui

la vittima di un reato subisce un'ulteriore sofferenza nel momento in cui viene in contatto con l'apparato giudiziario.

Spesso, infatti, le vittime sono sottoposte ad un duro esame, per cui sono costrette a raccontare più volte la violenza subita e, così, a riviverla ogni volta. Le Istituzioni che entrano in contatto con loro, sovente non sono adeguatamente preparate ad accogliere (prima)

e curare (poi) l'immenso portato di dolore che caratterizza le vicende di rilevanza penale.

Non solo: nell'ambito del processo, dello spazio che viene loro dedicato per "avere giustizia", le vittime sono sottoposte ad un vaglio di credibilità particolarmente duro, per cui se cadono in contraddizione o non ricordano dei particolari, vengono qualificate non attendibili, con tutto quello che ne consegue sul piano processuale, prima fra tutte una sentenza di

assoluzione dell'imputato, perché si è insinuato il dubbio circa la sua colpevolezza: com'è noto, infatti, l'imputato per essere condannato dev'essere ritenuto colpevole al di là di ogni ragionevole dubbio (art. 530 Codice di Procedura Penale).

Sulla scia di questa nuova visione, la sentenza del Tribunale di Roma, prendendo le mosse dall'analisi della personalità della vittima e dell'imputato, è giunta a ritenere la prima a forte rischio di vittimizzazione secondaria e a condannare il secondo al risarcimento in suo favore in forma specifica e, precipuamente, lo ha condannato all'acquisto in favore della ragazza di una cospicua bibliografia concernente il pensiero femminile libero e la condizione della donna ed alcuni DVD in argomento.

Com'è noto, infatti, normalmente il risarcimento del danno patito dalla persona offesa che si costituisca parte civile è effettuato "per equivalente", mediante la dazione di una somma di denaro, sempre che – beninteso – il danno sia provato anche non nel suo esatto ammontare.

Nel caso di specie, a fronte della richiesta forfettaria di 20.000,00 € formulata dall'avvocata della ragazza, la sentenza ha ritenuto che "un risarcimento liquidato in termini (esclusivamente o principalmente) economici, come chiesto dalla parte civile ed in mancanza di qualsiasi allegazione sul punto, contrasterebbe con l'obbligo dell'Autorità giudiziaria di impedire la vittimizzazione secondaria perché accrescerebbe e confermerebbe in Laura la convinzione che, anche per lo Stato, il suo valore non è la sua unicità e dignità di persona, in quanto tale non monetizzabile e non compensabile, ma è, ancora una volta, un valore quantificabile ed indennizzabile solo attraverso il denaro cioè lo strumento attraverso il quale l'imputato l'ha resa una merce, negandole il riconoscimento di essere una persona unica ed irripetibile".

Dal canto dell'imputato, poi, in ossequio al principio costituzionale secondo cui la pena deve tendere alla rieducazione del reo, "il risarcimento a favore della vittima, sotto forma

di somma di denaro, comporterebbe, paradossalmente, che l'imputato continuerebbe a reiterare, pagando, la stessa modalità di relazione proprietaria stabilita con Laura e fondata, ancora una volta, sulla sua monetizzazione". Inoltre, "la scelta dei testi è avvenuta in modo tale da individuare contenuti volti a sostenere una relazione tra i generi fondata non sul rapporto di potere dell'uno sull'altro, ma sul rispetto che nasce dal riconoscimento della diversità e della dignità altrui, dal fatto che la donna non è un corpo da comprare su un sito internet senza chiederle neanche il nome".

La statuizione, dunque, si palesa in tutta la sua singolarità e si giustifica – per dirla con le parole della stessa sentenza – con il tentativo di offrire "alla vittima vulnerabile di un reato tanto grave, non certo un'inammissibile indottrinamento, ma solo uno strumento finalizzato ad un processo di acquisizione di consapevolezza, che pone al vertice la sua dignità umana. Laura potrà o meno cogliere ed accogliere questa offerta, sentendosi a pieno titolo parte di quella ricchezza culturale che le sue madri intellettuali le hanno regalato, così aprendo la propria vita ad un'esperienza di libertà consapevole che solo la conoscenza le può permettere". Tanto, poiché "attraverso libri e film, la persona offesa di un reato che è stato commesso ai suoi danni proprio in quanto donna ed adolescente, priva di strumenti di difesa e di alternative culturali, potrà, con una propria condotta positiva e volontaria, cioè la lettura, appropriarsi, solo se lo riterrà, di quelle storie e di quelle elaborazioni, per servirsene un giorno come grimaldello per esprimere tutta la propria libertà ed autonomia di pensiero e di scelta".

Vero è che diritto e scienza hanno due atteggiamenti differenti rispetto al medesimo oggetto, vero che discorso scientifico e discorso giudiziario sono asimmetrici (Gulotta, 2009): la scienza indaga nel particolare per giungere a leggi universali, nel processo si indaga il particolare cercando di trovare le ragioni in leggi universali (Faigman e Monahan, 2005). Tut-

tavia, la conclusione assunta si pone all'esito di un percorso logico-giuridico che evidenzia l'importanza e la necessità di rafforzare la commistione fra psicologia e diritto: il diritto penale in modo particolare pone in evidenza i fondamentali interrogativi circa la legittimità, la volontà, l'intenzione, la motivazione dei comportamenti e richiede a gran voce l'integrarsi con le competenze psicologiche.

Se ciò avvenisse già nel momento formativo degli operatori e non soltanto nella pratica – quando spesso le modalità di azione professionali risultano difficili da modificare – sarebbe più probabile ritrovarsi al cospetto di provvedimenti giurisdizionali come quello in esame che, lungi dal lasciarsi andare a commenti etici o moralisti, si limitano ad analizzare la vicenda processuale ed il contesto socio-culturale in cui si è prodotta.

È nostra opinione, infatti, che la tensione verso uno standard minimo di conoscenze integrate non potrebbe far altro che generare sentenze che, come questa del Tribunale di Roma, partendo da un'analisi completa della realtà sottoposta a giudizio, giungano a soluzioni scientificamente orientate, anche sul piano psicologico, oltre che giuridico.

Soltanto perseguendo tale direzione potrà rendersi possibile un futuro in cui la luce di sentenze come quella qui esaminata consenta davvero di rendere concreto l'ideale di giustizia riparativa, in un'ottica secondo cui il reato non è un atto in mero danno della vittima, ma espressione di un conflitto sociale che va risolto. La soluzione di tale conflitto va ricercata in una prospettiva diversa rispetto alle tradizionali forme di risposta al reato, cioè la detenzione, una prospettiva che consideri tutti i soggetti, le azioni e reazioni che contribuiscono al percorso di costruzione di devianza sociale (Patrizi, 2010).

E' bene precisare che questa prospettiva non nega la responsabilità soggettiva del reo, anzi la considera indispensabile strumento di lavoro per il cambiamento, ma nella ricerca di solu-

zioni di ricomposizione sociale prende in considerazione sia la responsabilità del sociale in senso lato sia quella delle risposte istituzionali, sviluppando una dinamica tesa all'effettivo raggiungimento della finalità riabilitativa del reo e di prevenzione della recidiva.

In altre parole, riparare il torto subito dalla vittima e dalla società tutta e indirizzare il reo nel percorso di riabilitazione e reinserimento nella comunità.

Bibliografia

- Comparin, S. (2005). Il ruolo della vittima nella giurisdizione penale internazionale: alla ricerca di una possibile mediazione tra modelli processuali. In (a cura di) A. Cassese, M. Chiavario, F. De Francesco, Torino: Giappichelli.
- De Cataldo Neuburger, L. (1986). Lo stress psicologico da vittimizzazione. In (a cura di) G. Gulotta e M. Vagaggiani, Dalla parte della vittima. Milano: Giuffrè.
- Faigman, D.L. E Monahan, J. (2005). Psychological evidence at the dawn of law's scientific age. *Annual Review of Psychology*, 14, 637-659.
- Gulotta, G. (1995). La scienza nella vita quotidiana. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (2008). La vita quotidiana come laboratorio di psicologia sociale. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (2010). La psicologia forense oggi. In (in a cura di) G. Gulotta e A. Curci. *Mente, Società, Diritto* (1-39) Milano: Giuffrè.
- Patrizi, P.; Boeddu, E; Bossu A.M, Cortini, M. e Valentini P. (2010). La formazione come risorsa di inclusione, reinserimento e cambiamento sociale. In (in a cura di) G. Gulotta e A. Curci. *Mente, Società, Diritto* (1-39) Milano: Giuffrè.
- Scordamaglia, V. (2008). I diritti dell'uomo e la pena di morte. Dattiloscritto.

Riferimenti giuridici

- Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio.
- Sentenza n. 266 del 20/09/2016 emessa nell'ambito del processo numero 24275/14 R.G. GIP, numero 8100/2014 R.G. N.R.

Dolore, disperazione, morte in un'opera d'arte contemporanea

Stefania Zecca

Psicologa Psicoterapeuta, Lecce

Riassunto

I sentimenti, le immagini esistenziali evocate dall'opera d'arte, costituiscono un evento personale ed indecifrabile perché proiezione della propria attività inconscia; la presenza di una simbologia universale, propria dell'inconscio collettivo, permette inoltre una comunicazione tra fruitore e creatore.

Nell'opera d'arte in esame viene percepito il dolore, la disperazione, espressioni dell'esistenza e dell'eterna lotta tra la vita e la morte.

Parole chiave: Arte, artista, opera d'arte, vita, morte, disperazione, ansiosità, melanconia, origine simbolica.

Introduzione

Spesso si tende a dimenticare che la psicoanalisi è una scienza rivolta alla comprensione dell'uomo e delle manifestazioni umane nel suo complesso e che l'intervento terapeutico costituisce solo una delle possibili applicazioni. Sin da giovane Freud aveva avvertito l'esigenza di cercare un mezzo in grado di capire qualcosa degli enigmi del mondo che ci circonda, e che potesse magari contribuire in qualche modo a risolverli.

Per Freud le espressioni letterarie o artistiche dell'uomo costituivano un materiale privilegiato destinato ad

arricchire, se non a superare, gli orizzonti aperti dall'impiego clinico. In tutto il corso della sua vita Freud non abbandonò mai di esaminarle, ogni qual volta la teoria psicoanalitica poteva risultarne illuminata. I saggi su Michelangelo, Leonardo da Vinci, Jensen ecc. ne sono una diretta testimonianza, tutti contributi volti ad interpretare le molteplici opere letterarie ed artistiche con lo scopo di reperire una conferma alle proprie ipotesi teoriche ma anche con l'intento di svelare eventuali correlazioni tra l'opera analizzata e la personalità dell'autore.

Alcuni problemi riguardanti l'arte e l'artista trovano una spiegazione soddisfacente nell'os-

servazione psicoanalitica: anche nella pratica dell'arte essa vede un'attività che si prefigge di mitigare desideri irrisolti.

L'artista persegue anzitutto un'autoliberazione e manifestando la sua opera, la trasfonde ad altri che soffrono degli stessi desideri repressi.

Egli raffigura come soddisfatte le sue fantasie di desiderio più personali, ma queste diventano opere d'arte solo attraverso una trasformazione che mitiga il profilo irritante di questi desideri, ne dissimula l'origine personale. Insieme al contributo evidente del godimento artistico, non è difficile



per la psicoanalisi rivelarne un altro latente, assai più efficace che dipende dalle fonti segrete della liberazione istintuale. In quanto realtà convenzionalmente accettata, in cui i simboli e formazioni sostitutive, in virtù dell'illusione artistica, sono in grado di risvegliare affetti reali, l'arte rappresenta un regno intermedio tra la realtà che respinge i desideri ed il mondo della fantasia che li soddisfa.

L'arte si trova ad essere, per il fruitore come per il creatore una realizzazione di desideri inconsci. In questo caso quest'attività inconscia è importante dal momento che l'analisi, quando è stata applicata, ha potuto spiegare il fenomeno apparentemente paradossale per cui proprio alcune delle più grandi opere artistiche sono per la nostra comprensione ancora degli enigmi insoluti.

Noi le ammiriamo, ci sentiamo intimiditi da esse, ma siamo incapaci di dire che cosa rappresentino per noi.

Le "voci" dell'inconscio così emergono in qualsiasi esperienza direttamente vitale: nelle libere associazioni, nel mito, nel sogno e quindi nell'arte.

Si può quindi sostenere l'analogia opera d'arte uguale sogno.

Entrambi espressione di desideri inconsci, aventi un contenuto manifesto ed uno latente, entrambi muoventi nel mondo delle immagini che ubbidiscono alle due leggi della condensazione e dello spostamento.

La relazione tra processo primario e secondario, nota dal lavoro onirico, appare nell'arte rovesciata: in questo caso si può parlare del controllo dell'Io sul processo primario come di una particolare estensione delle sue funzioni.

S. Freud a proposito parla di una certa "flessibilità di rimozione" nell'artista: la capacità di ottenere facile accesso al materiale inconscio senza esserne sopraffatti, di mantenere il controllo sul processo primario, e, fatto forse più essenziale, la capacità di effettuare rapidi mutamenti nel livello delle funzioni psicologiche.

La scelta di un titolo, attribuibile ad un'opera artistica, così come i sentimenti provati dalla contemplazione della stessa, sono eventi intimi e personali: la contemplazione appare infatti per ognuno di noi, un fatto abbastanza egoistico. Di fronte

ad un capolavoro ognuno dice qualcosa di diverso dagli altri, emergono sentimenti diversissimi proprio perché personali ed indecifrabili; quindi il valore di un'opera d'arte è indipendente dalle sue qualità estetiche, ma dipende dalle emozioni inconse che sa provocare in chi la contempla.

Questo spiega il motivo per cui alcune opere d'arte possono entrare in "egosintonia" con alcuni, ma non con altri individui.

L'artista, al momento della creazione, proietta i propri conflitti: si parla di una vera e propria catarsi: un alleggerimento da un potenziale affettivo che si era eccessivamente accumulato su certe tendenze a causa della loro rimozione e dell'impossibilità di scaricarsi in cui si erano venute a trovare. Tuttavia anche il fruitore, all'atto della contemplazione, proietta la propria attività subconscia. I due individui però proiettano sentimenti diversissimi: i complessi personali dell'uno non coincidono con quelli dell'altro: "esiste davvero una comunicazione inconscia tra creatore e fruitore, ma questa avviene attraverso l'inconscio collettivo e non attraverso il subconscio. Questa comunicazione avviene sulla base dei simboli primitivi, rappresentanti del pensiero primitivo, formanti un vero linguaggio. E basandoci su tali simboli che possiamo ricorrere alla spiegazione consistente nel presupporre un'identità tra le immagini dell'opera e quelle esistenti allo stato latente nel contemplatore" (Baudouin).

All'opera d'arte da me scelta, ho dato il titolo "Tra la vita e la morte".

Già l'arte in sé stessa ci dà la percezione dell'esistenza e della lotta della vita nei confronti della morte. L'artista stesso più è tale più dimostra di essere vicino alle radici delle cose. Così come è vicino alla vita, è spesso vicino alla percezione della morte.

"Tra", dal latino "intra" che significa "essere in mezzo", "entro", "fra", indica la collocazione, una condizione di limite tra i due vissuti, appunto quello della vita e della morte. Inoltre, il termine latino "intra" richiama il concetto di "vita intrauterina": se la vita intrauterina è "vita", la nascita ha significato di morte della vita intrauterina. La prima risposta del neonato è il pianto come espressione di "smarrimento", che deriva dall'

“esser messo dentro” un’altra vita, un altro mondo, un universo sconosciuto che può essere ancora finito o infinito.

Il vissuto di smarrimento del neonato può essere paragonato al vissuto di angoscia dell’adulto che si misura con la finitezza della vita e con l’incognita della morte. Pertanto l’uomo sperimenta continuamente, in ogni attività, il ciclo “essere tra vita e morte” e l’angoscia di smarrimento che ne deriva. La particella “tra” ha anche il significato di “essere dentro, essere contenuto, avvolto, protetto”.

Il neonato è protetto ed “avvolto” dalla madre che è il primo oggetto la cui funzione fondamentale è la trasmissione della “conoscenza” del mondo. Ma anche l’arte è conoscenza: ci permette un’approssimazione al “mistero”, al significato esistenziale, ci aiuta e ci protegge dall’angoscia di smarrimento davanti all’incognita del “trapasso”.

“Vita”, dal latino *vita*, astrazione di *vivus*, derivante dal suffisso *-ta*, perciò da *vivita*. In greco è reso con *Bios* (*vita*) e *Beiomai* (*vivere*).

“Morte”, dal latino “*mors mortis*”. La parola greca è *Brotos* (*mortale*) che è collegata a *Mrotos*, con lo stesso significato, da questo alle radici *Mor* e *Mer* (*morire*). La radice *Mor* è presente nella parola tedesca *Mord* (*omicidio*) nel latino *Mors* (*morte*), *Morior* (*morire*), *Mordeo* (*mordere*), *Moir*a (*destino*).

La morte indica la fine totale di qualcosa di positivo e di vivo. Come simbolo la morte è l’aspetto distruttore dell’esistenza, e indica ciò che scompare nell’ineluttabile evoluzione delle cose, collegandosi così alla simbologia della terra. Ma la morte è colei che introduce anche ai mondi sconosciuti degli Inferi e dei Paradisi.

Pur essendo figlia della notte e del sonno, possiede anch’essa il potere di rigenerare.

La morte ha diversi significati. Liberatrice delle pene e dalle preoccupazioni, essa apre la via al regno dello spirito. Alla vera vita: *Mors Ianua Vitae* (*La morte porta alla vita*).

Nella Mitologia, le tre sorelle – dee, le *Moire*, le *Parche* o le *Norne* rappresentano il Fato ineluttabile; anche i nomi delle tre filatrici sono stati spiegati significativamente dai mitologi. *Lachesi*, il nome della seconda, sembra indicare “l’ele-

mento casuale che è compreso nella regolarità del destino o, come diremmo noi, l’esperienza”; così *Atropo* rappresenta “l’inevitabile”, l’inesorabile, la *Morte*. *Cloto* significherebbe allora la disposizione innata con le sue conseguenze fatali.

Le *Moire* vennero create in seguito ad una scoperta che ammoniva l’uomo che anch’egli era parte della natura e quindi soggetto all’immutabile legge della morte.

L’opera rappresentata, di notevole impatto emotivo, rappresenta chiaramente la tematica del dolore, della disperazione, della morte. E’ una statua di marmo rappresentante il capo di un uomo sofferente.

Il capo è rivolto verso sinistra, mentre il collo, stretto da una corda, rimane frontale.

Sembra ci sia stato un lento movimento, faticoso, trascinate nel cercare di liberarsi dalla corda che trattiene, impedisce. Una parte della barba però rimane trattenuta saldamente quasi ad indicare l’inutilità del movimento, l’impossibilità a liberarsene.

Il volto è assai scarno cosicché vengono ad essere accentuati i lineamenti, le rughe espressive, le ossa visibili, dando così l’impressione di vedere un volto al limite tra la vita e la morte: un volto che sempre più sembra divenire un teschio; gli occhi, anch’essi rivolti imploranti verso sinistra, sembrano più essere delle orbite, delle cavità.

I chiaro – scuri infatti evidenziano la cavità, il buco da cui emerge quasi fuoriuscendo la sfera, il globo oculare privo di pupilla, iride (...) è un occhio che sembra venire fuori e che non vede nulla.

Ancora la bocca aperta lascia apparire i denti serrati, che in una immagine di “stridere” di denti, quasi sembra indicare un tentativo di trattenimento di dolore.

Il grande segreto dell’effetto prodotto sembra infatti risiedere nel contrasto artistico tra il fuoco interiore e il tentativo di soffocarlo, trattenerlo: il dolore domina però ancora la mente dell’uomo e quasi lo paralizza. Il volto si strugge, si abbatte esausto e la magrezza rivela appunto una sorta di auto divoramento, dell’odio verso se stesso, del sentirsi schiacciato dal dolore.

Il termine greco “mendico”, che deriva dal greco *Ptoosso*, si piega, si incurva, esprime proprio

l'appesantimento, lo schiacciamento della condizione di sofferenza. La sofferenza emerge pienamente nel senso di uno sforzo troppo grande, sproporzionato al peso dell'esistenza.

Quel che vediamo è un individuo dominato da pure emozioni: colpa, paura, rabbia, che rivolte sul Sé, provocano l'abbattimento, autoaccusa, la deflazione della stima di Sé.

Dolore o Duolo ("dolere" in latino), si possono collegare alla radice parafona Dhol che significa curvo: il depresso è colui infatti "che è incurvato sotto un peso eccessivo". Il dolore, giorno dopo giorno, "morde", "corrode" l'animo e le sue viscere: l'addolorato ha in sé una aggressività e voracità distruttive e la magrezza stessa è rivelata qui come effetto di un divorarsi più che di un non mangiare.

All'origine della magrezza infatti vi può essere la necessità di liberarsi di un peso molesto e pericoloso: il rifiuto del cibo diventa il modo per liberarsi del peso. La liberazione perfetta diventa però la morte, un esagerato dimagrimento ottenuto da quella forma di suicidio che è l'anoressia. Il suicidio, derivante da un'incapacità di amore di sé, non ha tanto il significato di darsi la morte, ma piuttosto quello di "distruggere", "spaccare", "mordere". "Nel suicidio non vi è tenerezza, né pietà ma, al contrario, violenza e voracità distruttive. Esse si attenuano come cronicizzazione di una crudeltà fatta di morsi velenosi e ferimenti continuati" (Tibaldi).

Tale sofferenza non è produttiva, conducendo verso un superamento del dolore, verso una personalità integra. È importante soffermarsi sul concetto di personalità: non da intendersi come dato di fatto, ma come tendenza, implicante un movimento di continuo sviluppo, crescita, la cui premessa è da ricercarsi nel processo di coscienza della propria esistenza e dell'esistenza del mondo (come sinonimo di realtà). Da qui si pongono le basi per questo crescere positivo, verso un'armonizzazione, un'integrazione verso un carattere di autonoma interezza. L'Io, inteso come funzione, ha il compito di assimilare alla coscienza parti di realtà sempre maggiori e di consentire che il rapporto con questo mondo avvenga e si sviluppi in modo "adeguato", tale cioè da consentire al sog-

getto di non entrare in contrasto con questa realtà, ma in contatto in modo costruttivo.

Tale sofferenza invece qui è improduttiva, non conduce verso un processo di equilibrizzazione, ma impoverisce quest'Io soffocato, preso dalle strette dell'angoscia, incapace di porsi un fine, di effettuare anche dei tentativi verso di esso: è l'Io del melanconico. Già S. Freud, in "Lutto e Malinconia", afferma come il soggetto introietti l'oggetto perduto frustrante, con la modalità dell'identificazione. Questa identificazione, che contiene il carattere cattivo della nuova introiezione si esprimerà attraverso la prostrazione fisica e la fusione con l'oggetto cattivo nella morte.

Secondo il significato etimologico Melancholia è: itterizia, atrabile, malinconia, demenza; (da Melas che significa "nero" e Cholos che vuol dire "bile"); indicando come il corpo sia inquinato dalla bile che, devastante, lo invade. "Bile" si collega a Fiele, entrambi derivano dalla radice Gwel che significa "inghiottire" (da cui la parola gola).

G. Tibaldi afferma come lutto, abbandono, fallimento ... "sembrano concentrare la propria tossicità nell'amarezza passante attraverso la gola; la bile e la gola si associano per significare, nella malinconia depressiva, la condizione di rabbia di cui il depresso è al tempo stesso, vittima e attore".

Ancora gola e collo simbolicamente sono la sede della prima articolazione del capo umano attraverso la cui interazione, si sviluppa e circola l'energia generatrice. Quest'articolazione è la prima attraverso la quale si manifesta la vita del neonato e in essa avviene, inversamente, l'ultima manifestazione dell'agonizzante.

Qui la gola appunto è circondata da una corda, da un laccio, quasi una condizione di impedimento, l'impossibilità di liberarsi da una condizione inevitabile.

"Impedimento", corrisponde al greco Empodizo (incedere, vietare, impedire), derivante da Em-Podon (tra i piedi). "Impedito", si compone etimologicamente di un In (illativo) e di Pes (Pie-de); quindi impedito è chi "ha i lacci nei piedi". Il "laccio", deriva dal latino Lacere (attrarre), in greco è reso dalla parola Strangale che significa anche "strangolamento" e "ansia". Derivano l'italiano "strangolare", il tedesco Strang (corda,

laccio) e l'inglese String (corda, laccio). La radice comune è Streng o Strenk che significa "tirare" e "stringere".

Ecco che qui forse la morte soprattutto, insieme all'Edipo, la Fratria, la madre, costituiscono tutti dei lacci: lacci che impediscono, limitano come condizioni inevitabili da cui non ci si può liberare; l'uomo soffre, tenta invano un movimento ma la corda rimane ancorata: è un Destino, il Fato da cui è difficile liberarsi, che vieta, vincola il conseguimento di un risultato.

La corda è spesso rappresentata infatti anche tra le mani della Fortuna, che può porre termine ad una vita, tagliando il filo dell'esistenza, secondo i suoi capricci.

È il destino inevitabile: il Dharma (la legge, nel senso di ciò che è posto); oppure il Karma, o ancora la coazione a ripetere, come carattere generale delle due pulsioni di vita e di morte, Eros e Thanatos.

In quest'uomo, come in ogni altro essere umano, coesistono la vita e la morte, tensione di forze contrarie: la morte ad un livello della vita è forse la condizione necessaria per accedere ad un altro livello di vita superiore.

Ciò non toglie che il mistero della morte, sia tradizionalmente vissuto come angoscioso ed immaginato con tratti spiacevoli. L'aggressività, propria della pulsione di morte, si manifesta ugualmente nell'espressione dei denti serrati, nella mascella sana e ben fornita.

Anche Eros è presente nelle ossa visibili: simboli di fermezza, forza, proprio perché l'osso è l'armatura del corpo, elemento primordiale e quasi permanente dell'essere, contenente il midollo, nocciolo d'immortalità; nella barba da sempre simbolo di virilità, coraggio, saggezza.

Gli occhi: dal latino "oculus", sono simboli di percezione intellettuale, considerati come ricettori di luce spirituale. Gli occhi qui sembrano non vedere nulla, non vedere la Morte.

In realtà, come afferma Grodeck "si può vedere senza occhi, il processo visivo è sempre una mescolanza dall'esterno all'interno, e dall'interno all'esterno. La vista è resa possibile soltanto a queste condizioni: che la maggior parte di ciò che vediamo venga rimossa, che l'elemento simboli-

co vi sia sempre presente; che l'oggetto, sempre e senza eccezioni, venga trasformato dal soggetto che lo vede ..."

L'occhio è chiamato Ophthalmos per la sua rotondità. Si compone infatti di Opis e Thalamos (letto o stanza) e, questo, da Thalass che indica, "volta", "casa a volta".

Il contenuto simbolico dell'occhio come casa o talamo è direttamente suggerito dalla connessione tra il nome e la forma dell'occhio.

Vi è riferimento quindi al letto che può essere simbolo della rigenerazione nel sonno e nell'amore, nel letto si nasce ma anche si muore. E quindi un simbolo ambivalente in cui le proiezioni delle pulsioni di vita e di morte trovano una collocazione senza una soluzione a favore di una o dell'altra. Pertanto il letto è "luogo" e simbolo di "mistero": il mistero del significato della vita. La tematica del letto è strettamente associata alla tematica del sonno che può essere eterno (la Morte), e che può, con il suo ritmo, scandire la vita.

S. Ferenczi afferma come l'origine simbolica avviene sulla base dell'identificazione degli oggetti del mondo esterno con gli organi del corpo, in tal modo consente di reperire i possibili affetti di desiderio sul proprio corpo. Soprattutto la metà superiore del corpo risulta la più innocua quanto al suo significato simbolico sessuale. In questa opera di rimozione ancora gli occhi, per la loro forma, dimensioni variabili, la mobilità, il loro grande valore, la sensibilità si sono rivelati particolarmente adatti a convogliare le emozioni spostate dai genitali.

L'autoaccecamento, il cavare gli occhi alla propria immagine è il simbolo della castrazione, è interpretato come un'auto-evirazione.

In quest'opera artistica anche la mancanza dei capelli, sede dell'anima, costituisce una mutilazione che impedisce l'accesso ad alcune funzioni, quasi una vera e propria castrazione. Il taglio o la rasatura dei capelli, corrispondeva in passato infatti, non soltanto ad un sacrificio, ma anche ad una resa: era la rinuncia, volontaria o imposta, alle virtù, alle prerogative ed infine alla propria personalità.

Quasi tutti i popoli primitivi si sottomettevano ad alcune usanze, sopravvivenza di un rito di evi-

razione praticato nel passato. Forse questo castigo, o la sua minaccia, è stata la più grande arma brandita dal padre contro i figli. La sottomissione del figlio al potere punitivo del padre e la sua rinuncia parziale alla brutalità sessuale sono la conseguenza del complesso di castrazione.

Il complesso di castrazione è attribuito al primato del pene nei due sessi ed assume un significato narcisistico; la stessa angoscia di castrazione è situata in una serie di esperienze traumatizzanti in cui interviene pure un elemento di perdita di separazione da un oggetto.

Ecco così che l'angoscia di castrazione, la minaccia di castrazione costituiscono la prima morte: è il momento in cui il bambino viene a contatto con la percezione mentale, in parte cosciente, della morte. La coscienza della morte fa sì che le varie minacce infantili, che erano profonde sensazioni di dolore e di rottura, vengano ora sentite sotto forma di paure.

Tutta la nostra vita quindi è inserita tra una morte passata ed una morte futura e si svolge dal primo istante fino all'ultimo, sotto la minaccia della morte.

Vi è tensione e scambio continuo tra vita e morte. Né la morte, né la vita cessano mai di operare, sono condizioni della materia definibili solo in quanto in mutuo rapporto e contrasto.

Come Schopenhauer, Freud proclamò che lo scopo della vita è la morte, che la pulsione di autoconservazione stessa è un aspetto della pulsione di morte.

La pulsione di morte è la tendenza al dissolvimento della sostanza vivente e al ritorno ad uno stato di materia inanimata.

Le due pulsioni sono inseparabili e la vita è un compromesso tra Eros e Thanatos finché quest'ultima prevale.

La paura della morte, che è quindi reazione alla morte individuale, comprende in sé la cognizione (seppure inconscia) della morte. Anche per questo si lotta contro la paura. Perché apparentemente è lo stesso che lottare contro la morte. Una morte "naturale", dolce, manifestazione imperturbata dell'istinto di morte, forse non esiste che nelle nostre fantasie di desiderio dominate dagli istinti di morte; nella realtà, la vita termina sempre in

maniera catastrofica, com'è cominciata con una catastrofe, la nascita.

Tutto avviene come se, anche nei sintomi dell'agonia si celassero dei caratteri regressivi che tenderebbero a modellare la morte sull'esempio della nascita e la cui presenza servirebbe a rendere la stessa meno penosa.

In tale scultura ogni elemento del volto appare come un singolo protagonista, ognuno di essi lascia intravedere un imminente sopravvento di sentimenti: un misto di ira, sofferenza, dolore. Emerge prevalentemente un senso di tristezza, di dolore, di abbandono al destino ma anche traspare un senso di non resa, qualcosa che ci fa sentire ancora vivi. Nonostante tutto, la Morte ci ricorda che bisogna andare più lontano e che essa è la condizione stessa del progresso e della vita.

Bibliografia

- Baudouin. "Psicoanalisi dell'arte". Guaraldi.
 Chevalier, Gheerbrant, (1987). "Dizionario dei simboli". Rizzoli.
 Devoto, G. (1970). "Avviamento all'etimologia italiana". Le Monnier.
 H. F. Ellemberger, (1972). "La scoperta dell'inconscio". Boringhieri.
 Ferenczi, S., (1965). "Thalassa Psicoanalisi delle origini della vita sessuale". Astrolabio
 Freud, S., (1977). "Al di là del principio di piacere". Boringhieri.
 Freud, S., (1978). "Metapsicologia: lutto e Melanconia" Boringhieri.
 Gaylin, W., (1973). "Il significato della disperazione". Astrolabio.
 Groodeck, G., (1923). "Il linguaggio dell'Es". Mondadori.
 Laplanche, J.B., Pontalis, J. B., (1987). "Enciclopedia della psicoanalisi". Laterza.
 Majore (1970). "Morte, vita e malattia". Astrolabio.
 Nielsen, N.P., Zizolfi, S., (2012). "Rorschach a Norimberga". Franco Angeli.
 Tibaldi, G., (1974). "Dizionario etimo-simbolico: la Depressione". Cortina.
 Tibaldi, G., (1983). "Corpo inconscio, simbolo". Cortina.
 Kris, K., (1952). "Ricerche psicoanalitiche sull'arte". Einaudi.

I giovani e la sicurezza stradale

Angela De Salvatore

Psicologa, Pedagogista, in formazione Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad orientamento neuropsicologico

Riassunto

L'incidente stradale costituisce la prima causa di morte tra i 15 ed i 24 anni ed a volte a procurare lo scontro sono proprio altri giovani. Alla guida alcuni di essi dimostrano di essere poco capaci a gestire le proprie emozioni ed inconsapevoli delle proprie modalità di pensiero. Attraverso i preziosi strumenti che la Psicologia offre, è necessario agire tempestivamente per limitare il più possibile i comportamenti disfunzionali al volante o su due ruote.

Parole chiave: *Adolescenza, Sicurezza Stradale, Rischio, Emozioni, Distorsioni Cognitive, Locus of control.*

Introduzione

L'adolescenza, che si estende dagli 11 ai 18 anni circa, rappresenta una delle fasi più delicate e dinamiche dello sviluppo psicologico, passaggio in cui i bambini si trasformano lentamente in giovani, dotandosi di maggiori competenze in ambito emotivo, affettivo, relazionale e cognitivo¹.

Oltre alla messa in atto di comportamenti funzionali ed adattivi, i quali dimostrano l'adeguatezza del percorso evolutivo, talvolta accade che ne vengano esercitati di rischiosi, condotte che mettono in pericolo la sicurezza di chi le attua, oltre che quella altrui, allo scopo di sperimentare sensazioni nuove, forti, estreme e sconvolgenti².

Accade in qualche caso che per sfuggire alle richieste familiari e scolastiche, vissute come an-

siogene e pressanti, gli adolescenti si rifugino nel gruppo dei pari, dove intrattengono sì significativi rapporti interpersonali, poiché condividono interessi ed approfondiscono reciprocamente la propria conoscenza, ma dove rinforzano anche, gli uni con gli altri, modelli di comportamento e di pensiero deleteri³.

Non è raro quindi incontrare giovani che ostentano una inverosimile sicurezza, espressa purtroppo anche durante la guida del proprio veicolo: ragazzi fieri di sé sfrecciano sulle loro moto impennanti, considerano infallibili le proprie azioni, non si curano delle conseguenze future⁴.



L'autonomia personale, il locus of control, la percezione del rischio e la messa in atto di comportamenti disfunzionali

Attuare comportamenti rischiosi può in alcuni casi assolvere alla tipica esigenza adolescenziale di mettersi alla prova, per conoscere e sperimentare le proprie potenzialità ed i propri limiti. Sfidare la sorte ed il pericolo possono essere strategie per affermare sé stessi e la propria capacità di control-

¹ Cfr. Canestrari, R., (1984). *Psicologia dello sviluppo*, Bologna, Editrice Clueb.

² Cfr. Farr, R.M., Moscovisi, S., (1989). *Le rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino

³ Cfr. Palmonari, A., (1993). *Psicologia dello sviluppo e dinamiche sociali*, Bologna, Il Mulino.

⁴ Cfr. Benincasa, V., a cura di, (2005). *Psicologia Viaria*, Milano, Franco Angeli.

lo sugli eventi, per esorcizzare timori più o meno consapevoli.

Accade però di superare limiti, specie quelli della velocità, i quali diventano strumenti per affermare la propria indipendenza, per dimostrare autodeterminazione, valore personale e capacità di decisione. Se tra i compiti di sviluppo vi è il raggiungimento in modo graduale di una maggiore autonomia, è facile pensare che la possibilità di spostarsi indipendentemente acquisti grande rilievo per gli adolescenti.

Infatti non a caso la guida permette di raggiungere i luoghi desiderati, di allontanarsi da casa senza il bisogno di essere accompagnati, seguiti o controllati, senza alcun tipo di mediazione, ma al contrario con grande libertà e senso di riservatezza. L'esigenza di accedere ad un mezzo di trasporto proprio è sentita in particolar modo da coloro che risiedono nei piccoli centri disabitati, così che possano allontanarsi dai soliti noiosi luoghi di frequentazione quotidiana⁵.

Il concetto di "grado di controllo degli eventi" rappresenta poi un elemento importantissimo per lo sviluppo della personalità: la sottovalutazione del pericolo ed il mantenimento di comportamenti di guida insicuri (tra cui un certo diniego per l'utilizzo del casco, delle cinture di sicurezza oppure la guida simultanea all'uso del telefono cellulare) costituiscono a tal proposito degli elementi significativi.

La percezione del rischio riguarda il *locus of control*, appunto il grado di controllo che un soggetto ritiene di esercitare sulla propria vita: un *locus of control interno* corrisponde ad una capacità di costruire la propria esistenza essendone direttamente responsabili, mentre al contrario un *locus of control esterno* attribuisce il potere alla fortuna, agli altri oppure semplicemente al caso⁶. E' sulla base di questo presupposto che si genera un atteggiamento fatalistico, che spinge ad esempio ad

ipotizzare che usare il casco sia inutile, valutando gli eventi della vita come ineludibili, stabiliti da una forza superiore a cui si è sottomessi.

Pertanto i ragazzi impennano sulle motociclette, corrono contromano, per stabilire chissà quale primato, fanno surf d'auto aggrappati al tetto di una macchina, mentre gli amici al volante partono a tutta velocità. Azioni estreme, noncuranti, rischiosissime, spinte da un *ottimismo irrealistico*, che porta gli individui ad aspettarsi solo eventi positivi ed ammirazione altrui. Niente di negativo può accadere.

Non bisogna dimenticare inoltre che i giovani si mettono al volante anche per vincere la noia ed eliminare la mancanza di stimoli nel mondo reale: il vissuto tipico è caratterizzato da un senso di frustrazione che si accompagna ad una monotonia incombente, un vuoto interiore insopportabile, che bisogna assolutamente colmare.

Criticità psicologiche ed uso di sostanze

I comportamenti imprudenti sono indubbiamente influenzati anche dal livello di *autostima*.

I giovani, che amano il rischio sulla strada, tendono a valutare la propria immagine di guidatori in maniera positiva, a tratti tuttavia grandiosa, ma in realtà celano profonde insicurezze ed inadeguatezze, di cui spesso non sono pienamente consapevoli⁷.

L'incapacità di gestire le emozioni, oltre a creare alterazioni dell'affettività ed in alcuni casi veri e propri disturbi, influenza le funzioni cognitive e psicomotorie, ripercuotendosi sul comportamento nella circolazione stradale, alterando la tolleranza agli errori altrui, il riconoscimento dei propri ed inficiando il livello di concentrazione sul compito.

In particolare i giovani soliti al consumo di alcolici, nel cui sangue viene facilmente trovato un tasso di alcolemia elevato al momento del controllo con l'etilometro, o coloro che utilizzano sostanze stupefacenti (anfetamine, cocaina, eroina, ecstasy, magari anche all'uscita dalle discoteche),

⁵ Cfr. Zani, B., (2000), Psicologia e salute, Bologna, Il Mulino.

⁶ Cfr. Dorfer, M., (2004). Psicologia del traffico: analisi e trattamento del comportamento alla guida, Milano, Mc Graw-Hill.

⁷ Cfr. Palmonari, A., (1993), Psicologia dello sviluppo e dinamiche sociali, Bologna, Il Mulino.

non fanno altro che entrare in un circolo vizioso arduo da spezzare, incrementando man mano il loro malessere psicofisico e favorendo purtroppo il verificarsi delle cosiddette “stragi del sabato sera”.

Tali sostanze hanno effetti deleteri dal punto di vista cognitivo e psicomotorio, poiché alterano i tempi di reazione allo stop ed in particolare alla frenata; le risorse mentali insufficienti inficiano la discriminazione degli stimoli audio-visivi, compromettendo la possibilità di guidare in modo adeguato.

Scarse appaiono inoltre la consapevolezza del pericolo, la capacità di critica e quella di giudizio. Il consumo di sostanze per giunta ha un effetto di autorinforzo e, come già noto, di vera e propria dipendenza.

L'esperienza di Marco: come un incidente può cambiare la vita

Marco (nome di fantasia), un ragazzo di vent'anni, espone la sua esperienza al volante. Di seguito è riportato uno stralcio del suo racconto.

“Ho preso la patente presto, avevo diciannove anni. Ciò significava per me la conquista di una buona parte della mia autonomia, quella che, da quando avevo quindici anni desideravo fortemente, per evadere dalla mia famiglia, dalla solita routine e da un senso di oppressione generale. (...) Sono sempre stato un po' noncurante, sprezzante del rischio, forse perché ho sempre creduto che a me qualcosa di negativo non sarebbe potuto capitare mai e poi mai. Invece è successo ed ha lasciato un ricordo indelebile nella mia vita ed in quella della mia famiglia.

Sono un ragazzo che segue facilmente l'esempio altrui (...) penso di essere in fondo debole d'animo, anche se non ne do l'impressione. Ho creato lo scontro con un autoveicolo, ma per fortuna non ci sono state conseguenze davvero gravi per nessuno. Io ho provato immediatamente terrore per l'accaduto. Mi sono poi sentito avvilito. Non ho agito correttamente, lo so (...) mi sono pian piano nel tempo reso conto di aver bisogno di parlare con uno Psicoterapeuta, perché mi sentivo

molto triste ed allora abbiamo cominciato insieme alla Dottoressa un percorso di conoscenza e di cambiamento (...)

Da questa tragica esperienza sto imparando tanto, in particolare ad essere una persona migliore, a non sopravvalutare le mie capacità, a riconoscere i miei punti di forza ed i miei limiti di essere umano, ad agire in modo meno impulsivo e a non copiare gli atteggiamenti di alcuni miei amici, troppo spavaldi ed irrispettosi.”

Marco ha molto sofferto emotivamente, a causa della sua imprudenza, di cui ha preso consapevolezza in maniera graduale. Nella sua descrizione onesta ammette di essersi comportato scorrettamente al volante, ma allo stesso tempo dimostra di aver maturato delle riflessioni personali profonde. Attraverso infatti un guidato lavoro metacognitivo, di potenziamento e di elaborazione dei propri pensieri, ha tratto degli insegnamenti duraturi ed essenziali da una situazione difficile, pesante, avvilente, trovando giovamento emotivo⁸.



Lo Psicologo e la sicurezza stradale: l'importanza della sensibilizzazione

Lo Psicologo che si occupa della formazione dei giovani, dei genitori, degli insegnanti, nelle scuole pubbliche e private, oltre che nelle stesse autoscuole o nei luoghi in cui si esercitano le at-

⁸ L'intervista di Marco è stata raccolta nel settembre 2016 in occasione di una esperienza di tirocinio. L'incidente stradale che lo ha visto coinvolto è avvenuto nel mese di febbraio 2015.

tività ludico-ricreative, lavora affinché possano essere apportati dei mutamenti ai comportamenti messi in atto durante la guida.

Condurre un veicolo infatti è molto di più che semplicemente maneggiarlo, poiché guidare rappresenta il frutto dell'interazione tra fattori diversi, di matrice cognitiva, emotiva e neuropsicologica, ma anche ergonomica del veicolo stesso e strutturale delle strade⁹.

Guidare è innanzitutto adeguatezza del conducente e buona conoscenza di sé.

Parlare di traffico e di viabilità, soprattutto con i giovani, in modo tanto sensibile quanto professionale, vuol dire far crescere in essi una maggiore consapevolezza dei propri limiti, oltre che un autentico senso di responsabilità sociale.

Attraverso un lavoro psicoeducativo, che stimoli alla riflessione ed al confronto costruttivo, in maniera semplice ma incisiva si può comunicare quanto sia importante appropiarsi al mondo della viabilità con attenzione e rispetto per sé stessi, per il prossimo, oltre che per le regole stradali.

Tale atteggiamento costituisce un punto di partenza essenziale, fondamentale per favorire la crescita del singolo individuo e conseguentemente per potenziarne l'effetto sulla collettività. Non possiamo prescindere dal contesto relazionale e sociale in cui siamo inseriti (famiglia, scuola, gruppo amicale, ecc...) e la Psicologia del Traffico ce lo insegna egregiamente.

L'adolescente dunque può trovare nell'ambiente che lo circonda un fattore protettivo (ricorrendo a psicologi, docenti, adulti di riferimento adeguatamente formati).

La parola chiave è dunque sensibilizzare, at-

traverso la partecipazione dello Psicologo alle campagne di promozione del sano divertimento, che informi sui rischi del mettersi al volante sotto effetto di sostanze stupefacenti o di alcool, che educi alla guida sicura anche nei contesti di aggregazione giovanile (discoteche, luoghi di ritrovo, ecc...), incentivando all'uso dei mezzi pubblici nei tragitti a rischio, magari attivati tramite opportune convenzioni, diffondendo materiale illustrativo e divulgativo, fornendo l'opportunità di una consulenza professionale.



Conclusioni

Il tema della sicurezza stradale rappresenta sicuramente un argomento di grande attualità, oltre che di forte interesse pubblico. Strutture scolastiche ed extra scolastiche potrebbero, al fine di incrementare il benessere generale, riservare degli spazi di interazione in cui affrontare il tema della viabilità nel modo più corretto e competente possibile.

Si deve dunque fare i conti con una triade fondamentale che comprende *la persona, la strada ed il mezzo*.

La prima relazione che ne scaturisce è proprio quella dell'uomo con il mezzo, la quale porta a sperimentare la dimensione dell'autonomia, della libertà, dell'indipendenza e a volte anche quella della trasgressione; la seconda prevede invece il

⁹ Fasce, L. a cura di, (2000). Psicologia del traffico, Milano, Edizioni Arcipelago.

rapporto tra l'uomo e la strada, la quale pone l'individuo a confronto col suo comportamento nei riguardi delle regole stradali, in termini di rispetto o di inosservanza.

Tuttavia tanti utenti della strada, riuniti in numerose associazioni, a cui prendono parte anche molti giovani, si rivelano particolarmente sensibili al problema dell'incidentalità e della mortalità. Allora il raffronto con una figura competente e capace, quale lo Psicologo è, rappresenta un sostegno importante, atto a chiarire dubbi, sfatare miti, educando alle regole, aiutando a rielaborare i pensieri, individuando criticità ed incertezze, indirizzando ad una maggiore consapevolezza di sé stessi, non solo nei panni di guidatore, ma più generalmente in quelli di adolescente.

Questo lavoro vuole essere un omaggio a tutte quelle giovanissime vite spezzate a causa di irresponsabilità ed imprudenza, affinché si agisca sempre più a livello preventivo, formativo e psicoterapeutico, oltre che a riabilitare e sostenere chi in uno scontro è purtroppo rimasto già coinvolto, familiari compresi.

Bibliografia

Arcuri, L., Castelli, L., (1996). La trasmissione dei pensieri- Psicologia sociale delle comunicazioni di massa, Bologna, Zanichelli.

Bailey, K., (1985). Metodi della ricerca sociale, Bologna, Il Mulino.

Baldacci, M., (2005). I modelli della didattica, Roma, Carocci.

Baldassarre, V. A., Brescia, E. M., (1995). Contesti formativi e didattica della comunicazione, Modugno, Edizioni dal Sud.

Benincasa, V., a cura di, (2005). Psicologia Viaria, Milano, Franco Angeli.

Biassoni, F., Ciceri, M.R., Ruscio, D., (a cura di), (2013). In-sicurezza stradale. Psicologia del traffico e sinergie interdisciplinari, Roma, Aracne.

Bisi, S., Brunello, G., Lecina, C., (1996). Ragazzi senza tutela, Barcellona, M.N. Edizioni.

Bonino S., Cattellino E., Ciairano S. (2003). Adolescenti e rischio, Firenze Giunti.

Bonino, S., (1999). Tra volante e ottovolante, Firenze, Giunti.

Brunello, G., (1998). Andavamo ai cento all'ora: qua-

derni della sicurezza e della legalità, Bologna, Fondazione Cesar.

Canestrari, R., (1984). Psicologia dello sviluppo, Bologna, Editrice Clueb.

Caprara, G.V., (2001). La valutazione dell'autoefficacia, Trento, Edizioni Erikson.

Carugati, F., Selleri, P., (2001). Psicologia dell'Educazione, Bologna, Il Mulino.

Castelnuovo Tedesco, P., (1972), L'ora di venti minuti, Torino, Boringhieri.

Dolle, J. M., (1994). Oltre Freud e Piaget, Bergamo, Moretti&Vitali.

Dorfer, M., (2004). Psicologia del traffico: analisi e trattamento del comportamento alla guida, Milano, Mc Graw-Hill.

D'Urso, V., Trentin, R., (1992), Sillabario delle emozioni, Milano, Giuffrè Editore.

Farr, R.M., Moscovisi, S., (1989). Le rappresentazioni sociali, Bologna, Il Mulino.

Fasce, L. a cura di, (2000). Psicologia del traffico, Milano, Edizioni Arcipelago.

Gabassi, P. G., Calderoni, P., Gabrielli, G., (1993). Rischio e processi decisionali, Milano, Franco Angeli.

Gesell, A., (1969). Adolescenza dai 10 ai 16 anni, Firenze, Giunti-Barbera.

Jodelet, D., (1995). Le rappresentazioni sociali, Bologna, Il Mulino.

Hewstone, M., Stroebe, W., Stephenson, G.M., (a cura di), (1998), Bologna, Il Mulino.

Lovell, K., (1972). Psicologia educativa e sviluppo psicologico, Girenze, Giunti-Barbera.

Marcelli, D., (1997). Psicologia del bambino, Milano, Masson.

Modolo, M. A., Seppilli, A., Briziarelli, L., Ferrari, A., (1985). Educazione sanitaria, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Mussen, P.H., (1974). Psicologia dell'età evolutiva, Firenze, Giunti Editore.

Palmonari, A., (1993), Psicologia dello sviluppo e dinamiche sociali, Bologna, Il Mulino.

Petrillo, G., (1996), Psicologia della salute, Napoli, Liguori.

Pissacroia, M., (1998), Trattato di psicopatologia dell'adolescenza, Padova, Piccin.

Zani, B., (1995). Le dimensioni della psicologia sociale, Roma, Carocci.

Zani, B., (2000), Psicologia e salute, Bologna, Il Mulino.

Zani, B., Cicognani, E., (2000). Psicologia della salute, Bologna, Il Mulino.

Mindfulness

Marianna Russo

Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale
Istruttore Protocolli Mindfulness based

Riassunto

In questo breve articolo viene affrontato uno degli argomenti più citati in letteratura negli ultimi vent'anni: la Mindfulness; l'intento è fornire una conoscenza di base circa la sua storia e la possibilità di contestualizzare tale intervento in ambito terapeutico. Le vaste applicazioni cliniche della Mindfulness si basano su pochi e semplici principi generali, che hanno dato luogo a una notevole produzione letteraria ed empirica ancora in via di sviluppo. Molte sono le terapie modellate sull'MBSR, modificato in risposta alle necessità di gruppi clinici specifici.

Ad oggi, le tecniche di meditazione per il raggiungimento della consapevolezza, stanno diventando sempre più una "terapia" diffusa negli ambienti medici occidentali. Sebbene le tecniche di meditazione siano da sempre state utilizzate per lo sviluppo della crescita spirituale individuale, solo recentemente il mondo occidentale ha cominciato a studiarle e ad applicarle in modo sistematico nei programmi di terapia.

Parole chiave: Mindfulness, riduzione dello stress, benessere, MBSR

Cos'è la Mindfulness. Definizione

Il passato è ricordo

il futuro è sconosciuto

il momento presente è ciò che possiamo conoscere.

(Buddha)

Mindfulness è la traduzione inglese della parola "*sati*", termine della lingua Pali; in italiano viene spesso tradotto con il termine di "consapevolezza", "attenzione", "attenzione consapevole". Indica la possibilità di una conoscenza che si manifesta quando l'attività discorsiva ed ininterrotta della nostra mente si placa, per lasciare spazio ad una forma di consapevolezza che va al di là di immagini, parole e significati.

J. Kabat-Zinn parla della Mindfulness come "*l'essere qui e ora, in modo intenzionale e non giudicante*", ovvero essere nel momento presente, prestando attenzione allo svolgersi dell'esperienza nel momento in cui accade, con una sospensione intenzionale dell'impulso a definire, valutare e

giudicare l'esperienza. Una modalità dell'essere, non orientata a scopi, il cui focus è di permettere al presente di essere così com'è e di permettere a noi di essere, semplicemente, in questo presente, risvegliandoci da una vita vissuta in automatico.

Attualmente siamo così identificati con la modalità del fare, che ci dimentichiamo di essere, vivendo separati dai nostri stessi pensieri, emozioni ed esperienze, guidati dalla nostra mente e da ciò che dovremmo essere. Siegal individua nella Mindfulness quella modalità di essere totalmente nel momento presente che "*ci libera dalla distrazione e dalla dispersione e ci consente di vivere pienamente ogni istante*"; interrompendo gli automatismi di risposta, imparando ad inserire il tasto "pausa", evitando di mettere in atto reazioni comportamentali inadeguate o rappresentazioni non automatiche del proprio Sé.

Vivere con il pilota automatico

In ogni istante della nostra esistenza sperimentiamo momenti di consapevolezza e di totale inconsapevolezza. Succede alla maggior parte di noi di sperimentare gli effetti della distrazione, leggere la pagina di un libro senza ricordare nulla, guidare l'auto senza una consapevolezza del tragitto di strada appena percorso, di mangiare senza saper cosa mangiamo. È come se per la maggior parte del tempo, non ci rendiamo conto di essere nel presente, trascinati dai nostri stessi pensieri in un tempo e in un luogo diversi dal "qui e ora". Questo accade perché la nostra mente è passiva per la maggior parte del tempo e, si lascia catturare da pensieri, ricordi, progetti. Quando non si è attenti il nostro cervello tende a scegliere al nostro posto, è come se il corpo stesse facendo una cosa e la mente un'altra. Il più delle volte accade che non si ha un'intenzione precisa di occuparsi di qualcosa, succede e basta.

I più usano l'espressione "pilota automatico", "schema", "coazione a ripetere" per definire una modalità di risposta meccanica, automatica, rigida e stereotipata. Affinché possa emergere una condizione di benessere, in cui troviamo una mente

coerente e stabile ed una piena consapevolezza di ciò che stiamo facendo e sentendo, occorre riuscire ad interrompere il pilota automatico, che limita lo sviluppo delle esperienze.

La Mindfulness è una delle forme più efficaci di “rieducazione mentale alla consapevolezza”. Libera la mente dalle preoccupazioni e dalle distrazioni, interrompendo i meccanismi automatici di risposta per evitare di mettere in atto reazioni comportamentali inadeguate o rappresentazioni non autentiche del proprio sé. La meditazione di consapevolezza ci porta a vivere nel momento in cui ci troviamo e a lasciar andare i vari pensieri circa le condizioni nelle quali ci piacerebbe essere o dovremmo essere; ci permette di disinnescare gli automatismi attraverso “*tu osservi e disinnesci gli automatismi*”, YODA (ci ricorda qualcuno con questo nome?!). Questo tipo di consapevolezza ci permette di aprirci a tutte le esperienze sia esse positive, negative e neutre, con mente aperta e ricettiva, libera da ogni forma di attaccamento e dal desiderio di modificare il presente. La meditazione non consiste nel rendere la mente vuota, ma nell’imparare a riconoscere le cose per quello che sono. Praticare la consapevolezza è la disponibilità ad osservare e a stare con le cose così come sono, in ogni dato momento, compresi il disagio, la tensione e i preconcetti riguardo al necessario e al fallimento. Quando osserviamo possiamo disinnescare le chiacchiere automatiche. Se c’è questa disponibilità anche le confusioni, le agitazioni e le disperazioni possono essere creative, se si è disposti a stare consapevolmente con esse nel presente, momento per momento.

Il messaggio è che tutti noi spesso ci troviamo invasi da flussi di pensieri e sentimenti relativi al passato o al futuro perché siamo altrove. Quando invece riusciamo ad essere nel presente, siamo più vigili, consapevoli di ogni momento della nostra vita e delle vaste scelte che si aprono davanti a noi.

Il protocollo MBSR

Il Protocollo per la Riduzione dello Stress basato sulla Mindfulness (MBSR) fu messo a punto, verso la fine degli anni Settanta, da John Kabat-Zinn, biologo molecolare e docente di medicina, presso il Medical Center dell’University of Massachusetts, che per diversi anni si era dedicato alla ricerca di un metodo per ridurre gli effetti dello stress e del disagio interiore.

Il programma MBSR nasce nel campo della medicina comportamentale o *mind/body medicine* e, si occupa dell’effetto che i fattori psicologici ed emotivi hanno sulla nostra salute e sulla nostra capacità di recupero da traumi e malattie. È il programma maggiormente studiato e validato dalla letteratura di ricerca e il più ricco di nuovi sviluppi. Ad oggi sono circa 22 mila le persone che hanno partecipato ad un programma di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness, in cui si evidenzia una riduzione dei sintomi fisici e psicologici, cambiamenti positivi negli atteggiamenti, nel comportamento e nella percezione di sé, degli altri e del mondo, mentre sono oltre 700 le aziende ospedaliere, negli Stati Uniti e in Europa che lo hanno proposto ai loro pazienti.

Le applicazioni cliniche della Mindfulness sono ampie e vanno da patologie somatiche come la psoriasi, le sindromi di dolore cronico, alle patologie psichiatriche come i disturbi d’ansia, i disturbi da attacchi di panico, i disturbi alimentari, insonnia e tutte le situazioni di vita difficili di breve o lunga durata: lutti, separazioni, problematiche di coppia. Negli anni, per le sue potenzialità cliniche preventive e riabilitative, ha trovato spazio in numerosi programmi di intervento non clinici, come nello sport professionistico, nelle scuole, nelle carceri e all’interno di organizzazioni e aziende, al fine di affrontare molte delle problematiche fisiche e psicologiche legate allo stress.

Ai partecipanti non viene chiesto di ricercare l’illuminazione o di convertirsi a un credo buddhista, ma di sospendere per qualche minuto l’attività quotidiana e praticare l’“essere e il non fare”, spostandosi dall’azione alla non-azione, per imparare a vivere in armonia con sé stessi e il mondo intero. Il training di Mindfulness ha lo scopo di accrescere la consapevolezza dell’esperienza momento per momento, riportare l’attenzione sul presente utilizzando come “ancora” la concentrazione sul respiro, ogni volta che ci accorgiamo che l’attenzione è sviata da un flusso di pensieri, da preoccupazioni o da una generica assenza di consapevolezza. Durante il training si apprendono competenze pratiche specifiche per imparare ad affrontare le situazioni difficili e/o stressanti, tecniche per divenire più coscienti dell’interazione mente/corpo, modi per mantenere un equilibrio interiore attraverso la messa a fuoco e la gestione delle emozioni e dei pensieri intercorrenti.

Durante il corso sono previste anche tecniche

di meditazione informali, col fine di portare la consapevolezza in ogni momento della vita quotidiana. Lo scopo del corso è di imparare ad avere maggior cura di sé stessi, vivere in maniera piena e totale e cercare di raggiungere un migliore stato di salute e di benessere, liberando la nostra mente dalla morsa dell'avversione, dalla rabbia persecutoria, dalla paura, da cui si originano la negazione e la confusione, l'auto-referenza: "*perché proprio a me...*", l'attaccamento ad un'identità cristallizzata. L'innovazione sta nell'aver inserito il corso in ambito medico, non psichiatrico che lascia implicitamente comprendere che il problema sta nella propria testa a conferma di una concezione tipicamente Occidentale che vede la mente separata dal corpo. La pratica di meditazione di consapevolezza non è una terapia, il suo scopo primario non è aggiustare una persona o risolvere un suo specifico problema. La pratica di consapevolezza implica il non fare più di quanto non implichi qualunque fare, ovvero l'esplorazione e la coltivazione di quello che viene definito come il regno dell'essere. La consapevolezza, se praticata come modo di essere, può produrre risultati positivi sulla salute psico-fisica, come la riduzione dei sintomi, la capacità di regolare le emozioni in condizioni di stress, la percezione interiore di stati più profondi dell'essere e delle vecchie e limitanti abitudini di pensiero e di sentimento, una migliore risposta immunitaria.

Gli istruttori del programma M.B.S.R. non aiutano i partecipanti ad eliminare le esperienze negative o a uscirne, al contrario, tentano di far notare loro che lottare contro pensieri, sentimenti e sensazioni fisiche indesiderati può aggravare la tensione e il tumulto interiore, che col tempo si ridurrebbero spontaneamente. La pratica si rivela utile per aiutare le persone a prendersi cura di sé stesse per vivere in modo più sano, imparando ad adattarsi alle circostanze della vita e ad alleviare la sofferenza che accompagna disturbi fisici, psicosomatici. Varie e diverse sono le esperienze riportate dai partecipanti, alcuni sperimentano fin dall'inizio uno stato di profondo rilassamento, mentre altri tensione, sofferenza o sonno. Nel momento in cui emergono giudizi sulla pratica sulla incapacità, gli istruttori ricordano al gruppo che l'unico obiettivo consiste semplicemente nell'osservare, senza giudicare. Accettare l'esperienza per quello che è, sviluppando la fiducia nelle proprie capacità, diventando responsabili della pro-

pria vita. L'obiettivo non è rilassarsi, sebbene questo può essere un effetto conseguente alla pratica, ma di essere nel presente, guardandolo con mente nuova e aperta "*mente del principiante*", ciò che vi è qui e ora, diverso da ciò che è accaduto lì e allora. Anche la stessa pratica non è mai uguale a sé stessa, si rischierebbe di cadere nell'errore di proiettare nel futuro le esperienze vissute in questo momento; se la meditazione odierna ha dato risultati positivi, non potremo esser certi che lo stesso accadrà anche domani.

Cambiamenti legati alla meditazione Mindfulness

Sono state condotte numerose ricerche volte a studiare gli effetti della pratica Mindfulness; la maggior parte di essi hanno messo in evidenza una notevole riduzione dei sintomi fisici e psicologici, quali ansia, ostilità, rabbia, tra l'inizio e la fine del programma, riduzione della frequenza e dell'intensità del dolore, dell'ipertensione e dei problemi digestivi ed un'aumentata resistenza allo stress e nella prevenzione dalle ricadute. Studi condotti su pazienti con attacchi di panico dimostrano una diminuzione del tasso di ansia. Si tratta di miglioramenti che tendono a mantenersi stabili nel corso del tempo. Essere consapevoli in modo mindful, coltivando la ricchezza della nostra esperienza del qui e ora, esercita anche effetti benefici scientificamente riconosciuti sulla fisiologia del cervello, sulle funzioni mentali e sulle relazioni interpersonali. Studi scientifici hanno dimostrato che la pratica di mindfulness migliora:

- la capacità di regolare le emozioni, predispone ad un'intelligenza emotiva e ad un maggiore equilibrio psico-fisico e, ad essere alla fin fine più felici;
- rafforza il funzionamento del corpo, la sua capacità di guarigione, le risposte immunitarie, la reattività allo stress;
- la qualità del sonno;
- il funzionamento del ritmo cardiaco;
- le relazioni con gli altri.

Ulteriori studi evidence based hanno dimostrato cambiamenti strutturali nel cervello, che hanno luogo al livello della microarchitettura. È molto difficile cogliere effettivamente questi cambiamenti strutturali, a meno che non siano molto significativi. Lazar ha pubblicato alcuni studi che rivelano dei cambiamenti strutturali a seguito di pratiche mindful e che mette in luce la

neuro-plasticità del nostro cervello. I cambiamenti nell'emisfero sinistro sono correlati con la forza del sistema immunitario e permette di osservare il come la Mindfulness aiuta a sentirsi bene e a superare in modo più rapido i sentimenti negativi, migliorando di conseguenza la salute fisica. I cambiamenti neuroplastici rivelano alterazioni strutturali, accompagnati da cambiamenti nella funzione cerebrale, nell'esperienza mentale, inteso come un migliore equilibrio di sentimenti ed emozioni, degli stati corporei. Le ricerche di Davidson mettono in luce i cambiamenti funzionali a livello della corteccia anteriore sinistra, in soggetti che praticano la Mindfulness. I cambiamenti nell'emisfero sinistro sono correlati alla forza del sistema immunitario, confermando come la Mindfulness non solo ci aiuta a sentirci bene, permettendoci di superare in modo più rapido i sentimenti negativi, ma migliora anche il nostro stato di salute.

Mindfulness in psicoterapia

Negli ultimi anni si è cercato di prendere in considerazione la possibilità di far entrare la consapevolezza mindful in psicoterapia. Tra i numerosi approcci troviamo: il programma M.B.C.T. (Mindfulness Based Cognitive Therapy), MB-EAT (Mindfulness Based Eating Awareness Training) che utilizzano tecniche formali di meditazione mindful adattate a gruppi clinici specifici, mentre altri approcci come la D.B.T. (Dialectical Behavior Therapy), ACT (Acceptance and Commitment Therapy), MCT (Mindfulness Cognitive Training) usano delle applicazioni delle capacità di Mindfulness.

Tra i diversi approcci illustrati approfondiremo in modo più dettagliato il programma MBCT. Esso nasce all'interno del cognitivismo clinico come una nuova prospettiva e, non come una semplice tecnica da aggiungere. Il programma nasce con l'obiettivo di prevenire la ricaduta nelle crisi depressive e combina il protocollo M.B.S.R. con elementi della Terapia Cognitiva. Diversamente da quest'ultima però l'M.B.C.T. tende ad occuparsi più del processo del pensiero, cioè del modo di funzionare della mente, che dei contenuti dei pensieri stessi, con l'obiettivo non tanto di trasformarli e di entrare in relazione con essi, quanto di riconoscerli per quello che sono, cioè solamente dei contenuti mentali senza caratteristiche di concretezza e di realtà e di lasciarli andare.

Nel 1993 Segal, Williams e Teasdale, esperti di psicologia clinica e cognitiva, stavano lavorando all'interno di un gruppo, al fine di sviluppare una nuova forma di terapia cognitiva per prevenire le ricadute nella depressione grave. I tre medici avevano deciso di dedicare una parte del loro lavoro ad un programma di formazione di gruppo che comprendesse la meditazione di consapevolezza e le sue applicazioni nella vita quotidiana, secondo le linee guida dell'M.B.S.R., così decisero di visitare la Clinica per la riduzione dello stress. Già in precedenza, Marsha Linehan aveva sviluppato un metodo molto efficace che includeva al suo interno principi di consapevolezza ed esercizi di pratica formale, per il trattamento delle persone con un disturbo borderline di personalità, conosciuto con il nome di *Terapia Dialettica Comportamentale* (DBT). La Linehan riteneva che per modificare la relazione con i pensieri e i sentimenti negativi, il trattamento psicologico dovesse fornire ai pazienti una maggiore possibilità di scegliere riguardo a come reagire ad un evento, piuttosto che lasciarsene semplicemente trascinare. Introdusse numerosi esercizi per allenare i pazienti a prestare attenzione alla loro esperienza osservando gli eventi nel momento stesso in cui accadono. Secondo Linehan per poter prestare attenzione ad un evento, è necessario potersene distanziare. Introdusse una procedura di training chiamata mindfulness per aiutare i pazienti a proteggersi dai pensieri e dalle emozioni più forti, mostrando loro come distanziarsene.

L'obiettivo dei tre studiosi era quello di affrontare in un nuovo modo il problema che si associa alla depressione grave: le persone curate con gli antidepressivi, clinicamente non più depresse, soffrono di frequenti ricadute. Segal, Williams e Teasdale erano convinti che la pratica di consapevolezza, insieme a tecniche tipiche della terapia cognitiva, avrebbe potuto aiutarli a trattare più efficacemente la tendenza delle persone gravemente depresse a cadere in flussi di pensieri negativi e a rimuginarci sopra, anche una volta curati con successo dagli episodi depressivi più acuti. Questa tendenza a rimuginare è determinante nello scatenare e amplificare i pensieri depressivi, portando la stessa persona a cadere all'interno di una spirale discendente e quindi alla ricaduta. Segal, Williams, Teasdale insegnavano ai loro pazienti la capacità di de-centrarsi, cioè fare un passo indietro, osservando i propri pensieri senza iden-

tificarsi troppo in essi, come facevano di solito, considerandoli come semplici pensieri, piuttosto che riflessi fedeli della realtà o di sé stessi. L'abilità centrale che il programma M.B.C.T. si propone di insegnare è la capacità di riconoscere gli stati mentali caratterizzati da modelli autopertuantesi di pensiero negativo accompagnati da ruminazione. Se lasciati a sé stessi, probabilmente questi modelli di pensiero negativo produrranno un abbassamento del tono dell'umore, che darà origine a una ricaduta nella depressione. I partecipanti al programma M.B.C.T. imparano come uscire da una modalità della mente per entrare in un'altra modalità inconciliabile con la prima, che permetterà loro di elaborare l'informazione legata alla depressione in modo diverso e perciò con meno probabilità di avere una ricaduta. Si tratta di passare da un'attenzione al contenuto a un'attenzione al processo, allontanandosi da quanto si raccomanda in terapia cognitiva di modificare il contenuto dei pensieri negativi, per prestare attenzione a come tutta l'esperienza viene elaborata. Lo strumento fondamentale per cambiare la modalità di funzionamento della mente è l'uso intenzionale di attenzione e consapevolezza. Scegliere a cosa fare attenzione e come. La Mindfulness fornisce ai pazienti sia i mezzi per cambiare ed uscire da stati mentali disfunzionali legati al fare, sia una modalità mentale alternativa. Lo scopo delle prime sedute è di insegnare ai partecipanti a riconoscere la modalità del fare nelle sue numerose manifestazioni e cominciare a coltivare la modalità dell'essere con una pratica formale e intensiva della Mindfulness. La ripetizione serve a ricordare ai partecipanti, sempre e di nuovo, i temi centrali, perché la pratica fornisce numerose opportunità di riconoscere che la modalità dell'essere non è più presente, di sganciarsi dalla modalità predominante e di ritornare consapevolmente alla modalità dell'essere. Man mano che si sviluppa la capacità di mindfulness, il training si focalizza sul riconoscere quando nella vita quotidiana le emozioni e le reazioni negative innescono la modalità del fare, sull'apprendere come uscirne per entrare nella modalità dell'essere e come sia necessario semplicemente essere con le emozioni difficili e spiacevoli. In seguito, l'abilità di disimpegnarsi dalle modalità mentali innescate dalle emozioni è supportata da strategie di coping che forniscono una serie di opzioni per rispondere in modo più efficace alle emozioni negative. Infine, le abilità

insegnate vengono integrate con lo scopo ultimo del programma, rimanere sani e prevenire le ricadute.

Il protocollo M.B.C.T., si dimostrò valido nella prevenzione delle ricadute, affiancato ai tradizionali strumenti della farmacologia e della psicoterapia. Gli studi hanno dimostrato una significativa riduzione dei sintomi fisici e psicologici a lungo termine, profondi e positivi cambiamenti dell'atteggiamento, del comportamento e della percezione di sé stessi, degli altri e del mondo. Gli interventi sono mirati ad aumentare la consapevolezza per ridurre l'automaticità dell'usuale funzionamento mentale e favorire una disidentificazione dai pensieri e dalle emozioni ed una maggiore accettazione/apertura all'esperienza diretta, ridurre la ripetitività automatica della ruminazione depressiva e della preoccupazione ansiosa favorendo un distacco da queste modalità di funzionamento mentale che creano sofferenza, gestire la riattivazione dei pensieri automatici depressivi con una evidente riduzione della gravità dei sintomi depressivi-ansiosi ed una riduzione dell'influenza negativa dei sintomi sulla qualità della vita. Gli esercizi di Mindfulness permettono di vedere con chiarezza il funzionamento mentale. Sensazioni, emozioni, sentimenti, ricordi e pensieri sono mutevoli condizioni della mente, che vengono osservate nel loro sorgere, per poter essere capaci di accoglierle in una consapevolezza lucida e tranquilla. In questo modo si acquista una comprensione in prima persona della realtà interna ed esterna dell'esperienza diretta. I partecipanti che hanno completato il corso riferivano un generale miglioramento sul piano psico-fisico e una rinnovata lucidità mentale, vantaggi che risultano perdurare nel tempo.

Insegnare la Mindfulness, servendosi della meditazione formale o di altri esercizi, può offrire ai pazienti quelle capacità utili a trasformare la loro relazione con sé stessi, a ridurre la sofferenza generata dai loro sintomi e a creare un modo nuovo di affrontare la vita, insegnando come diventare più riflessivi, come liberarsi dai pre-giudizi e sviluppare sentimenti più flessibili verso eventi mentali che prima avrebbero cercato di evitare o verso i quali avrebbero avuto intense reazioni avversive. L'integrazione della coscienza permette al paziente di ritrovare quella pace all'interno del caos, perché capace di sviluppare uno spazio necessario alla mente. All'interno di questo spazio

di riflessione può iniziare la guarigione, perché si raggiunge un senso profondo della pienezza della propria vita, dal passato al momento presente, che dirige verso il futuro. Risulta dai dati sperimentali e dall'esperienza clinica che solo quando le persone imparano ad assumere una posizione diversa in relazione ai loro pensieri e sentimenti potranno essere capaci, in futuro, di riconoscere per tempo le situazioni difficili ed affrontarle efficacemente. Assumere questa diversa posizione comporta permette di giungere a conoscenza di una modalità della mente diversa da quella che normalmente è. Comporta il sostituire la vecchia modalità, che consiste nel definire e risolvere i problemi, con una modalità nuova che consiste nell'accogliere e permettere alle cose di essere esattamente come sono per poter vedere più chiaramente quale può essere la risposta migliore.

Inoltre, la disponibilità e l'empatia del terapeuta, che emergono in virtù della sua presenza mindful, possono essere un fattore di guarigione in ambito psicoterapico, indipendentemente dall'appartenenza a uno dei diversi orientamenti teorici.

Conclusioni

Negli ultimi quindici anni, la pratica della consapevolezza ha conosciuto una sempre più ampia diffusione nella società e, molte sono le persone che decidono di intraprendere questo semplice cammino verso un maggior equilibrio mentale ed una maggiore percezione del benessere, i cui benefici sono documentati su molte popolazioni cliniche. Ciò andrebbe anche in contrasto con quanto ci si sarebbe potuto aspettato con l'avanzare del progresso in ambito economico e con l'avvento di nuove tecnologie e del pensiero scientifico-razionale.

In questa breve rassegna abbiamo potuto illustrare brevemente quelle che sono le potenzialità cliniche della Mindfulness, un settore ancora piuttosto giovane e ricco di nuovi sviluppi. Recente è la proposta di un suo inserimento in psicoterapia, come nuovo "modello di psicoterapia orientato alla mindfulness", con la possibilità di offrire a clinici di diverso orientamento teorico, un paradigma unitario (Germer, Siegal, Fulton, 2005).

Bibliografia

AA.VV., (2013). *I sentieri della meditazione. Gli effetti benefici di una pratica millenaria sull'equilibrio*

del cervello e la salute del corpo, Mente e cervello, Le Scienze, n. 97, pp. 24-47.

Baer, R.A., (2003). *Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review*, Clinical Psychology Science Practice, vol. 10, pp. 125-143.

Dalai, L., Goleman D., (2009). *Le emozioni che fanno guarire*, Mondadori Editore S.P.A., Milano

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S. F., et al, April 4 2002, December 27 2002, *Alterations in Brain and Immune Function produced by Mindfulness Meditation*.

Ditto, B., Eclache, M., Goldman, N., (2006). *Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation*, Annals of Behavioral Medicine, n. 32, pp. 227-234.

Goleman, D., (1988). *The varieties of the Meditative Experience*, Putnam, New York. Trad. it., 2006, *La forza della meditazione. Che cos'è, perché può renderci migliori*, Bur – RCS, Milano.

Kabat-Zinn, J., (1999). *Dovunque tu vada ci sei già. In cammino verso la consapevolezza*, Tea – Tascabili degli Editori Associati, S.p.a., Milano.

Id., (2004). *Vivere momento per momento*, Tea - Tascabili degli Editori Associati S.p.a., Milano.

Id., (2008). *Riprendere i sensi. Guarire sé stessi e il mondo con la consapevolezza*, Tea - Tascabili degli Editori Associati S.p.a., Milano.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., (2002). *Mindfulness – Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, The Guilford Press, New York. Trad. it., *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Giommi F., (a cura di), 2006, Bollati Boringhieri, Torino.

Shapiro, S.L., Carlson, L.E., (2013). *L'Arte e la Scienza della MINDFULNESS*, Piccin Editore

Siegal, D.J., (2007). *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., Lau M.A. (2000). *Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 68, n. 4, pp. 615-623.

Van den Hurk, P.A.M., Giommi, F., Gielen, S.C., Speckens, A.E.M., Barendregt, H.P., (2009). *Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation*, The Quarterly of Experimental Psychology, 1-13.

Tesi di laurea Specialistica in Psicologia: *Meditazione, Spiritualità e benessere psicologico*, Russo, M., 2010.

Tesi di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale: *Approcci Mindfulness based ai Disturbi Alimentari*, Russo, M., 2016.

Il ruolo educativo del padre tra simmetria, differenziazione e specificità di ruolo

Ferdinando De Muro

Dottore in tecniche psicologiche, consulente di sostegno alla genitorialità presso i Centri di Ascolto per le Famiglie di Monopoli, Conversano, Turi, Sammichele di Bari.

Riassunto

In una fase storica in cui la figura paterna è sempre più presente nella vita di un figlio, occorre comprendere se vi sia uno specifico della paternità rispetto alla maternità e se questo specifico costituisca un fattore protettivo per l'evoluzione del bambino. Un'analisi antropologica della paternità porta a concludere che da tempi remoti il padre partecipa all'accudimento dei figli. Recenti ricerche hanno tuttavia evidenziato il ruolo determinante della figura del padre per un più completo benessere della famiglia. Le condizioni perché ciò avvenga sono due: essere coinvolti nella cura dei figli e differenziarsi rispetto alla madre.

Parole chiave: paternità, *couvade*, padre involved.

Introduzione

Nella cultura occidentale, urbana e industriale, il ruolo del padre è rimasto per lungo tempo nell'ombra.

È alla metà degli anni '70 del XX secolo che si registra una crescente attenzione verso la figura del padre e del ruolo della paternità.

Nel 1977, l'americano Michael Lamb rompe il silenzio attorno alla figura paterna scrivendo un articolo dal titolo: "*Forgotten Contributors to Child Development*" seguito, l'anno successivo, da un altro americano, Clarke-Steward, che, con l'articolo dal titolo: "*And Daddy Make Three: the father's impact on mother and young children*", prosegue il "discorso" sulla figura paterna all'interno della famiglia.

L'idea del padre come rappresentante della Legge e della Autorità, tipica delle culture patriarcali, o quella di *breadwinner* (quello che porta il pane a casa) della famiglia, tipica delle culture urbane industrializzate, si comincia ad incrinare.

Da allora prendono le mosse una serie di approfondimenti scientifici tendenti ad esplorare

quale sia il ruolo paterno nel processo evolutivo di un bambino e se tale ruolo possa connotarsi di uno specifico rispetto a quello materno.

In questo scritto intendo sottolineare l'importanza della presenza attiva del padre e della sua azione intenzionale come educatore dei propri figli. Prenderò le mosse dalla simmetria con il ruolo materno tipico dei primi mesi di vita del bambino per passare ad evidenziare lo specifico del paterno come educatore in con-presenza con la madre.

Basandomi sul contributo di alcune ricerche sul tema, intendo sostenere la relativa indispensabilità della figura paterna per una corretta crescita dei figli.

Padri in "attesa": un ritorno alle origini. Ovvero la simmetria tra ruolo paterno e ruolo materno

La simmetria tra ruolo paterno e ruolo materno

Quando, oggi, si parla dei "nuovi padri", se ne parla come di una figura giovane ed emergente. I "nuovi padri" sono uomini che hanno imparato a fare quello che i padri d'un tempo non sapevano fare: occuparsi dei bambini piccoli. I padri di oggi sono molto più presenti, più coinvolti dei padri di un tempo nella cura e nell'allevamento dei bambini piccoli.

Tale novità non sempre è vista come un fatto positivo.

Molti studiosi esprimono chiaramente il proprio giudizio tutto negativo proprio nei confronti di quei padri che, sempre più numerosi, tendono a riprodurre la funzione tradizionalmente materna nell'accudimento del bambino. Questi padri non sarebbero altro che una brutta copia della madre – i "mammi" appunto – rei di inaugurare un mo-

dello di paternità che, rinunciando alle specifiche caratteristiche maschili, si pone invece come un'imitazione del ruolo materno femminile. Così un autorevole pediatra argomenta la sua preoccupazione di fronte al diffondersi di tale novità:

*L'essere umano per crescere ha bisogno di un modello femminile e di uno maschile e non di un modello femminile e di un'imitazione più o meno scadente del medesimo.*¹

Tale considerazioni vengono spesso condivise dai molti (padri compresi) che considerano l'accudimento di figli piccoli come una degradazione della (propria) virilità.

Tuttavia, l'etnografia, l'etnologia e l'antropologia ci sono di aiuto ad affermare che l'accudimento dei figli piccoli da parte dei padri, non è un fenomeno moderno bensì antichissimo, forse antico quanto l'umanità.

Nella storia moderna, fu il missionario gesuita ed etnografo francese Joseph François Lafitau (1681-1746) il primo ad osservare e descrivere, all'inizio del Settecento, uno "strano" rituale che compivano alcuni Indiani del Canada: i maschi imitavano il parto mentre la propria compagna lo stava effettivamente affrontando. A tale rituale simbolico, egli diede il nome di *couvade* (dal francese *couver* ovvero "incubare, far nascere, covare").

In epoche passate tale rito venne descritto da Marco Polo (1254-1324) il quale riferiva di averlo incontrato presso i Miau-tse, antica popolazione del Turkestan cinese.

Un articolato studio sul rito della *couvade* venne affrontato da Johann Jakob Bachofen² (1815-1887) che si basò su fonti dell'antichità greca e romana e su scarse informazioni etnografiche rac-

colte sui popoli extraeuropei.³

Scriva Bachofen:

Nel paese dei Tibareni le donne, quando partoriscono si prendono cura degli uomini, come afferma Ninfodoro nelle Consuetudini. Il resoconto sui Corsi fattoci da Diodoro rivela una singolare coincidenza con queste considerazioni. [...]. 'Quando la donna sta per partorire, nessuno si prende cura di lei durante il parto; il marito invece, messosi a letto come se fosse malato, fa finta di partorire nei giorni previsti e di essere in preda alle doglie'. A proposito degli Iberi settentrionali Strabone scrive: 'Queste donne, del resto, svolgono i lavori agricoli. Subito dopo che hanno partorito le si vede servire i propri mariti, che hanno preso posto sul letto'.

[...] una perfetta convergenza con queste descrizioni si incontra nei resoconti a proposito delle popolazioni dei Caraibi e del Brasile in genere. Scrive al riguardo J.G. Muller: 'in tutto il Brasile, sia nelle tribù più evolute che in quelle più primitive, come anche presso i Caraibi (Cari, Caripura, Caripuna) è diffusa l'usanza per cui, alla nascita di un bambino, è il padre anziché la madre a sdraiarsi per diverse settimane sull'amaca, a godere dell'assistenza riservata alla partoriente e a ricevere i vicini che si recano in visita alla puerpera'.

L'area della espansione del rito della *couvade* va, dunque, dal Sud America, specialmente nel Brasile, alla Groenlandia, all'arcipelago malese, ai Caraibi, all'India. È possibile dimostrare l'antica diffusione della *couvade* anche in Europa. Ne sono state rinvenute tracce e sopravvivenze in Corsica, in Albania, in Irlanda ed anche nella Francia continentale.

Ma è con Bronisław Malinowski (1884-1942) che il rito della *couvade* viene affrontato con il rigore della moderna antropologia. Malinowski dedicò gran parte della sua avventurosa vita allo studio dei Trobriandesi matrilineari⁴, abitanti un

¹ * Dottore in tecniche psicologiche, consulente di sostegno alla genitorialità Prof. Bernardi su L'Unità, 31 marzo 1994

² J.J. Bachofen, ne *Il matriarcato*, Einaudi, Torino 1988, tratta del rito della *couvade* inserendolo nel tentativo di dimostrare l'esistenza di una primitiva fase di potere e di supremazia delle donne (il Matriarcato appunto). Il suo disegno generale non fu considerato fondato a causa di una documentazione storico-sociale insufficiente e comunque discutibile. In ogni caso resta rilevante il suo contributo per gli scopi di questo scritto.

³ A quell'epoca, gli studi antropologici venivano fatti "a tavolino" sulla base di raccolte etnografiche compiute da altri.

⁴ La matrilinearità è cosa ben diversa dal "matriarcato" (di cui si dubita l'esistenza). Essa si riferisce ad un sistema sociale in cui titolo, beni ed altri oggetti sociali vengono trasmessi alle nuove generazioni per via

piccolo arcipelago della Melanesia nord-occidentale. Gran parte di ciò che oggi sappiamo sul rito della *couvade*, lo dobbiamo allo studio sistematico e rigoroso di Malinowski.

Molte sono le “interpretazioni” che sono state fatte circa il rito della *couvade*. Alcuni sostengono che essa sia un residuo di una civiltà matriarcale, molte si soffermano sugli aspetti emotivi, in particolare l’invidia, che i maschi soffrirebbero nei confronti delle femmine per il fatto che non possano concepire e partorire. Altre interpretazioni fanno risalire la *couvade* alla prevaricazione del sistema patriarcale rispetto a quello originario matriarcale.

Malinowski, osservatore diretto, colloca il rito della *couvade* nell’ambito degli “atti culturali creativi alla base dell’istituto familiare”:

Nelle idee, nei costumi e nei dispositivi sociali che si riferiscono al concepimento, alla gravidanza e al parto, il fatto della maternità è determinato culturalmente al di là della sua natura biologica. La paternità è stabilita in maniera simmetrica in base a regole per cui il padre è tenuto in parte a imitare i tabù e gli obblighi e le regole di condotta imposte tradizionalmente alla madre ed anche è tenuto ad espletare certe funzioni connesse [...] la funzione della couvade è quella di stabilire la paternità sociale attraverso l’equiparazione simbolica del padre alla madre. Ben lungi dall’essere una sopravvivenza o un tratto morto o inutile, la couvade è semplicemente uno degli atti rituali creativi che stanno alla base dell’istituto familiare.

Secondo Malinowski, dunque, maternità e paternità sono determinati culturalmente e tra di essi vi è una relazione “simmetrica”. Tale simmetria impone che il padre assuma ritualmente gli stessi comportamenti della madre. La *couvade* è un atto culturale “creativo” alla pari dei riti del matrimonio o del passaggio all’età adulta i quali costruiscono socialmente una nuova situazione per chi li compie e per il gruppo a cui appartiene.

femminile. In un sistema di discendenza matrilineare (detta anche *uterina*), un individuo è considerato appartenere allo stesso gruppo di discendenza della propria madre. In alcune culture, l’appartenenza ad un gruppo viene ereditata matrilinearmente. Ad esempio, la legge ebraica sostiene che un individuo sia ebreo se la propria madre (e non il padre) è ebrea.

L’importante rituale della *couvade* rimanda ad una fase cruciale, e poco studiata nella storia della paternità, quella in cui la paternità biologica è sconosciuta, non essendo ancora nota la proprietà generativa dello sperma.

Si potrebbe affermare che all’inizio la paternità non c’è. Come risulta da un materiale etnografico, mitologico, linguistico di vastissima estensione nello spazio e nel tempo, l’umanità non avrebbe immediatamente colto il nesso causale, tutt’altro che evidente, tra atto sessuale e gravidanza. Questa sarebbe stata pertanto spiegata come dipendente da cause diverse dal processo naturale di fecondazione. La gestazione è stata spesso considerata l’incarnazione nella donna di uno spirito che abita altrove e può arrivare a lei attraverso le vie più diverse, il contatto con una sostanza magica o il passaggio attraverso un centro totemico; vi possono essere gravidanze provocate dalle proprietà di alcuni fiori o frutti, dalle acque dei fiumi o dei mari, dalla pioggia o dal vento, dalle stelle, più frequentemente dai poteri fecondanti della luna. Oggi tutti noi sappiamo di essere costituiti dal patrimonio genetico di entrambi i genitori, ma è innegabile che il padre non può esistere come genitore se non a partire da tale conoscenza.

Il riferimento alla realtà arcaica sopra rivisitata sembra oggi interessante per più ragioni. Innanzitutto perché poco nota, e poi perché essa illumina in modo molto significativo il fatto che i nostri “nuovi padri”, che imitano la madre, non sono affatto nuovi.

Dunque, l’idea del “padre patriarca” (il padre sovrano indiscusso ed indiscutibile della famiglia che ha una relazione distaccata e “dura” con i propri figli), rappresenta “una” delle modalità con cui si è costruito l’istituto familiare; essa non solo non è l’unica modalità, ma la sua espressione ha caratterizzato un periodo relativamente breve della storia della Umanità.

Dal “rito della couvade” alla “sindrome della couvade”.

Ai tempi di Malinowski la distinzione tra *natura* e *cultura* sembrava chiaramente delineata.

Oggi tale demarcazione è molto più labile perché si è consolidata la consapevolezza che essa si fonda su classificazioni arbitrarie che compiono i diversi gruppi sociali; ciò che è culturale per una società, può essere naturale per un'altra.

Dunque, fino a che punto il rito della *couvade* è una costruzione sociale?

Nel 1965 due psichiatri inglesi (Trethowan e Colon) osservarono alcune patologie che presentavano alcuni maschi in attesa di diventare padri. Tali manifestazioni patologiche sembravano assumere i caratteri di una sindrome che definirono "sindrome della *couvade*".

Le manifestazioni della sindrome erano:

- ansietà;
- nervosismo;
- insonnia;
- aumento o calo ponderale;
- diarrea/stitichezza;
- mal di schiena;
- mal di denti;
- cefalea.

Trethowan e Colon stimarono che essa coinvolgeva una percentuale che varia dal 10% al 65% dei padri "in attesa" e riguardava più frequente gli uomini che diventavano padri per la prima volta.

Oggi sappiamo che la sindrome ha una sua specifica evoluzione; i disturbi si manifestano principalmente durante il primo trimestre della gravidanza acutizzandosi in particolare nel corso del terzo mese. Tali disturbi diminuiscono progressivamente fino a quasi scomparire per poi riautizzarsi, con varia intensità e modalità, nel nono mese.

Gravidanza									
1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	
Insoergenza della sindrome	Fase acuta	Diminuzione dei sintomi				Scomparsa dei sintomi		Nuova fase acuta	

Interessante è che i padri che manifestano questa sindrome, dimostrano un atteggiamento molto più positivo nei riguardi della gravidanza; mentre nel periodo postnatale, si prendono più cura dei loro bambini.

Si direbbe che la sindrome abbia un effetto preparatorio del padre rispetto all'evento che lo coinvolgerà a breve. Il suo corpo rende manifesta⁵ una situazione di tensione alla nuova situazione.

Sembrirebbe, dunque, che il rito della *couvade* abbia una funzione protettiva rispetto al manifestarsi di una serie di patologie che potrebbero compromettere l'efficienza del padre proprio nel momento in cui c'è più bisogno di lui. Se la nuova condizione di padre non viene elaborata socialmente e psichicamente, essa si manifesta somaticamente riportando le cose a "come dovrebbero essere" per garantire la massima cura al nascituro.

Dunque, a prepararsi alla nuova esperienza, non è solo il corpo e la mente della madre ma anche quello del padre.

Dalla simmetria allo specifico della paternità

Gli studi scientifici fino ad oggi compiuti sulla paternità concludono univocamente per un ruolo determinante della figura del padre per un più completo benessere della diade madre/bambino e per una crescita serena della famiglia negli anni seguenti. Le condizioni perché ciò avvenga sono due: essere coinvolti nella cura dei figli e differenziarsi rispetto alla madre.

Il coinvolgimento del padre

Già Bowlby sostiene che l'uomo, offrendo sostegno emotivo alla donna, fungerà per lei da base sicura, divenendo anch'egli figura di attaccamento.

La presenza amorevole e competente di un padre emotivamente disposto a mettersi in gioco con il proprio figlio, ha una funzione protettiva che si manifesta anche in età adulta quando il figlio si trova a decidere su quale stile e con quale modali-

⁵ Recenti ricerche hanno evidenziato la presenza di alterazioni biologiche ed in particolare ormonali, osservabili con strumentazioni specifiche, nei maschi in "attesa". In particolare si è registrato un innalzamento della prolattina anche nei futuri papà in coincidenza degli ultimi mesi di gravidanza. La prolattina è un ormone che induce modificazioni organiche e psichiche ed è implicata nella facilitazione di comportamenti di cura e di protezione del bambino.

tà improntare la propria personale storia affettiva e familiare.

Tuttavia il termine “coinvolgimento” deve essere chiarito per evitare che esso venga lasciato alle interpretazioni del caso e adattato alle esigenze dei diretti interessati.

M. Lamb (1987) ha provato a rendere operativo tale concetto e lo ha declinato in tre ben definite funzioni che connotano il ruolo paterno:

- *accessibilità*, ovvero la presenza del padre e la sua disponibilità verso il figlio. Tale funzione implica che il padre si dimostri disponibile nell’interazione con il bambino;
- *coinvolgimento*, ovvero il contatto diretto e misurabile attraverso le funzioni del gioco, lettura, coccole ed uscite e qualsiasi altra azione associata al prendersi cura;
- *responsabilità*, ovvero la partecipazione in decisioni relative alla cura del bambino, accompagnamento alle visite mediche e ai bilanci di salute, oltre l’esplicitamento di funzioni quali il cambio del pannolino, la scelta dei vestiti e i riti dell’addormentamento.

Il coinvolgimento così declinato, rinvia alla *con-presenza* attenta ed attiva del padre nella vita del figlio. Una *con-presenza* fisica ed emotiva che non ammette “delega in bianco” alla madre e che richiede tempo ed energie.

Una idea che guida molti padri è che non sia importante la “quantità” del tempo trascorso con i figli ma la “qualità” dello stesso. Tuttavia in una relazione tra esseri umani, la quantità del tempo è una delle sue *qualità*. Una relazione ha bisogno del “tempo” per costruirsi; è con il “tempo” che le persone imparano a conoscersi, a cogliere le sfumature ed i colori della relazione; è nel “tempo” che la relazione cambia, si evolve, si trasforma.

Una relazione richiede anche energie; fisiche ed emotive insieme. Passare le notti insonni, cambiare il pannolino, dare la pappa, andare a passeggio, insegnare a tirare i calci alla palla, rispondere ai “perché”, sono tutte attività che richiedono energie che devono essere sottratte ad “altro”.

Essere padri *involved* è impegnativo e questo impegno sorge mettendo al mondo un figlio.

La differenziazione del ruolo paterno

Oltre ai compiti “simmetrici” che condivide con la madre del proprio figlio, un padre svolge una serie di funzioni specifiche. Anche in questo caso la ricerca sistematica consente di fare un primo punto sulla “specificità” del paterno.

Sembra che il ruolo del padre sia quello di guidare il bambino verso “l’esterno”, verso un “territorio ostile” ma che è necessario conoscere per la propria sopravvivenza. Tale specifico si integra con lo specifico materno più orientato alla protezione ed alla *routine*.

Nel 1988 Yogman, Cooley e Kindlon sottolineano che i giochi dei padri sono più fisici e più destabilizzanti per il bambino rispetto a quelli con la madre. I giochi delle madri sembrano più rassicuranti perché fanno spesso richiamo a routine e tendono ad usare oggetti in modo convenzionale senza dirottarne la sua funzione originaria. I padri tendono, invece, a sovvertire l’uso degli oggetti rompendo la routine e costringendo il bambino ad affrontare una nuova prova (in mano ad un padre un cucchiaino può diventare un “aereo”!).

Labrell (1994) ha messo in evidenza i “dispetti” che i padri facevano nei giochi dei loro figli; essi compivano una “violazione delle aspettative” dei figli. Queste condotte, tipicamente paterne, introducono un modo di comunicare meno compiacente e più sociale.

Durante un *problem solving* in cui vi sono degli obiettivi da raggiungere e delle azioni da organizzare per raggiungerli, c’è una maggiore tendenza del padre a spingere il bambino verso la riuscita del compito. Le madri tendono, invece, ad incoraggiare e a supportare emotivamente il bambino.

C.A. Bertrand, (2009) riporta di osservazioni sistematiche del comportamento dei padri durante iniziative denominate “*Bébés Nageurs*” (bebé nuotatori). In quelle situazioni si è osservato che i padri di bimbi di un anno erano più propensi rispetto alle madri a guidare i loro piccoli verso il mondo degli oggetti e il mondo delle persone, girandoli verso la piscina ed il gruppo e stimolandoli sia verbalmente che fisicamente ad andare verso altri bimbi, genitori, educatori.

Mervis e Mervis (1982) indicano che al livello di vocabolario, il linguaggio dei padri è meno

familiare e comune rispetto a quello della madre. Esso è caratterizzato dalla scelta di parole tecniche o della parola esatta piuttosto che da un'altra che non lo è ma che fa parte del vocabolario del bambino (per esempio un padre parlerà di un "gattopardo" piuttosto che di un "grosso micio").

Gleason (1975) ha elaborato la *teoria del ponte linguistico* in cui il ruolo del padre è quello di collegare il bambino al mondo esterno. L'uso di un vocabolario più difficile permette al bambino di allenarsi e prepararsi ad uscire dalla intimità familiare compiacente ed agevolante.

V. Bourcois (1993) ha osservato migliori punteggi di integrazione sociale (meno attività solitaria e più gioco sociale, più contatti sociali e più condotte d'affiliazione ed altruismo) nelle famiglie di padri *involved* e differenziati.

H. Riçaud (1998) ha stabilito una correlazione positiva tra l'impegno differenziato dei padri e le abilità dei loro bambini di 3-5 anni a risolvere conflitti interpersonali. Questi bambini si impegnavano più frequentemente in interazioni affiliative e meno frequentemente in interazioni aggressive. Inoltre utilizzavano principalmente l'intesa condivisa e la comprensione reciproca per risolvere i conflitti inerenti al gioco. Quando dovevano commentare le interazioni conflittuali sulle immagini di un libro, si dicevano essere in grado di spiegare il loro punto di vista ai loro coetanei accettando più facilmente la diversità di opinioni optando per l'effetto dissuasivo della parola piuttosto che per l'attacco fisico.

La condivisione con il padre in attività di confronto ludico (piccole competizioni, simulazioni di lotta ecc.) sembrano sviluppare nel bambino in età prescolare degli atteggiamenti che facilitano l'adeguamento futuro alla comprensione dei messaggi affettivi e sociali dei partner di gruppo.

Il percorso verso gli altri è più facile da trovare se il padre è lì nel suo ruolo di *opener*, di "rampa di lancio".

Dunque, per quello che oggi sappiamo sul tema, il ruolo educativo del padre è quello di sostenere il proprio figlio nella relazione con il mondo esterno. Compito non facile perché questa esplorazione va sostenuta tenendo conto dei tempi (evolutivi) del bambino, del suo temperamento,

del contesto in cui può avvenire e, cosa importante, distinguendo le proprie aspettative dagli interessi del bambino. È facile, infatti, vedere padri insistere nell'insegnare a giocare al calcio a figli (maschi) evidentemente poco interessati al pallone... oppure pretendere performance che l'evoluzione psicomotoria del bambino non consente in quel momento.

La funzione del padre e gli outcomes evolutivi del figlio.

E. Iacchia (2009) così riassume gli effetti positivi dell'influenza paterna nello sviluppo del bambino:

sviluppo cognitivo:

- migliori punteggi nella misura di competenze verbali;
- livello di rendimento scolastico superiore;
- miglior recupero delle abilità nei bambini nati pretermine;
- migliori abilità di *problem solving*.

sviluppo emozionale

- migliori livelli di autostima;
- competenze sociali più elevate;
- maggiore autonomia nelle attività di *problem solving*;
- livelli superiori di benessere e punteggi di depressione inferiori;
- livelli maggiori di empatia.

comportamento e adattamento psicosociale

- sviluppo precoce di comportamenti prosociali;
- minori problemi di adattamento scolastico;
- minori problemi di condotta e comportamenti disadattivi;
- ritardo nell'avvio di attività sessuali e, nelle femmine, rischio meno elevato di gravidanza in età precoce.

Lavorando su una serie di studi longitudinali, Sarkadi (2008) ha realizzato una meta analisi sulla funzione protettiva del padre.

La ricerca ha concluso che il coinvolgimento paterno ha importanti ricadute sul modello di sviluppo di un figlio in quanto diminuisce i problemi comportamentali in adolescenza e migliora il funzionamento sociale/relazionale sia durante l'infanzia che l'adolescenza e garantisce un migliore successo scolastico.

Inoltre, i maschi che beneficiano della presenza di un padre che coabita con loro manifestano un comportamento meno aggressivo.

Un padre altamente coinvolto riduce in modo significativo la prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica di un figlio rispetto a ciò che succede a chi ha padri meno coinvolti e consente di fare predire minori incidenze di comportamenti antisociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.

Anche la stabilità della figura maschile incide sullo sviluppo relazionale del bambino. Sroufe et al. (2005) ha rilevato che quando in casa è presente una figura maschile stabile si manifestano minori problemi per i maschi adolescenti. Al contrario, la rilevazione di una aggressività del minore adolescente, correla positivamente ad un maggiore turn-over di figure maschili al fianco della propria madre. Quindi, la mancanza di una figura maschile stabile produce una maggiore prevalenza di disturbi del comportamento e della condotta nell'età della pre-adolescenza e della adolescenza.

La figura di un padre impegnato, differenziato dalla madre e "stabile" ha ampie possibilità di preparare un bambino maggiormente competente, con maggiore consapevolezza delle proprie risorse, capace di interagire adattivamente con oggetti e persone.

Conclusioni.

Contrariamente a ciò che pensano molte donne e molti uomini, la figura del padre "serve"; e "serve" fin dal concepimento del nascituro. Serve, se si vuole veramente il *bene* dei propri figli.

Ciò significa che le donne future madri devono cedere parte del potere che ritengono gli spetti sui figli ai padri dei propri figli. Significa che gli uomini futuri padri devono essere presenti nella vita dei propri figli senza accampare il pretesto di "portare il pane a casa" per disimpegnarsi dai compiti che gli spettano.

Troppo spesso, infatti, le donne ritengono che la cura dei figli sia una "cosa da donne" da gestire con il supporto della propria madre (la nonna del bambino) e troppo spesso gli uomini ritengono che l'accudimento dei figli sia riservato al tempo libero da impegni lavorativi.

La paura di "rompere il bambino" è il tipico terreno in cui si incontrano le aspettative "ne-

vrotiche" reciproche di uomini e donne. Il maschio, si sa, "è rude" e se si cimenta nel cambio del pannolino rischia di fare male al bambino. Meglio lasciare questa incombenza alle delicate mani femminili! Per gli uomini è una bellissima (e socialmente accettata) occasione per ritirarsi nei propri affari. E così si rinforzano comportamenti di presa di possesso (per le donne) e di ritiro (per gli uomini).

Questo è solo uno dei riti che con cui si sviluppa la relazione dei genitori con i propri figli.

Il tutto rimanda alla intimità della coppia genitoriale, ai motivi profondi per cui essi hanno una relazione tra di loro ed ai motivi (anch'essi profondi) per cui hanno generato un figlio.

Bibliografia

- Ambrosini, A., & Bormida, R. (1995). *Lo spazio e il tempo del padre. Funzione e senso della paternità*. Pisa, Edizioni del Cerro.
- Antilogus, P., & Festjens, J. (1991). *La guida del giovane papà*. Torino, EDT.
- Bertamini, D., Iacchia, E., Rinaldi, S., & Rezzonico, G. (Eds.). (2009). *Gioco, socialità e attaccamento nell'esperienza infantile*. Milano, Franco Angeli Editore.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano, Raffaello Cortina editore.
- Brustia Rutto, P. (1996). *Genitori. Una nascita psicologica*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Castaldi, E. (2010). Couvade: le radici dei "nuovi padri". Disponibile in <http://lnx.ispitalia.org/couvade-le-radici-dei-nuovi-padri-n-0310/> [novembre 2016].
- Dossi, S. (2012). Il padre e la vita nascente. "Sono geloso!". Disponibile in <http://www.motherlife.com/Doc/SdPadre/SdP-geloso.htm> [novembre 2016].
- Fabiatti, U. (2010). *Storia dell'antropologia*. Bologna, Editore Zanichelli.
- Lo Russo, G. (1997). La costruzione sociale della paternità. In M. Ferrari Occhionero (Ed.), *Paternità e maternità nella famiglia in transizione. Nuovi modelli e nuove identità*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Loschi, T., & Vandelli, G. (1999). *Essere padre, fare il padre*. Bologna, Calderini.
- Ventimiglia, C. (1996). *Paternità in controluce. Padri raccontati che si raccontano*. Milano, Franco Angeli.
- Winnicott, D.D. (1996). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma, Armando Editore.

L'onda vitale: la respirazione. Studi del Neo-Funzionalismo sulla centralità della respirazione diaframmatica per il benessere e la salute

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta. Ente affiliazione Scuola Europea Psicoterapia Funzionale SEF

Riassunto

Respirare è fondamentale per la vita. Oriente e occidente concordano nel riconoscere correlazione tra sana respirazione e salute. Associata all'ossigenazione dell'organismo, alla combustione degli alimenti, il Neo-Funzionalismo basandosi sulla clinica e studi sul neonato attribuisce ruolo fondamentale alla respirazione diaframmatica profonda e spontanea, quella del neonato; studia le diverse modalità, ritmo e tempi, la capacità di mobilità in risposta alle diverse circostanze e le alterazioni, riscontrabili in svariate patologie. Ha condotto studi sul ruolo della respirazione diaframmatica e relazioni con il vago, che è stimolato dal movimento diaframmatico. La respirazione diaframmatica profonda porta ad una condizione di vagotonia, sistema della calma e tranquillità.

Nell'inspirazione controllata, forzata (respirazione toracica) prevale il sistema simpatico.

Per il Neo-Funzionalismo il respiro è una Funzione dell'organismo. Grande rivoluzione epistemologica del Neo-Funzionalismo è che l'organismo è visto come sistema unitario, non parallelismo fenomeni corporei e mentali quanto processi psicocorporei. Le ricerche del Neo-Funzionalismo vedono l'organismo umano come sistema di sistemi integrati che funzionano sinergicamente.

Il corpo è memoria storica, conserva tracce di vicende infantili, del modo in cui abbiamo sperimentato le Esperienze Basilari. I ricordi corporei sono nella muscolatura, nel modo di respirare, nella voce, nelle posture, nei movimenti, nella percezione del dolore.

Esempi di tecniche Funzionali specifiche per la respirazione: massaggiare i muscoli contratti, abbassare il torace per fare alzare l'addome, aiutare nell'inspirazione con azione sulle ultime costole, e ancora molte altre portano alla respirazione diaframmatica.

Restaurare la respirazione diaframmatica produce una serie di effetti positivi che favoriscono anche il procedere del processo terapeutico.

Parole chiave: *Respirazione diaframmatica, Neofunzionalismo, Ruolo del Parasimpatico, Vagotonia e respirazione*

L'atto respiratorio è forse l'atto fondamentale per eccellenza della vita. Senza respirare in pochi minuti si smorza la vita.

Sia l'oriente che l'occidente sono concordanti nel riconoscere una stretta correlazione tra sana respirazione e salute.

Essa è associata all'ossigenazione di tessuti e di organi; alla combustione che genera calore; respirando noi laviamo il sangue, disintossichiamo l'organismo e nel tempo stesso gli forniamo l'ossigeno necessario alla combustione degli alimenti.

Nell'inspirazione l'ossigeno introdotto con l'aria viene a contatto con il sangue impuro; a questo punto il sangue ritiene l'ossigeno e rilascia acido carbonico accumulato dalle scorie dell'organismo. Il sangue così purificato e ossigenato ritorna al cuore per dare seguito al suo processo circolatorio. Se, invece, ai polmoni non giunge una quantità sufficiente di aria nuova, la corrente del sangue venoso non si purifica e il corpo non solo resta privato di nutrizione, ma le sostanze tossiche che dovevano essere eliminate avvelenano l'organismo. Un sangue non purificato con l'ossigenazione trasporta impurità nell'organismo; assume un colore azzurroastro al posto di un colore rosso brillante, indice, questo, di buona e corretta respirazione.

Quando l'ossigeno entra in contatto col sangue, si unisce all'emoglobina ed è portato a ogni cellula, tessuto o muscolo che fortifica e rivitalizza rimpiazzando le cellule e i tessuti guasti con nuovi elementi.

E' dimostrato che anche una buona o cattiva digestione dipende dalla respirazione. Se non si respira bene gli alimenti non si ossigenano; di conseguenza è necessario che una provvista sufficiente di ossigeno entri nei polmoni. Questo spiega la frequenza simultanea di difficoltà polmonari e difficoltà e patologie della digestione.

Quanto appena accennato è sufficiente per rendere l'idea di quanto e come si parli spesso di respirazione e, se la respirazione è già argomento centrale nell'antico oriente, nel mondo occidentale, soprattutto negli ultimi anni, sono state introdotte svariate tecniche di respirazione, di consapevolezza (ad esempio nel training autogeno e nel R.A.T. - Respiratory Autogenic Training, per le gestanti, nel bio-feedback, nello yoga) di esercizi, e persino una ginnastica respiratoria.

Si parla di educazione alla respirazione, di attenzione al respiro, di tecniche per liberare l'emotività repressa e giungere alla consapevolezza in una sorta di rinascita (rebirthing); di una sua correlazione con l'energia vitale, il prana, che prende energia dal sistema nervoso e la immagazzina nel plesso solare; si parla poi dei tempi e dei ritmi della respirazione, della sua frequenza, della sua ampiezza. Si parla di respirazione purificatrice yogi, di respirazione che calma il dolore, che stimola il cervello, che controlla le emozioni e tanto ancora.

Si è mostrato che una buona funzione respiratoria è di aiuto nella gestione del peso. Per citarne qualcuno: uno studio di Bera et al., 1993, ha riscontrato miglioramenti nella riduzione di peso, così come uno studio di Mahajan et al., 1999 ha dimostrato un abbassamento dei lipidi nel sangue in pazienti con cardiopatia ischemica.

Da vari ambiti provengono ricerche che correlano positivamente tecniche di respirazione alla gestione dello stress.

Ricerche del Neo-Funzionalismo sulla respirazione

Da tutto ciò si deduce che nel panorama scientifico molte teorie o pratiche terapeutiche rivolgono il loro sguardo a questa "onda e ritmo vitale", e tutti gli studi dimostrano come la respirazione sia associato ad uno stato di benessere e salute dell'organismo.

Partendo da quest'ultima considerazione possiamo affermare che il Neo-Funzionalismo, con i suoi 40 anni di studi sull'argomento, concorda pienamente su tale opinione. Concorda su alcuni punti con quanto fino ad ora detto, ma ha anche svariate divergenze.

Sulla base di concettualizzazioni teoriche, osservazioni cliniche, studi sul neonato e sul bam-

mino, il Neo-Funzionalismo attribuisce un ruolo fondamentale alla respirazione diaframmatica profonda e spontanea, per intenderci quella del neonato; studia le sue diverse modalità, la sua capacità di mobilità in risposta alle diverse circostanze, e ovviamente le sue alterazioni, riscontrabili in svariate patologie.

Si è anche certi, oggi, dopo anni di ricerche, che la respirazione intervenga nella regolazione del sistema ipotalamo-ipofisi-cortico-surrene (HPA), processo di regolazione alla base della gestione dello stress, nonché nella riduzione del cortisolo salivare, indicatore fisiologico dello stress. Esiste, quindi, un collegamento tra la respirazione e il piano biologico e fisiologico.

Nella sua pratica clinica il Neo-Funzionalismo ha dimostrato che la respirazione è uno dei regolatori del funzionamento umano. Pertanto intervenire (e vedremo più avanti in che modo) sulla respirazione e ripristinare la sua capacità diaframmatica spontanea, che spesso si perde, permette di accedere al funzionamento profondo dell'organismo umano producendo effetti su livelli quali il neurovegetativo, il neuroendocrino, il cardiocircolatorio, quello peristaltico, fino a quelli molecolari e biologici, evidenziando come tutti i sistemi dell'organismo siano integrati in una reciproca interrelazione e correlazione. Le ricerche sui fattori di regolazione sono importanti negli studi psicobiologici ma lo sono altrettanto per la psicoterapia e i cambiamenti profondi a tutti i livelli a cui essa può e deve condurre. Ci riferiamo ovviamente ad una psicoterapia rivolta all'organismo concettualizzato come unità inscindibile, e così osservato nei suoi processi sia di benessere che di malattia.

Oltre alla via cortico-viscerale della respirazione (processi cognitivi che agiscono sul funzionamento dei nostri organi e sistemi interni) si scopre una via muscolo-viscerale (l'influenza che sugli stessi organi e sistemi interni ha il sistema muscolare). Il collegamento ipotizzato tra questi due livelli, viene sostenuto ad esempio dall'aver evidenziato che la membrana del midollo pulsa per effetto della respirazione, e su tale membrana sono situati numerosi recettori di trasmettitori biochimici.

La considerevole mole di studi sull'argomento, e su quelli ad esso correlato, (alcune specifiche patologie, lo stress cronico) pongono ormai

il Neo-Funzionalismo all'avanguardia di scoperte importanti nell'ambito delle neuroscienze.

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

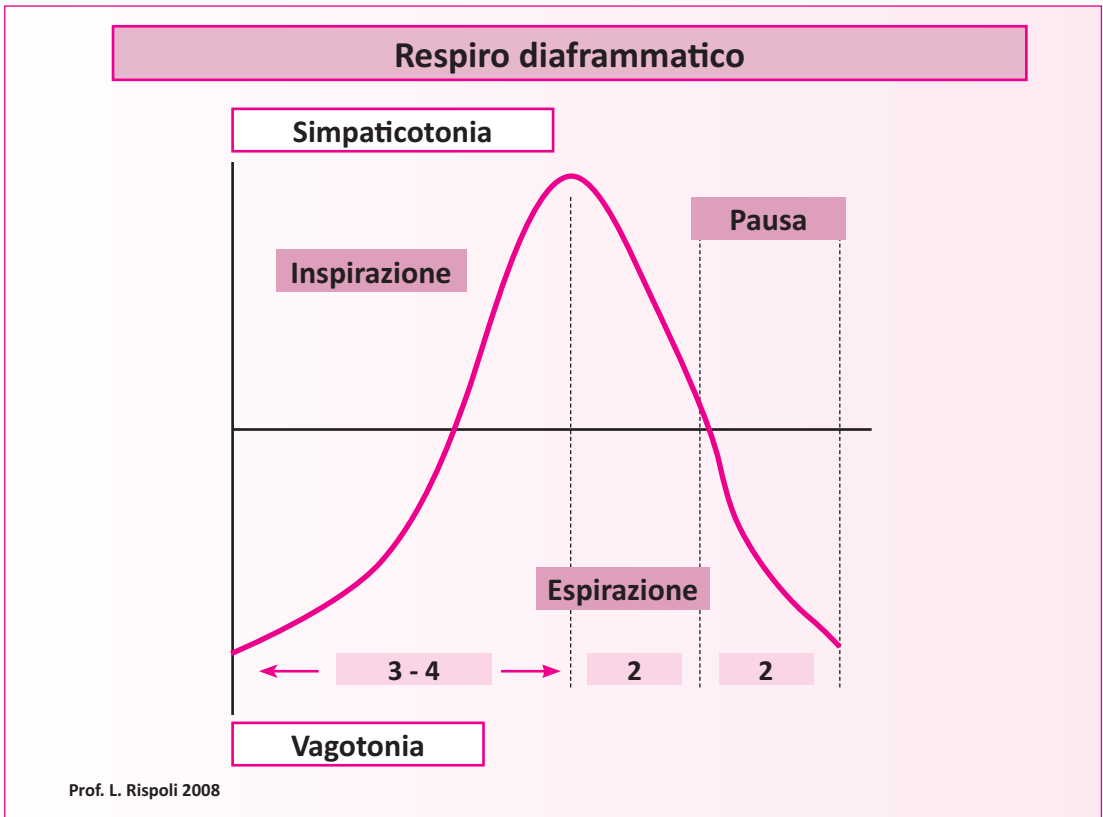
Non dimentichiamo che il neonato respira in maniera diaframmatica, ossia utilizzando questo muscolo, il diaframma. Ma durante la vita, per circostanze esterne, questo movimento spesso viene bloccato procurando svariate patologie, sia dello stesso diaframma che di organi limitrofi, patologie associate alla cronicizzazione di una respirazione divenuta toracica: gastroenteriche, cardiovascolari, stitichezza, bronchite cronica, balbuzie, insonnia, disturbi di ansia e di panico, patologie allergiche.

Anatomicamente, infatti, il diaframma occupa una posizione a metà tra la cavità toracica e quella addominale, per cui è in stretto contatto con il fegato, lo stomaco, il cuore, e i polmoni, e costitu-

isce un punto di passaggio dell'esofago, dell'aorta e di altri elementi importanti che lo attraversano. Il diaframma rappresenta un "confine" fibro-muscolare tra la parte toracica e quella addominale.

Fisiologicamente la sua funzione principale è notoriamente legata alla respirazione, nella quale il diaframma rappresenta il muscolo inspiratorio più importante. Dal punto di vista neurofisiologico, e quindi in relazione alla interazione tra i processi neurovegetativi e il suo funzionamento, si constata invece una notevole carenza di studi e pubblicazioni. Quanto detto lo si potrebbe attribuire sia al fatto che la medicina non dà al diaframma, in quanto muscolo, l'attenzione che viene rivolta invece agli organi con funzioni vitali, sia alla scarsa diffusione delle sue patologie, che molto spesso sono la conseguenza del dilagare di focolai morbosi di organi ad esso adiacenti (tumori maligni, diaframma enfisematico...). Ad esempio l'orifizio attraverso cui passa l'esofago è uno di quelli che subisce maggiormente l'influenza di un blocco diaframmatico nel "cardiospasma"

Invece, nella pratica della Psicoterapia Funzio-



nale sono messi in evidenza i disturbi funzionali legati a questo muscolo, che sembrano essere numerosi e connessi a diversi stati emotivi.

Spesso la radice di tanti disagi appartenenti alla sfera del diaframma è da trovarsi nella paura di un pericolo imminente o di minacce vissute durante l'infanzia in maniera ripetuta.

Secondo L. Rispoli e B. Andriello (Psicoterapia corporea e analisi del carattere, Bollati Boringhieri, Torino 1988) il diaframma è sede di sensazioni "mozzafiato" come la paura, l'ansia ed anche la rabbia. Riducendo il passaggio d'aria esso può attutire ed anestetizzare ogni tipo di percezione. La nostra tesi è che il funzionamento irregolare del diaframma sia in primo luogo la reazione ad una situazione di paura, la quale a sua volta causa reazioni cronicizzate di ansia, patologie organiche e stress.

I meccanismi difensivi adottati per proteggersi contro la paura (e cioè contrazione del diaframma per tenere lontane le sensazioni legate al respiro) predispongono a loro volta alla paura rendendola onnipresente. I processi neurovegetativi e biochimici contribuiscono al cronicizzarsi della paura, evidenziandosi in un nervosismo ed un'ansia "pervasivi".

Vezio Ruggeri in "Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicosomatici" parla di una interazione organizzata a livello del sistema nervoso centrale di pattern funzionali periferici che implicano diversi sistemi come il respiro, la circolazione ecc.. Egli sostiene che "tale relazione può essere modulata anche in via riflessa: cioè contrazioni dei fasci del diaframma possono costituire uno stimolo meccanico che agisce dall'esterno su vasi sanguigni. Si può ipotizzare una contrazione dell'arteria generata in via riflessa da stimoli esterni. Su queste relazioni funzionali c'è scarsa o nulla letteratura. Sarebbe auspicabile che in futuro si verifici un incremento di studi neurofisiologici e psicofisiologici, che aiutino a comprendere meglio queste disfunzioni.

Inoltre, la conformità anatomica del diaframma e le sue specificità fisiologiche di muscolo tendineo creano la predisposizione per la presenza di ciò che viene definito "angoscia". Contraendosi oltremodo, il diaframma lascia una sensazione di ristrettezza vera e propria ed in seguito di angoscia.

Il normale funzionamento diaframmatico nella sua espansione tridimensionale può essere compromesso da disturbi neurovegetativi, impedendo una regolare immissione dell'ossigeno ed espulsione di anidride carbonica. L'aorta, vaso arterioso più importante per l'afflusso di sangue ossigenato, può ispessirsi impedendo il regolare flusso sanguigno.

Anche i vasi venosi subiscono l'influsso del diaframma se continuamente contratto, ma si dilatano per garantire nel circolo refluo il sufficiente riflusso del sangue che ha consumato l'ossigeno.

Partendo dall'assunto base della "contiguità funzionale" dei vari organi, si sostiene che le emozioni manifestatesi in primo luogo nel diaframma possono da esso anche diffondersi in altre parti del corpo o viceversa. Disfunzioni dal lato destro del muscolo si ripercuotono per esempio sul fegato; da quello sinistro sulla milza; davanti su stomaco e pancreas; mentre la parte lombare può danneggiare i reni. (M. Said Hadji, 1988).

Dato che il diaframma, in quanto principale muscolo respiratorio, ha una fondamentale importanza anche in tutte le vicende emotive, ed in particolare in quelle legate all'angoscia ed all'ansia, sarebbe da augurarsi dal versante medico una maggiore enfasi circa la ricerca riguardante il funzionamento dello stesso.

Tra i fattori di regolazione generale, uno dei primi per la sua importanza è senza dubbio quello della respirazione. La rilevanza della scoperta di questo fattore di regolazione, la respirazione diaframmatica originaria, risiede nell'aver individuato elementi facilmente accessibili dall'esterno, operando sui quali si ottengono effetti significativi sui piani più interni e profondi, inaccessibili se non a livello farmacologico, aprendo così una strada fertile e ricca di prospettive.

Diverse modalità di respirazione

Si parla tanto e forse troppo di respirazione ma spesso senza basi teoriche/scientifiche e quindi non in maniera precisa e attendibile. Nei vari approcci e discipline si ritrovano tecniche che tendono a forzarla o ad allungarne i tempi, a trattenerla o a controllarla. Proviamo, grazie a nuove scoperte cliniche, studi e osservazioni, a fare chiarezza.

La prima chiarezza che intendo fare, a nome

degli studi del Neo-Funzionalismo, è che esistono modalità differenti di respirare, collegate a scopi differenti, a situazioni differenti di vita, a richieste ambientali o interne differenti. Un individuo, in cui è presente la capacità di passare da una respirazione all'altra (toracica/diaframmatica e viceversa) automaticamente utilizza quella più adatta alla situazione del momento (ma senza un controllo voluto o una presunta consapevolezza). Si tratta di una condizione di sana mobilità. Faccio subito un esempio: se dobbiamo affrontare una situazione incombente e che ci minaccia può essere utile una respirazione diaframmatica, lenta, calma? Ovviamente non è adattiva alla situazione. Ecco, in questo caso abbiamo bisogno di una prontezza all'azione da parte di tutto l'organismo, quindi ci è utile una respirazione toracica, in cui l'organismo va in simpaticotonia: si rallenta la peristalsi intestinale, il sangue è pompato più in fretta e arriva ai muscoli, pronti ad agire; condizione che prepara ad affrontare una situazione di allarme, in cui sono presenti anche concentrazione e lucidità mentale, e forza muscolare.

Altra modalità può essere una respirazione molto rapida che porta un tasso di ossigeno maggiore per affrontare uno stato di affaticamento.

Per diminuire la sensibilità, alzare le soglie del dolore e sopportarlo possiamo, invece, trattenere l'aria in inspirazione.

Quando, però, l'organismo non deve affrontare situazioni di azione intensa, prendere decisioni immediate e veloci, avere prontezza di riflessi, dovremmo poter "trattenerci" sulla polarità diaframmatica, che produce uno stato di vagotonia, correlato con la calma e la tranquillità, modalità che produce un flusso sanguigno lento, molto ossigenativo per le cellule e i tessuti, e in cui vengono messe in circolazione endorfine e proteine P che producono un senso di benessere.

Si tratta di un discorso di gamme e polarità, per cui l'organismo ha a disposizione varie modalità di respirazione, ciascuna più adatta alle circostanze, e possiamo muoverci fino a toccare i due poli estremi a seconda sempre della necessità del momento. La Gamma descrive tutte le possibili sfumature che vanno da una polarità all'altra delle varie Funzioni del Sé. Le Funzioni si muovono fra due polarità.

La pienezza della vita consiste nel poter spa-

ziare e fluire liberamente e pienamente da un polo all'altro a seconda delle circostanze e i desideri di ognuno.

Quindi, in un funzionamento sano, un individuo dovrebbe poter ritornare alla respirazione diaframmatica ogniqualvolta non ci sia bisogno di essere troppo "reattivi".

Studi sui neonati hanno evidenziato che la respirazione diaframmatica è presente per la maggior parte del tempo nelle condizioni in cui non c'è motivo di allarme.

Può accadere nel corso dello sviluppo evolutivo, per le pressioni negative dell'ambiente, che il funzionamento sano del respiro può andare incontro ad alterazioni: si perde la capacità di utilizzare le varie modalità respiratorie e adattarle alle circostanze, il più delle volte si perde la capacità di ritornare alla respirazione diaframmatica, e una certa modalità di respirazione, per lo più quella alta, toracica, diventa cronica, presente permanentemente senza necessità.

Quando può accadere questa evenienza? Quando il bambino è spesso in allarme, preda di paure, non ben protetto dagli adulti, quando deve cominciare a cavarsela troppo presto da solo. Il diaframma si irrigidirà, il respiro resta quasi paralizzato, e con l'andar del tempo non ritornerà più ad essere diaframmatico ma resterà sempre alto nel torace.

Abbiamo accennato che ciascuna modalità di respirazione ha una sua funzione adattiva e ciascuna ha effetti che servono in varie situazioni di vita.

Il Prof. Luciano Rispoli, fondatore del Neo-Funzionalismo ne ha individuate e studiate diverse che riporterò di seguito.

- **RESPIRO DIAFRAMMATICO PIÙ TORACICO**

Si alza prima la pancia e poi il torace, ma nell'inspirazione si abbassano insieme tutti e due. È un respiro molto profondo. Si riempie prima la parte bassa dei polmoni e poi anche quella alta. Serve, quindi, ad apportare più ossigeno nei polmoni. Infatti è utile quando si ha bisogno di avere più forza e più energia, pur potendo mantenendo una condizione fondamentale di calma.

- **RESPIRO TORACICO**

In questo tipo di respiro il diaframma e la pancia sono quasi immobili, il respiro è

tutto a carico del petto e della parte alta dei polmoni. Si può osservare una certa sconnessione tra la parte alta e la parte bassa del corpo. Utilizzato per affrontare, per dare forza, per aiutare nella lotta.

- **TORACICO ALTO**

Si tratta di un respiro toracico più esasperato. Pancia e diaframma non vi partecipano, neanche il torace si muove molto perché viene gonfiato, rimane cronicamente sollevato. Il respiro è portato completamente verso l'alto, quasi in gola.

Tale modalità si presenta quando una persona prova un forte spavento e resta col "fiato mozzato".

In tutti i casi di asma si rileva un respiro toracico alto: il petto è gonfio e le condizioni di spasmo ai bronchioli polmonari sono molto probabilmente sollecitate da questo sovraccaricare continuamente la parte alta dei polmoni.

- **RESPIRO IN INSPIRAZIONE CRONICA**

Nell'inspirazione l'aria viene come inghiottita, risucchiata dalla "gola", si tende a mantenere l'inspirazione che poi stenta a essere rilasciata. Il respiro è trattenuto in inspirazione e soltanto dopo un certo intervallo l'aria è rilasciata.

Respiro utilizzato per sopportare, resistere in generale e resistere più specificamente al dolore. Mantenere l'inspirazione ha un effetto anestetizzante sul dolore: i bambini prima di un'iniezione tirano il respiro e trattengono il fiato.

- **ESPIRAZIONE LUNGA**

Si tratta di una respirazione che ha come scopo il trattenere, il tenere bene il controllo, il non lasciare.

- **RESPIRO VELOCE, AFFANNOSO, CORTO**

Respiro di ansia, di allarme, di agitazione. Serve a ridurre l'emozione o la fatica; proprio come dopo una corsa, quasi a sbollire la fatica.

- **RESPIRO SCOORDINATO**

Quando subentra un controllo dell'atto respiratorio, questo non è più spontaneo: nell'onda respiratoria viene a mancare una

certa armonia, i tempi di espansione di addome e torace sono sfalsati e cambiano continuamente. Il torace può sollevarsi a volte prima dell'addome a volte dopo.

- **RESPIRO A SCATTI**

C'è movimento del diaframma ma non fluido perché i muscoli sono tesi: si attivano e si rilasciano con degli scatti che producono un caratteristico ritmo frammentato. Tipico nei bambini dopo un pianto a singhiozzi, al termine tirano respiri più lunghi, con sobbalzi perché diaframma e muscoli della respirazione non si sono ancora rilasciati del tutto.

- **RESPIRO ADDOMINALE CON CONTRACCOLPO**

L'addome si muove ma durante l'espira-zione, mentre si sta abbassando, è visibile un contraccolpo verso l'alto generato da un ritorno della contrazione muscolare della fase inspiratoria, una difficoltà a lasciarsi andare completamente nell'espira-zione.

- **RESPIRO FALSAMENTE DIAFRAMMATICO**

Il diaframma apparentemente sembra muoversi dal momento che l'addome si solleva. In realtà la persona agisce sui muscoli della pancia per sollevarla e il diaframma è teso e quasi del tutto immobile.

Spesso il soggetto cerca di ritrovare una respirazione diaframmatica, ci prova, ma gli sforzi finiscono per accentrarsi su un distretto muscolare che è estraneo alla respirazione vera e propria.

- **RESPIRO LEGGERO, INESISTENTE**

Si usa per non farsi sentire, diventare quasi invisibili.

- **INSPIRAZIONE RAPIDA INGHIOTTIRE IL RESPIRO RESPIRO TRONCATO**

Respiro tipico del dolore, ma anche di una condizione di angoscia.

- **ESPIRAZIONE FORZATA A BOCCA SOCCHIUSA**

L'aria esce veloce e rumorosa. Serve ad accelerare la scarica senza andare nell'ansia. Lo scopo, dunque, è aiutare a scaricare più velocemente la fatica.

- **SBUFFARE**

Respiro volto a diminuire l'ansia. Un ten-

tativo di arrivare a fare respiri diaframmatici, per contrastare il respiro corto dell'ansia.

Studi condotti sul ruolo e l'efficacia della respirazione diaframmatica profonda spontanea e relazioni con il vago

Il Neo-Funzionalismo è sostenitore della respirazione diaframmatica profonda e spontanea, come presupposto di benessere e salute. La definisce profonda e spontanea perché non è superficiale, ma arriva in profondità; spontanea perché non è forzata. Muscolo per eccellenza preposto a tale respirazione è il diaframma.

Il diaframma, muscolo che taglia trasversalmente il corpo, innestato sulle costole davanti e dietro la schiena; è un muscolo di tipo misto, volontario e involontario al contempo: funziona anche se non lo attiviamo volontariamente ma può anche essere sollecitato volontariamente per tirare sospiri più profondi. Si può, quindi, considerare un ponte tra uno stato più consapevole e un funzionamento di tipo più autonomo, vegetativo.

Nell'inspirazione il torace resta fermo, abbassato, si espande la parte inferiore dei polmoni, che ha capacità volumetrica maggiore della parte superiore. Il diaframma si abbassa spingendo più in basso gli organi addominali; il ventre si alza. Nello stesso tempo si sollevano anche le ultime costole e permettono che entri aria nel basso dei polmoni. Altri muscoli sono coinvolti: quelli della schiena, delle spalle, del pavimento pelvico per favorire la discesa dell'aria verso il basso. L'inspirazione è una fase attiva, di lieve e lento sforzo.

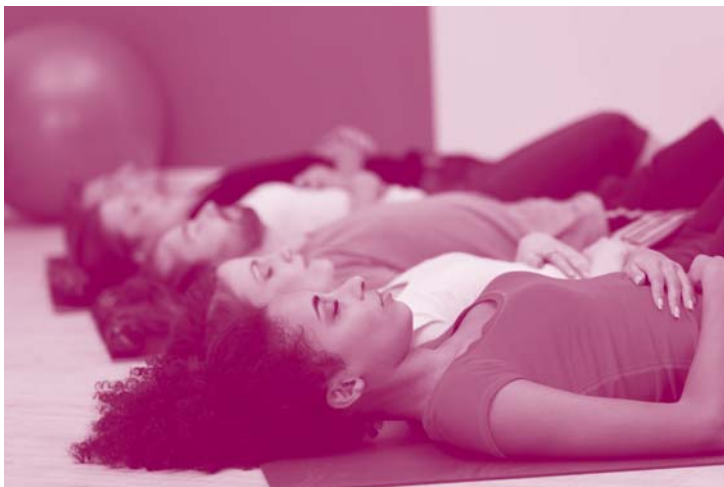
In un bambino piccolo si può notare bene la respirazione diaframmatica profonda e spontanea, atto in cui l'inspirazione appare un movimento complessivo che prende quasi tutto il corpo, che si espande in esso, e la curvatura della colonna vertebrale tende a raddrizzarsi.

La fase di espirazione è generata dal rilassarsi

di tutta la muscolatura interessata alla respirazione, il diaframma risale e le costole si abbassano. L'aria esce non più trattenuta perché ha una pressione leggermente superiore a quella esterna, L'aria esce molto più rapidamente di quando è entrata, e senza forzatura, spontaneamente. La fase di espirazione deve essere caratterizzata da un lasciare profondo e l'intero corpo tende ad ammorbidirsi.

Se succede che l'espirazione è prolungata vuol dire che i muscoli non si sono allentati completamente ma vengono rilasciati solo a poco a poco in modo controllato e l'aria viene trattenuta, perdendo la modalità del movimento spontaneo e naturale, e perdendo anche l'effetto di stimolare la parasimpaticotonia, come vedremo più avanti.

Nei nostri studi abbiamo messo in relazione il ciclo respiratorio in modalità diaframmatica profonda spontanea con gli effetti simpaticotonici/parasimpaticotonici, essendo il diaframma in contatto con i nervi del vago. L'innervazione parasimpatica segue il decorso dei grandi vasi.



Le innervazioni del vago nel diaframma sono importanti e vengono nettamente stimolate dal movimento del diaframma nel rilasciarlo

Abbiamo fatto osservazione anche sul ritmo del respiro e sui suoi tempi: la fase inspiratoria è più lunga di quella espiratoria, risulta importante tra un atto completo inspirazione/espirazione e l'altro un momento di pausa.

Le fasi temporali sono state indicate di 3-4

tempi per l'inspirazione, nessuna pausa dopo l'inspirazione, 2 per l'espiazione, e 2 di pausa dopo l'espiazione.

Considerando la frequenza del battito cardiaco, uno degli indicatori classici dello stato di attivazione del neurovegetativo, abbiamo monitorato (ovviamente negli anni il campione, in partenza eterogeneo, è diventato sempre più numeroso) la frequenza del polso durante un intero ciclo respiratorio: il battito cardiaco accelera lievemente in inspirazione e rallenta sia durante l'espiazione che nella pausa post-espiazione. Se questa pausa dura troppo la frequenza del battito cardiaco tende nuovamente a ri-aumentare.

Quindi, di pari passo con l'alternanza inspirazione-espiazione (che è anche alternarsi di stato di attivazione-disattivazione) procede l'alternarsi della simpaticotonia (sistema della vigilanza e dell'attivarsi nel pericolo) con la parasimpaticotonia; la respirazione diaframmatica profonda spontanea porta ad una condizione di vagotonia cioè un prevalere del sistema della calma e della tranquillità.

Si è visto, di contro, che se la espiazione non è spontanea ma allungata, controllata, o forzata e alterata come nella respirazione prevalentemente toracica, prevale il sistema simpaticotonico.

Il Sé un sistema unitario e un sistema integrato

Tutto quanto detto fino ad ora assume rilevanza nella pratica clinica. Svariate sono le sintomatologie, le patologie, i disagi correlati ad alterazioni del respiro.

In realtà il respiro è una Funzione dell'organismo.

In ottica Funzionale l'organismo è visto come sistema unitario.

Nel tempo si sono sviluppate teorie sempre più a favore delle interazioni mente-corpo fino a concezioni moderne che sostengono e dimostrano l'unitarietà dell'organismo, non tanto un parallelismo tra fenomeni corporei e fenomeni mentali quanto processi non separatamente mentali e fisici ma psicocorporei. Ne fornisce grande testimonianza il Neo-Funzionalismo con lo studio, la scoperta, le ricerche che mostrano come l'organismo umano sia un sistema "mosso e costituito"

da sistemi integrati che funzionano tra loro sinergicamente. Persino il cervello, come dimostrano oggi le neuroscienze, è sempre disposto a "modificarsi e riorganizzarsi", generando nuovi neuroni e nuove connessioni tra di loro: e la psicoterapia ha un'azione favorente in tale processo.

La pratica psicoterapeutica Funzionale è in grado di portare l'organismo ad una complessiva ristrutturazione, è una terapia esperienziale correttiva che agisce sui sistemi integrati dell'organismo, che attiva nuovi percorsi (comportamentali, cerebrali, ecc.) in un organismo che si presta ad una plasticità trasformativa.

La concezione fondante del Neo Funzionalismo, la peculiarità che permette di compiere il salto epistemologico è aver chiarito che l'organismo non si può e non si deve scomporre in parti né bisogna osservarne aspetti isolati. La visione è dell'individuo come unità inscindibile, non frazionato in parte somatica e parte psichica, e di esso bisogna osservare i processi psicocorporei, così concettualizzati dal Neo Funzionalismo. Questo nuovo concetto di processi psicocorporei permette di guardare all'organismo in una osservazione complessiva ma dettagliata al tempo stesso. Una osservazione multidimensionale che prende in considerazione direttamente i Funzionamenti di Fondo della persona, che sono alla base dei suoi comportamenti, dei suoi atteggiamenti, delle sue scelte, del modo di relazionarsi, e anche dei suoi eventuali sintomi.

Questa è la grande rivoluzione epistemologica del Neo Funzionalismo.

Da una tale visione torica deriva che la pratica psicoterapeutica del Neo-Funzionalismo è in grado di portare l'organismo ad una complessiva ristrutturazione, la terapia viene condotta come una esperienza correttiva che agisce sui sistemi integrati dell'organismo già detto

Dobbiamo risalire innanzitutto al concetto di Esperienze di Base del Sé (EBS), teorizzate e definite dal Prof. Luciano Rispoli, fondatore del Neo Funzionalismo, come i "mattoni della vita". (Le Esperienze di Base del Sé, L. Rispoli. Edizioni F. Angeli).

La Psicologia Funzionale ha chiarito la presenza di tali esperienze fondamentali attraverso anni di ricerca sulla vita neonatale e ha osservato l'importanza del modo in cui tali esperienze vengono

esperite e attraversate. Possiamo affermare che se l'ambiente sarà facilitante e offrirà adeguato appoggio e sostegno all'esplicarsi e sperimentare di tali esperienze basilari, esse progrediranno verso capacità piene, e come mattoncini su di esse l'individuo costruisce il bagaglio delle proprie competenze. Le Esperienze Basilari devono avere uno svolgimento positivo affinché siano assicurati al bambino la continuità di esistenza del Sé (senza precoci brusche interruzioni), la conservazione dell'integrazione originaria, uno sviluppo armonico e pieno di tutte le Funzioni psicocorporee, l'acquisizione di un bagaglio di Capacità il più ricco possibile.

Esse, quindi, sono esperienze indispensabili ad uno sviluppo armonico ed equilibrato del bambino.

Le EBS rendono possibile la soddisfazione dei bisogni fondamentali del bambino: sono esperienze più ricettive come quelle di Essere Tenuti e Contenuti, di Protezione, di Essere Presi e Portati, di Ricevere, di Essere Amati, di Essere Visti, Compresi e Apprezzati. Ma sono anche esperienze più attive come Prendere, Cambiare l'altro, Portare l'altro dalla propria parte, Saper affrontare, Controllo (non solo quello duro ma anche morbido), Dare, Amare, Esplorare, Percepire, e sono anche esperienze di armonia psico-fisica quali il Benessere, la Calma.

Appare chiaro che si tratta di particolari esperienze che servono come fonte di competenze per la vita, per i rapporti umani, per la propria realizzazione, armonia e benessere. La sfaccettatura evolutiva consiste nel percorrere tali esperienze durante l'infanzia con l'appoggio positivo dell'ambiente, così che tali esperienze incoraggiate e ben attraversate, non solo permettono di mantenere l'integrità originaria, ma si consolidano e specializzeranno diventando capacità stabili, definiti Funzionamenti di Fondo della persona con cui essa "viaggerà nel mondo".

Al contrario, un ambiente ostacolante impedirà lo sviluppo sano di tali esperienze e il processo non sarà di costruzione ma di indebolimento, atrofizzazione dei Funzionamenti, fino allo sviluppo di alterazioni patologiche, che indurranno quelli che siamo abituati a guardare come sintomi.

Ogni Esperienza di Base è caratterizzata da una particolare configurazione delle Funzioni che

la compongono: ciascuna Funzione vi assume una certa connotazione nel suo andamento tra le due polarità. Per ogni diversa Esperienza di Base si osserva una differenza nella configurazione delle Funzioni. Tutte le Funzioni sono presenti sin dall'inizio della vita e vanno ad assumere nuove sfumature quando il bambino interagisce con realtà differenti e ha occasione di toccare nuove esperienze" (Rispoli, 2004, pag.49-50).

Sin dalla nascita "il neonato organizza la propria relazione con l'ambiente attraverso l'utilizzo di tutte le Funzioni del Sé (...).

Guardare ai Funzionamenti di fondo ci dà la possibilità di attribuire criterio alle alterazioni.

L'espressione «ho il fiato in gola, ho il respiro in gola, mi si è mozzato il respiro per la paura» sono ben spiegati dal Funzionalismo: nei momenti di paura il respiro si paralizza e rimane sospeso come in attesa che il pericolo sia passato ma può rimanere cronicizzato in questa modalità anche quando il pericolo è cessato o è inesistente; questo è un esito di memoria corporea.

Il respiro diventa alto e toracico perché il diaframma tende a fermarsi costringendo la parte alta del torace ad allargarsi per richiamare aria all'interno dei polmoni; inoltre, diminuisce di intensità, quasi che in questo modo la persona riuscisse a non farsi né sentire né vedere.

Quindi in ogni progetto terapeutico ciò che si va a recuperare sono le Esperienze di Base, e nel lavoro correttivo si utilizzano tecniche psicocorporee, proprie del Neo-Funzionalismo, che utilizzano il più possibile tutte le Funzioni dell'organismo, sui vari piani e sistemi del Sé. Il respiro, oltre ad essere un regolatore generale di benessere e salute, è una delle Funzioni del Sé, che si può alterare - ad esempio - quando nell'infanzia l'esperienza della Protezione, dell'Essere Tenuti, del Controllo non sono state attraversate con un adeguato apporto dell'ambiente.

Memoria corporea

La terapia Funzionale non agisce sul corpo solo perché il corpo è una parte del paziente, né agisce sul respiro perché ora è di moda.

Il corpo è una memoria storica e conserva tracce di antiche vicende infantili, del modo in cui abbiamo sperimentato le nostre Esperienze Basilari,

i nostri bisogni fondamentali, che non si limitano al puro nutrimento o alla sola sopravvivenza ma che includono svariate direttrici per l'espansione del Sé.

I ricordi del corpo sono da ricercare nella muscolatura, invariabilmente tesa, contratta o flaccida; nel modo di respirare, stabilmente toracico o lieve e silente; nella tonalità della propria voce, costantemente flebile, fioca, lamentosa; nelle nostre posture sempre accartocciate, ripiegate, inarcate, indurite; nello sguardo tendenzialmente basso, di traverso o anche eccessivamente dilatato; nei movimenti spesso incontrollati come tic oppure sempre immobili; in uno stato della pelle di sudorazione permanente, o molto fredda o con parti distali congelate; nel percepire il dolore in maniera eccessiva o una assoluta insensibilità. In tutte queste tracce sono evidenti interruzioni di uno sviluppo sano. La memoria corporea si ritrova in particolare nelle Funzioni "Respirazione", "Tono muscolare di base", "Percezioni", "Posture", "Movimenti abituali".

Tutto questo ci indica, al di là del ricordo cognitivo, che l'ambiente, le figure di riferimento, non hanno risposto positivamente ai bisogni fondamentali del bambino.

La respirazione in terapia e le tecniche Funzionali

Da tutto quanto detto fin qui, risulta fondamentale in terapia recuperare la respirazione diaframmatica profonda spontanea lì dove si sia alterata. Molto spesso i pazienti hanno alterazioni del respiro proprio per il suo importante ruolo di regolatore. E quando il respiro è alterato risulta addirittura dannoso amplificarlo: si andrebbe a rafforzare ciò che è alterato. Un'amplificazione di un respiro non diaframmatico spontaneo ha anche effetti e sensazioni nocive e sgradevoli: giramenti di testa troppo forti, piccoli collassi, nausea intense, visioni alterate, e tetania cioè irrigidimento delle mani e delle braccia, della bocca e progressivamente di altre parti del corpo, dovuti ad una particolare condizione simpaticotonica con il rilascio di particolari proteine scatenata da una iper-ossigenazione forzata.

E' necessaria molta attenzione e una buona conoscenza complessiva dell'organismo nel lavoro

su un respiro alterato. La terapia Funzionale interviene sulla Funzione respiratoria con tecniche specifiche studiate e messe a punto attraverso anche la verifica dei risultati nel tempo.

Un esempio di tecniche specifiche consiste nel massaggiare i muscoli contratti, tenendo abbassato con una mano il torace per fare alzare l'addome, aiutando a "lasciare" nell'espirazione con una azione sulle ultime costole, oppure un contatto leggero sull'addome che ha la funzione di richiamare l'aria verso il basso; ma ci sono ancora molte altre tecniche specifiche che portano a sperimentare e ricostruire la respirazione diaframmatica.

Restaurare la respirazione diaframmatica produce una serie di effetti positivi che favoriscono anche il procedere del processo terapeutico. Il lavoro sulla respirazione rappresenta uno dei punti centrali durante tutto il percorso della terapia: in primis perché riapre sensazioni di benessere, di calma, di serenità, e poi perché modifica il funzionamento alterato liberando la persona dai sintomi.

La pratica Funzionale ha anche messo a punto una griglia di osservazione del respiro in cui la funzione respiratoria è stata rilevata attraverso più variabili ad essa connesse, e precisamente 6 parametri, ciascuno dei quali ha 4 livelli con punteggi che vanno da 1 a 4.

Sono indagati: la congruenza tra gli andamenti della respirazione toracica e di quella addominale, tra il sollevarsi e l'abbassarsi del torace e della pancia; le pause della respirazione del torace; le pause della respirazione addominale; il rapporto tra i tempi di salita e discesa della curva respiratoria (inspirazione ed espirazione); il rapporto tra ampiezza della respirazione toracica e quella della respirazione addominale (diaframmatica); la frequenza del ritmo respiratorio.

Ricerche sugli effetti

I risultati delle ricerche condotte dal Neofunzionalismo, supervisionate dal suo fondatore, Prof. Luciano Rispoli, hanno evidenziato che esistono significative correlazioni tra il ripristino della respirazione diaframmatica con le tecniche Funzionali ed effetti psicofisiologici a più livelli.

L'effetto di un lavoro sulla respirazione diaframmatica, anche solo durante una seduta di

terapia, è un miglioramento di vari parametri neurovegetativi: si abbassa la frequenza del battito cardiaco, migliora la temperatura corporea periferica (mani/piedi), lo stato di sudorazione, l'eventuale iperventilazione e spesso la pressione arteriosa.

Ho già citato studi sul campo condotti dai terapeuti Funzionali, dalla sottoscritta compresa, sulle relazioni positive tra buona e diaframmatica respirazione e parametri fisiologici. Si procede spesso ad un monitoraggio anche in quelle sedute di psicoterapia in cui si faccia un lavoro sull'allentamento profondo dell'organismo (che prevede un lavoro di mobilitazione del respiro, un recupero del respiro diaframmatico), con la misurazione di tali parametri (prima e dopo la seduta), l'osservazione di alcuni indici e il rilevamento delle sensazioni percepite dal paziente stesso (sempre prima e dopo). Un tale "esperimento" è stato da me condotto anche all'ultimo congresso FIAP (ottobre 2016) durante un workshop congressuale, che mi vedeva impegnata in un lavoro esperienziale sul benessere attraverso tecniche Funzionali integrate. Alcuni partecipanti si sono sottoposti volontariamente a tale misurazione/osservazione con evidenti benefici da essi stessi riportati.

Ciò dimostra che la respirazione diaframmatica porta sempre verso una condizione di parasimpaticotonia, o meglio vagotonia, osservabile anche attraverso le sensazioni soggettive della persona, che riferisce quasi sempre, maggior tranquillità, stato di rilassamento; e si nota da segni obiettivi, durante la seduta: i tratti del volto appaiono più distesi, i movimenti del corpo rallentano, migliora o cessa il tremolio oculare, le posture sono più aperte; dopo la seduta si notano occhi umidi, stato roseo e maggior turgore della pelle del viso.

Inoltre gli effetti si intensificano in tempi brevi e le persone riferiscono di dormire meglio, di digerire meglio, di avere un ritmo cardiaco più regolare, di avere regolarità nelle funzioni viscerali, di sentire maggior benessere e calma.

Una storia clinica, un esempio di alterazione cronica del respiro

Matteo oggi ha 37 anni, è direttore di banca, è una persona affidabile ma poco sicura di sé.

Arriva con uno stato di ansia generalizzata e

rituali ossessivi, si lava le mani spesso dopo aver salutato i clienti, dopo aver toccato carte sulla scrivania, dopo aver acceso la tv, dopo ogni uso del cellulare; spesso si alza per detergersi le mani mentre è al suo computer e svariate altre volte durante la giornata.

Ha avuto qualche attacco di panico che ha cercato di controllare con diazepam (ha un cugino medico), ha insonnia da mesi, ricorre a visite specialistiche frequentemente, ha disturbi gastrici da sempre, ha timore che si presenta accompagnato da sudorazione e tachicardia ad ogni nuovo incarico o quando si reca in trasferta presso gli Istituti bancari principali. Durante tali circostanze deve utilizzare i suoi puuf (broncodilatatori).

Ha cercato di affrontare da solo questa situazione ma poi è arrivato in terapia con una richiesta specifica: voglio stare bene per la mia famiglia.

«Avevo 7 anni, temevo di prendere le botte, mi arrivavano certi "scappellotti" inaspettati se mi cadeva qualcosa dalle mani o se non badavo bene ai 2 fratellini più piccoli (4 e 2 anni), se non ero attento a quando il piccolo doveva fare i suoi bisogni fisiologici o se l'altro si imbrattava con i pennarelli. La mia famiglia non era certo agiata, in casa con noi un anziano zio, che urlava senza motivo se gli gironzolavo tra i piedi. Le botte arrivavano come coriandoli dal cielo, dal papà, dallo zio e la mamma lanciava anche qualche ciabatta senza preavviso. I litigi in famiglia avvenivano a qualsiasi ora, durante il pranzo, di prima mattina e persino nel cuore della notte. Spesso mi svegliavo con l'affanno e non distinguevo se avevo avuto un brutto incubo oppure avevo sentito urlare in casa. In punta di piedi, trattenendo il respiro per non farmi sentire, scalzo, giravo per la casa, facevo il giro, prima in camera dei genitori controllavo che dormissero; e se capitava di sentire un loro respiro più profondo, mentre ero sull'uscio, tremavo e trattenevo forte il respiro. Ero confuso non sapevo se tranquillizzarmi perché i miei genitori dormivano o sentirmi sempre più solo con le mie paure. Poi mi affacciavo alla stanza dello zio, pure lui sempre sveglio; appena mi vedeva imprecava e io scappavo sotto le lenzuola con il fiato in gola, come un piccolo cucciolo che teme di diventare preda di chissà quale feroce predatore».

Matteo ha sofferto di asma nell'infanzia e di tanto in tanto ha ancora crisi respiratorie e apnee

notturne.

Nel tempo è diventato pauroso di tante cose, soprattutto che ladri e malviventi potessero penetrare in casa, e spesso smetteva di respirare, con il fiato strozzato in gola stava attento ai rumori, tentava di controllare tutto.

Matteo aggiunge anche che il respiro lo tratteneva anche quando arrivava un bello scroscio di botte, sulla testa, sulla schiena, sulle braccia, compreso qualche pizzicotto che diventava una tenaglia che stringeva, stringeva e non mollava, e guai ad urlare. Allora astenersi dal respirare era addirittura di aiuto (ovviamente, perché bloccare il respiro porta ad una anestesia di sensazioni).

Matteo è cresciuto, ha studiato, è diventato muscoloso perché va in palestra ad allenarsi spesso, i genitori oggi sono fieri della sua carriera; ma in Matteo è rimasta incapsulata la Paura, la non Protezione, un Controllo elevato, Sensazioni chiuse o sgradevoli. Soprattutto ce ne sono tracce nel suo respiro e nella sua corporatura: il suo torace si presenta gonfio e duro. Nel suo progetto terapeutico bisognava recuperare la guida, il potersi fidare e affidare, la protezione, l'allentamento del controllo, le sensazioni, la calma. Le tecniche di respiro sono state utilizzate in maniera preponderante fino ad arrivare a ripristinare la respirazione diaframmatica, che è la base del benessere e della tranquillità. Sono state associate anche al recupero di una voce aperta, non più strozzata, roca, di quando lo avevo conosciuto. Senza entrare nel merito di tutto il percorso di terapia, mi limito a dire che Matteo già nei primi mesi ha sentito sensazioni di calma piacere e benessere, non solo durante la seduta ma nella sua vita. Ora sorride quando pensa di avermi detto all'inizio che voleva stare bene per gli altri e mi dice: "è un mio diritto stare bene e io me ne privavo".

Quanto esposto, sostenuto da numerose ricerche, studi e osservazioni del Neo-Funzionalismo, ci fa affermare con certezza l'importanza della respirazione diaframmatica, che ha parte centrale in terapia: recuperare la capacità di respirare spontaneamente in maniera diaframmatica al fine di recuperare una importante capacità di regolazione dell'intero organismo, che porta verso un recupero generale di capacità di allentamento, calma e benessere.

Bibliografia

- Blundell, J. (1977). *Psicologia fisiologica*, Zanichelli, Bologna.
- Boadella, D. (1985). *Wilhelm Reich: The Evolution of His Work*, Routledge & Kegan, London.
- Boadella, D., Liss J., (1986). *La psicoterapia del corpo*, Astrolabio, Roma.
- Boyesen, G., (1985). *Entre psyché et soma, introduction à la psychologie biodynamique*, Payot, Paris.
- Bunkan, B.H., Thornquist, E., (1982). *Psykomotorist behandling. Festschrift til Aadel Bülow-Hansen*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Hinde, R. A. (1974). *Basi biologiche del comportamento sociale umano*, Zanichelli, Bologna, 1979.
- Hinde, R. A., (1977). *La comunicazione non verbale nell'uomo*, Laterza, Bari.
- Keleman, S., (1987). *Embodng experience*, Center Press, Berkeley.
- Laborit, H. (1979). *L'inibizione dell'azione*, Il Saggiatore, Milano, 1986.
- Lowen, A., (1994). *Respiration, mouvement, sensation, sentiment*, Les lieux du corp n. 1, Morisset, France.
- Mannoni, M. (2016), *La respirazione*, Xenia.
- Mott, F. (1948), *Bio-synthesis*, Mckay, Philadelphia.
- Ray, S., Orr L. (1976). *Rebirthing, The New Age, Celestial Arts*, Milbrae.
- Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabio, Roma.
- Rispoli, L. Andriello B. (1988). *Psicoterapia corporea e analisi del carattere*, Bollati Boringhieri TO.
- Rispoli, L. (2000). "La valutazione integrata dello stress", *Nuove frontiere della psicodiagnosi*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli, L., Di Nuovo S., Genta E. (2000). *Misurare lo stress*, Franco Angeli/Linea Test, Milano.
- Rispoli, L. (2003). *Il sorriso del corpo e i segreti dell'anima*, Liguori Editore, Napoli.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli, L., (2011). *Manuale delle tecniche Funzionali. I° e II° vol.*
- Rispoli, (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi*, F. Angeli Milano.
- Rosen, R. (2003). *Lo yoga del respiro*, Astrolabio Ubal dini Edizioni Roma.
- Ruggieri, V. (1987). *Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicosomatici*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*, Mc Craw-Hill, New York.
- Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale*, Cortina, Milano, 2001.
- Saradananda, S. (2014). *Il potere del respiro*, Red Edizioni.
- Pellegrini, L. (1961). *Patologia del diaframma*, Roma.

Valutazione psicologica e neuropsicologica per la definizione di un intervento terapeutico-riabilitativo in paziente con Malattia Rara

Giovanna Teresa Pontiggia*, Amalia Palmirotta**, Grazia DeMarco***

*Dirigente Psicologo Psicoterapeuta ASL/BA, Segretario Ordine Psicologi Regione Puglia, Professore a Contratto Università degli Studi di Bari e Istituto Skinner/Università Europea di Roma

**Psicologa, Esperta in Neuropsicologia Clinica

***Psicologa, Esperta in Psicodiagnostica, Specializzanda in Psicoterapia

Riassunto

Lo scopo del presente lavoro è sottolineare l'importanza di effettuare, nell'ambito dei servizi di riabilitazione, un'adeguata valutazione psicologica e neuropsicologica propedeutica alla programmazione di un intervento terapeutico-riabilitativo a misura del singolo. Il caso descritto è quello di un paziente di circa 60 anni affetto da una malattia neurologica rara. Nello studio viene approfondita la tematica della Malattia Rara e le problematiche a essa connesse. Si riporta, di seguito, il percorso valutativo posto in essere per il suddetto utente e il profilo clinico e cognitivo-funzionale emerso. Quest'ultimo rappresenterà il punto di partenza per la successiva e correlata programmazione di un percorso riabilitativo di tipo globale, costruito ad hoc, mirato alla valorizzazione delle potenzialità e delle abilità residue del paziente e al miglioramento della sua qualità di vita.

Parole chiave: *Malattia Rara, valutazione psicologica e neuropsicologica, intervento terapeutico-riabilitativo.*

L'ambito della riabilitazione, e in particolare il ruolo dello psicologo e del servizio psicologico nei contesti riabilitativi, deve far fronte a sfide sempre nuove, incamminarsi in percorsi non sempre già battuti, cercando di rispondere ai peculiari bisogni degli utenti, in un modo da essere rispettoso dell'unicità di ogni individuo.

Nell'area degli interventi riabilitativi rivolti a persone con Malattia Rara, risulta di fondamentale importanza una corretta valutazione psicologica e neuropsicologica del paziente, quale punto di partenza per la progettazione di un intervento terapeutico-riabilitativo volto alla rilevazione e valorizzazione delle sue potenzialità e delle abilità residue e al miglioramento della sua qualità di vita.

Le Malattie Rare (MR) rappresentano un gruppo di forme morbose decisamente numerosi ed

estremamente eterogeneo per età di insorgenza, eziopatogenesi e sintomatologia (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014). Possono colpire le abilità fisiche e/o mentali, le capacità sensoriali e quelle comportamentali (Ministero della Salute, Piano Nazionale Malattie

Rare 2013-2016). Molte MR sono gravi, cronicamente invalidanti e/o degenerative, altre presentano, invece, esiti meno infausti o invalidanti (Ministero della Salute, Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016). Alcune patologie possono presentarsi già dalla nascita o dall'infanzia, altre in età adulta (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014). Quello che le accomuna è una caratteristica distintiva: la rarità.

Le singole Malattie Rare hanno, di fatto, una bassa prevalenza nella popolazione, ma, se prese complessivamente, danno luogo a un fenomeno di rilevante entità (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014). Paesi diversi utilizzano limiti di prevalenza differenti per definire rara una condizione: il Congresso degli Stati Uniti ha individuato una soglia di prevalenza inferiore ai 7,5 casi su 10000 (Public Law 97-414. The OrphanDrugsAct. Washington DC, January 4, 1983), l'Unione Europea, invece, nelle indicazioni del "Programma d'azione comunitario sulle malattie rare 1999-2003", identifica come rara una malattia che colpisce meno di 5 persone su 10000. La molteplicità di tali condizioni cliniche, le difficoltà nel pervenire ad una diagnosi accurata e l'inadeguatezza degli attuali sistemi di codifica e classificazione rendono particolarmente onerosa una puntuale, condivisa ed esaustiva classificazione, condizionandone significativamente le statistiche (Istituto Superiore di Sanità, October 24, 2014a). Nei diversi Paesi, l'International Classification of Diseases (ICD), nelle sue varie versioni, coordinato dall'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS), rappresenta l'attuale riferimento internazionale per la classificazione delle malattie rare, nonostante non risulti soddisfacente per molte di esse, dal momento che poche MR hanno codici univoci specifici, alcune sono codificate all'interno di gruppi e molte, mancanti di codifica, sfuggono completamente al sistema di classificazione (Istituto Superiore di Sanità, October 24, 2014a).

Il numero esatto delle MR è, quindi, di difficile definizione, ma si stima che si aggiri intorno alle 6000-7000 condizioni cliniche, inoltre, nelle pubblicazioni scientifiche ne vengono descritte sempre di nuove (Orphanet, March 17, 2016).

Nel complesso le malattie rare possono colpire circa 30 milioni di cittadini solo in Unione Europea (Eurordis Rare Diseases Europe, n.d.), di cui circa 1-2 milioni in Italia (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014).

Nel nostro Paese il Decreto legislativo n.124/1998 ha incluso le Malattie Rare nelle condizioni aventi diritto alla esenzione dalla partecipazione alle spese sanitarie e il Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000 ha individuato, per la prima volta, tra i suoi obiettivi la sorveglianza delle patologie rare (Istituto Superiore di Sanità, October 24, 2014b). Successivamente, il Decreto Ministeriale n. 279/2001 ha istituito la rete nazionale di prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle MR e ha disciplinato le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria, includendo anche l'elenco delle MR aventi diritto a tale esenzione (Istituto Superiore di Sanità, October 24, 2014b). Nel 2008, con Decreto dell'Istituto Superiore di Sanità del 26 giugno, è stato poi istituito il Centro Nazionale Malattie Rare avente la missione di «ricerca, consulenza e documentazione sulle malattie rare e farmaci orfani finalizzata a prevenzione, trattamento e sorveglianza».

La condizione di rarità pone in essere diversi elementi di problematicità. In primis la minor frequenza delle singole patologie si accompagna spesso a una minor conoscenza di queste da parte dei medici, con conseguenti maggiori difficoltà a giungere a una diagnosi appropriata in tempi brevi e a un trattamento idoneo e tempestivo, con un potenziale impatto negativo sulla prognosi del paziente (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014). I percorsi diagnostico-terapeutici sono, inoltre, resi più tortuosi sia dalla esigua e non omogenea presenza sul territorio nazionale di strutture e operatori sanitari e socio sanitari capaci di fronteggiare gli specifici bisogni di salute di pazienti con MR che

necessitano, di fatto, di un'assistenza ultra specialistica, sia dalla difficoltà a condividere esperienze cliniche che determina una forte disomogeneità dei criteri diagnostici (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014); a ciò si aggiunge l'impatto che la condizione di rarità ha sulle possibilità della ricerca clinica, dato che la valutazione di nuove terapie è spesso resa ardua a causa dell'esiguo numero di pazienti che possono essere reclutati per i trial clinici e dato che il ricorso a una casistica multicentrica può, invece, diminuire la qualità dello studio, poiché si corre il rischio di avere criteri di reclutamento e trattamento disomogenei tra i differenti centri della ricerca (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014).

La diagnosi di malattia rara impatta notevolmente sulla qualità di vita sia del paziente che dei suoi familiari, entrambi «vivono un'esperienza doppiamente dolorosa rappresentata sia dalla condizione morbosa sia dalla condizione di solitudine» (Istituto Superiore di Sanità, November 3, 2014). Talvolta i familiari risultano iperprotettivi nei confronti del paziente causando un possibile isolamento dello stesso; altre volte prevalgono le risposte di rabbia o rifiuto, altre ancora rassegnazione (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, November, 2010). La presa in carico globale, quindi anche sotto il profilo psicologico, del paziente e del suo nucleo familiare, diventa una priorità per tali condizioni cliniche. Sulla base di un censimento dei bisogni espressi dai cittadini/associazioni, il Coordinamento Regionale per le Malattie Rare (CoReMaR) Puglia ha, infatti, rilevato l'esigenza di sviluppare una presa in carico della persona e della famiglia dal punto di vista psicologico (Coordinamento Regionale Malattie Rare (CoReMaR) Puglia - Piano programmatico 2013-2016).

Considerando, quindi, gli effetti diretti e/o indiretti non solo sul piano fisico, ma anche su quello psicologico che tali condizioni comportano, è importante approcciarsi a una valutazione psicologico-clinica, nonché neuropsicologica dei pazienti con Malattia Rara che miri a individuare gli elementi di forza e quelli di debolezza, al fine di programmare interventi finalizzati al potenziamento delle abilità residue e al miglioramento della qualità di vita degli stessi.

Questo intervento è la premessa per sviluppare una operatività che risponda ai bisogni dei cittadini portatori di Malattia Rara e del suo empowerment e miri a colmare i vuoti di intervento rilevati. Il lavoro riportato ha la finalità di esporre un percorso

di valutazione psicologica e neuropsicologica, prepedeutico alla programmazione di un progetto di riabilitazione, da costruirsi ad hoc, per un paziente di circa 60 anni affetto da una malattia neurologica rara, "l'anomalia di Chiari tipo I associata a cavità siringomielia cervico-dorsale".

La sindrome di Arnold Chiari tipo I è una malformazione, generalmente congenita, a livello della giunzione cranio-cervicale, caratterizzata da una discesa, attraverso il foramen magnum (grande apertura alla base del cranio), delle tonsille cerebellari, la parte inferiore del cervelletto, che penetrano nel canale spinale, causando la riduzione o il blocco del passaggio del fluido cerebro-spinale (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, March, 2008). Come riportato nel sito web dell'Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari (March, 2008), la sindrome di Arnold Chiari tipo I può risultare asintomatica sino all'età adulta, tuttavia può accadere che i sintomi si presentino anche nell'adolescenza o nell'infanzia. Tra i sintomi principali abbiamo forti dolori alla testa e al collo (spesso accentuati da starnuti, colpi di tosse o sforzi fisici), problemi nell'equilibrio e difficoltà nella motricità fine a livello delle mani; talvolta si evidenziano problemi visivi (vista indistinta o sfocata, fotosensibilità, nistagmo), alle orecchie (ronzii e rumori, riduzione dell'udito) o alle corde vocali. Altri sintomi clinici importanti, che fungono da campanello d'allarme, sono difficoltà a deglutire, apnee notturne, vomito incontrollabile e forti aritmie cardiache. La sindrome di Arnold Chiari tipo I può essere associata a Siringomielia, condizione clinica caratterizzata da infiltrazione del fluido cerebro-spinale all'interno del midollo spinale e conseguente formazione di una cavità cistica (siringa) che può provocare compressioni e/o lesioni alle fibre nervose del midollo stesso (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, March, 2008). I sintomi della Siringomielia sono molteplici e dipendenti dalla forma e dalla ubicazione della cavità, con uno sviluppo a decorso lento, anche se talvolta si possono palesare improvvisamente a seguito di un colpo di tosse, di uno sforzo, di una caduta o di un trauma (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, March, 2008). I sintomi più comunemente presentati sono: mancanza di sensibilità (soprattutto al caldo e al freddo), debolezza o spasmi muscolari, difficoltà motorie, stanchezza, parestesie, incontinenza, mal di testa e altri dolori di origine neuropatica e, in alcuni pazienti, la Siringomielia può condurre a gravi danni neurologici

sino alla paraplegia (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, March, 2008).

Nel percorso di valutazione predisposto per il paziente sono stati effettuati colloqui anamnestici e clinici e somministrazione delle batterie di test WAIS-R, MMSE, Matrici progressive colorate di Raven, DigitSpan (diretto/inverso), Corsi Span, Test del Breve Racconto, Test delle 15 parole di Rey (Immediata/ Differita), Test dell'Orologio, Test delle Matrici Attentive, A.C. di Milano, Fluenza Verbale Semantica, Fluenza Verbale Fonemica, TrailMaking Test A/B, Test di Stroop, Test dei Giudizi Verbal, ADL, IADL, SCL-90, BDI, STAI FORMA X, COPE.

Il paziente si presenta vigile, con adeguato orientamento spaziale, temporale e personale. È in grado di riportare le informazioni relative alla propria storia anamnestica, è collaborativo e si relaziona positivamente nel contesto clinico. La comunicazione risulta efficace, il linguaggio è appropriato e coerente nei contenuti.

Nella sfera cognitiva si rileva un adeguato livello di efficienza generale in relazione all'età e al livello di scolarità. Le abilità mnestiche risultano nella norma nella componente di memoria a lungo termine. Le prove di memoria a breve termine verbale evidenziano performance sufficienti, seppure si osservano punteggi ai limiti inferiori della norma laddove sono richiesti processi attivi di elaborazione dell'informazione. Punteggi ai limiti inferiori della norma si rilevano anche in prove che valutano performance di memoria a breve termine visuo-spaziale. Le capacità prassico-costruttive risultano nella norma nelle componenti centrali di programmazione motoria, ma compromesse nelle componenti grafo-motorie a causa dei deficit di forza delle parestesie soprattutto a carico degli arti superiori. Risultati positivi si ottengono a livello attentivo, con prestazioni nella norma sia in compiti semplici e complessi di attenzione selettiva che in compiti di attenzione divisa. Nelle prove che reclutano l'attivazione delle funzioni esecutive, si rilevano sufficienti capacità di ricerca lessicale, di shifting, di inibizione delle risposte automatiche e di capacità di giudizio critico.

La condizione risulta, invece, gravosa nella sfera delle autonomie personali e della gestione della vita quotidiana, con un'importante risonanza sul carico familiare e sulla possibilità di interazione sociale più allargata.

Sul piano della percezione di sé il paziente conosce la propria condizione clinica, ma tende a mini-

mizzarne l'impatto sulla sua vita quotidiana. Il tono dell'umore non risulta compromesso.

Sulla base dei colloqui e della valutazione effettuata si è predisposto un percorso terapeutico-riabilitativo che vuole essere rispettoso della unicità del paziente, che tenga conto delle sue risorse e sia mirato a promuovere una migliore qualità di vita. Si è programmato di effettuare colloqui clinici volti a promuovere una maggiore consapevolezza della condizione clinica e delle ricadute della stessa, che aiuti il paziente, nel suo doloroso e faticoso percorso di convivenza con la patologia, «a vivere con la malattia, trovando dei nuovi equilibri a livello personale e familiare» (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, May, 2016), a *non sentirsi diverso*, ma degno di avere una vita piena e con gli stessi diritti delle persone cosiddette "normali" (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, May, 2016) e, allo stesso tempo, a sentirsi pienamente "in diritto" di poter accedere ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie pertinenti e necessarie per la sua condizione clinica, senza dovere minimizzare e/o negare i bisogni di natura socio-sanitaria a essa correlati. Si punta, inoltre, a incrementare le strategie di coping e a mantenere e promuovere le autonomie personali residue. Questo al fine di aiutare il paziente «a non rassegnarsi, a cercare delle soluzioni, a chiedere aiuto, a trovare delle ragioni nuove nella propria esistenza» (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, May, 2016). «L'aumento della consapevolezza e della capacità di autodeterminazione del paziente (empowerment), punto di forza delle malattie croniche globalmente considerate, è indispensabile per le MR, che oltre alla cronicità condividono una pluralità di bisogni collegati alla difficoltà del loro trattamento e al fatto che la rarità impone sforzi coordinati per migliorarne la conoscenza e l'assistenza» (Ministero della salute, February 26, 2015).

Altri obiettivi, collegati con i precedenti, sono quelli di fornire l'utente di cognizioni sulle normative vigenti a tutela dei diritti di proprio interesse, sui servizi di cura presenti sul territorio e di promuovere l'accesso alle Associazioni specifiche. Queste ultime hanno un ruolo fondamentale nell'affiancare e, talvolta, anche nel sopperire alle mancanze delle Istituzioni, oltre che nel dar voce ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari (Istituto Superiore di Sanità, November 11, 2014). Esse promuovono politiche mirate, ricerche e interventi di assistenza sanitaria, informazione sulle malattie, sui trattamenti disponibili, sulle reti cliniche e strutture competenti

sul territorio, dando luogo a diversi progressi nel campo delle malattie rare e veicolando, nella società civile, una maggiore consapevolezza delle caratteristiche di queste malattie e dei problemi che da esse derivano (Ministero della salute, February 26, 2015). Inoltre, «nello specifico ambito delle malattie rare è intenso il vissuto di isolamento da parte dei pazienti e dei loro familiari» (Taruscio, 2009, p. 12) per cui il costante confronto di esperienze che avviene nell'ambito delle Associazioni dei pazienti e l'opportunità che ne deriva di condividere difficoltà, problemi e impegno per ottenere riconoscimenti e tutele dei diritti, si associa alla possibilità di costruire un bagaglio di conoscenze, differente da quello medico-specialistico, ma comunque utile ad affrontare al meglio la malattia (Istituto Superiore di Sanità, November 11, 2014; Ministero della salute, February 26, 2015).

«Una diagnosi di malattia rara non è facile né per il paziente né per i suoi familiari» (Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari, May, 2016). Le preoccupazioni, le difficoltà e i disagi a essa connessi non possono non interessare e impattare anche sull'intera famiglia, la quale, quindi, non può essere estromessa da una presa in carico. In linea con tale principio, si è programmato di effettuare incontri di sostegno e psico-educativi con i componenti della famiglia e, in particolare, con il caregiver primario. Tali colloqui sono volti a fornire strumenti e strategie funzionali a interagire correttamente col paziente e a prevenire il rischio di burnout di coloro che in prima linea lo affiancano e lo supportano nelle difficoltà connesse alla patologia. Sostenere la famiglia nella difficile e dolorosa convivenza con la patologia invalidante di uno dei suoi componenti, cercando di promuovere un clima più sereno e considerevole delle esigenze e dei progetti di vita di ciascuno, significa, in ultima analisi, anche aiutare i membri della famiglia a supportare in modo più conscio il paziente nel rispetto dei propri e altrui bisogni e desideri.

Il lavoro qui presentato rappresenta un esempio, non certamente esaustivo, di presa in carico dal punto di vista psicologico-riabilitativo di un utente con patologia rara. In una visione olistica dell'essere umano, non si può prescindere dal considerare l'impatto che una condizione medica, a maggior ragione se rara, ha sul vissuto e sulla definizione di sé. Nello specifico, la Sindrome di Arnold Chiari e la Siringomielia possono avere una significativa influenza sulla condizione di vita del malato, determinando concreti cambiamenti nella sua quotidianità.

In tali affezioni, inoltre, «la variabilità sintomatologica legata al grado e/o alla sede di lesione è tanto ampia che non ha utilità correlare la patologia a un trattamento riabilitativo standard» (Rete Interregionale Piemonte e Valle d'Aosta Malattie Rare, n.d., p.6). La valutazione psicologica e neuropsicologica pensata per il paziente ha permesso di delineare un percorso terapeutico-riabilitativo commisurato alle sue specificità, consentendo una modulazione calibrata del lavoro terapeutico-riabilitativo. Ponderare gli interventi sulle particolarità dei singoli pazienti, pensando all'intervento come a un «insieme di strategie abilitanti e riabilitanti deputate alla riapertura di canali relazionali, alla ridefinizione del tempo, degli spazi e dell'uso della quotidianità, attraverso il potenziamento delle abilità residue e il recupero possibile delle abilità perse» (Pontiggia, Giacobuzzo, Gallicchio, Occhinegro e Prospero, 2015), rappresenta il principio che deve guidare e informare l'intervento nei contesti riabilitativi.

Bibliografia

- Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari. (March, 2008). *Chiari I e Siringomielia*. Retrieved June 30, 2016 from <http://aismac.org/chiari-1-e-siringomielia/>
- Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari. (November, 2010). *Come migliorare la qualità della vita*. Retrieved June 6, 2016 from http://www.aismac.org/cosa_fare_004.php
- Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari. (May, 2016). *Farsi Aiutare*. Retrieved September 7, 2016 from <http://aismac.org/farsi-aiutare/>
- Coordinamento Regionale Malattie Rare (CoReMaR) Puglia. *Piano programmatico 2013 - 2016*. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 32 del 03.03.2015.
- Decisione n.1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999. *Programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica 1999 - 2003*. Gazzetta ufficiale n. 155 del 22.06.1999.
- Decreto dell'Istituto Superiore di Sanità del 26 giugno 2008. *Integrazione al decreto 24 gennaio 2003 recante norme per l'organizzazione strutturale e la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'Istituto superiore di sanità*. Gazzetta Ufficiale n. 157 del 7.07.2008.
- Decreto legislativo n. 124 del 29 aprile 1998. *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*. Gazzetta ufficiale Serie Generale n. 99, 30.04.1998.
- Decreto Ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001. *Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*. Gazzetta Ufficiale n. 160 del 12.07.2001, Supplemento Ordinario n.180/L.
- Eurordis Rare Diseases Europe. (n.d.). *Le malattie rare*. Retrieved April 24, 2016 from <http://www.eurordis.org/it/malattie-rare>
- Istituto Superiore di Sanità. (October 24, 2014a). *Codifica e classificazione*. Retrieved May 28, 2016 from <http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2467&tipo=76>
- Istituto Superiore di Sanità. (October 24, 2014b). *Normativa italiana*. Retrieved October 9, 2016 from <http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2300&tipo=76>
- Istituto Superiore di Sanità. (November 11, 2014). *L'Associazione come risorsa*. Retrieved June 1, 2016 from <http://www.iss.it/cnmr/index.php?id=2516&tipo=79>
- Istituto Superiore di Sanità. (November 3, 2014). *Le malattie rare*. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2299&tipo=76>
- Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000*. Retrieved September 10, 2016 from http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf
- Ministero della Salute. *Piano Nazionale Malattie Rare 2013 - 2016*. Retrieved September 10, 2016 from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2153_allegato.pdf
- Ministero della salute. (February 26, 2015). *Le Associazioni*. Retrieved June 1, 2016 from http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=709&area=Malattie%20rare&menu=vuoto
- Orphanet. (March 17, 2016). *Informazioni sulle malattie rare*. Retrieved April 24, 2016 from <http://www.orphanet-italia.it/national/IT-IT/index/le-malattie-rare/>
- Pontiggia, G.T., Giacobuzzo, A., Gallicchio, I., Occhinegro, V., & Prospero, L. (2015). Promozione dell'integrazione sociale e sviluppo dell'empowerment del minore e dell'adulto in neuroriabilitazione attraverso azioni di auto-mutuo aiuto. In *Atti del 10° Convegno internazionale "La qualità dell'integrazione scolastica e sociale" - Centro Studi Erickson* (Palacongressi Rimini, November 13-14-15, 2015). Retrieved September 19, 2016 from http://www.convegni.erickson.it/qualitaintegrazione2015/wp-content/uploads/2016/01/B_Pontiggia.pdf
- Public Law 97-414. The Orphan Drugs Act. Washington DC, January 4, 1983.
- Rete Interregionale Piemonte e Valle d'Aosta Malattie Rare. (n.d.). *Raccomandazioni condivise dal Consorzio "Siringomielia -Sindrome di Chiari"*. Retrieved September 15, 2016 from http://aismac.org/wp-content/uploads/297_101.pdf
- Taruscio, D. (2009). *Malattie rare e medicina narrativa*. In A.E. Gentile, I. Luzzi, S. Razeto, & D. Taruscio (Eds.), *Atti del Convegno Medicina narrativa e malattie rare - Istituto Superiore di sanità* (Rome, June 26, 2009) (pp.11-14). Retrieved September 9, 2016 from <http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/0950web.pdf>

Come un figlio cambia in terapia familiare

Ignazio Damiani

Psicologo, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale in formazione

Riassunto

Il presente articolo intende condividere considerazioni inerenti una tematica di grande interesse, di frequente trattata dalla letteratura che si occupa di psicoterapia. L'argomento in questione concerne il cambiamento di un figlio, all'interno della cornice di un percorso di psicoterapia familiare.

Si desidera ripercorrere a grandi linee i passaggi fondamentali di un trattamento al momento ancora in corso e seguito in supervisione indiretta dal Prof. Giuseppe Vinci, presso l'Istituto Change di Bari, sede del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma.

Parole chiave: cambiamento, diagnosi, sintomo, comunicazione, famiglia, depazientificazione

Introduzione

Il lavoro qui illustrato è stato intrapreso assieme a una famiglia di cinque componenti: genitori e tre figli. A portare sulle spalle il peso del sintomo, o meglio della pluralità di manifestazioni sintomatiche, è Paola¹, figlia primogenita, di dodici anni.

Tale percorso, avviatosi e sviluppatosi sulla base di ipotesi e metodologie sistemiche, consente di assistere e di partecipare attivamente alla trasformazione della ragazzina nel suo assetto interiore e relazionale, aprendo uno scenario completamente differente rispetto a quello presentato al principio.

La copiosa sintomatologia e la seria preoccupazione dei genitori iniziano a lasciar spazio alla sua autentica natura, concedendo respiro a lei e ai suoi cari.

È interessante condividere, quindi, parte del corollario di ragionamenti, riflessioni e metodologie che ha consentito l'emergere del cambiamento atteso dai pazienti, che è l'obiettivo della psicoterapia.

Paola e il suo sistema familiare incarnano l'immagine della plasticità del mutamento umano, icone di una metamorfosi che esige di essere osservata, compresa, spiegata.

Da questo punto di vista, balza agli occhi il costante e meraviglioso intreccio tra letteratura e psicologia: Ovidio rintracciava il mito del dolore più intimo insito nelle creature in trasformazione, dipingendo con vividezza di particolari e in modo realistico, proprio quei brandelli di sofferenza che spesso si incontrano in stanza di terapia. Trattasi di un tesoro culturale mai silenzioso, tramandato attraverso miti che raccontano storie di trasformazioni di vita e che hanno ancora da dirci tanto, mostrando una facies versatile, attuale e sempre utile anche nel mondo della psicoterapia.

Il sintomo parlante

L'epistemologia sistemica scorge nel sintomo presentato dal paziente il suo valore comunicativo, un'eloquenza non trascurabile, sebbene mascherata da linguaggi a volte difficilmente decifrabili.

Una pietra miliare in tal senso è rappresentata dai contributi offerti dalla Scuola di Palo Alto, terreno su cui hanno mosso i primi passi i grandi pionieri della Terapia Familiare. È proprio dall'interno di tale effervescenza culturale in campo psicologico, infatti, che Paul Watzlawick introduceva il suo primo assioma: "*Non si può non comunicare*" (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971), secondo cui lo stesso atto sintomatico ha in sé un messaggio comunicativo da decodificare.

Ma, ancor prima degli anni sessanta del secolo scorso, le radici etimologiche del termine *comunicazione* si spingono nella direzione di un doppio versante semantico, portando alla luce un'ambivalenza promotrice di uno sguardo complesso.

In effetti, la radice "*cummunus*" (trad. lett. it.: "con dono") rimanda all'attività del "mettere in comune" e all'esperienza metaforica di un omaggio offerto a terzi, concesso a chi potrebbe accoglierlo. In tal senso, dunque, anche la comunica-

¹ Ai sensi della legge sulla privacy, il nome della ragazza è stato modificato, così come ogni altro elemento che potrebbe far identificare le persone con cui questo lavoro è stato intrapreso.

zione sintomatica pare assumere le vesti di una vantaggiosa concessione, offrendo informazioni e vissuti preziosi per l'ermeneutica del lavoro.

La seconda radice "*cummoenia*" (trad. lett. it.: "con le mura") rinvia, viceversa, a un'espressione tipica del linguaggio bellico-militare. Le mura sono quelle dei paesaggi di guerra, quelle che definiscono il territorio da difendere, i confini protettivi che garantiscono sicurezza.

Attraverso le sue espressioni sintomatiche, dunque, il paziente si pone in una posizione di apertura capace di incentivare la costruzione di uno spazio comune, cioè un ambiente simbolico da condividere e che si muove verso l'altro (Bellino, 2010), il terapeuta e la sua famiglia. Simultaneamente, però, lo stesso individuo pare tenace custode dell'oggetto del suo stesso comunicare (Mangano, 2013).

Il prestigioso contributo offerto da Mara Selvini Palazzoli sembra sintetizzare i due lati della medaglia, in seno all'idea per cui ogni sintomo incarna l'espressione della sofferenza e, al contempo, la difesa dalla stessa, essendo questa, spesso, difficilmente tollerabile soggettivamente (Selvini, 2004).

L'eclissi della persona

Paola si presenta come uno scrigno di significati, portatrice di un'esuberante e sintomatica spinta comunicativa.

I suoi genitori la descrivono "una ragazzina problematica", con una storia di difficoltà pregresse manifestate già durante la prima scolarizzazione, probabile contenitore di disturbi che tuttora pendono sul suo capo come una spada di Damocle: una iniziale ipotesi di disgrafia, seguita dal timore che Paola fosse disprassica, goffa nei movimenti, iperattiva, incapace di diventare autonoma. Ipotesi diagnostiche descritte con fervore dai genitori, ma mai confermate clinicamente.

Viceversa, la storia da loro stessi narrata riporta che tali diagnosi siano state palesemente disconfermate dagli accertamenti cui Paola è stata sottoposta ciclicamente nel tempo, a partire dal periodo in cui frequentava la scuola primaria: un lungo calvario in cui la ragazzina si trova a confrontarsi con specialisti di ogni genere, vedendo i suoi genitori impegnatissimi e mai stanchi nell'affannosa

ricerca del nome della sua patologia.

Per la sua famiglia, "*contesto relazionale privilegiato*" (Malagoli Togliatti e Cotugno, 1996) per lo sviluppo di ognuno, Paola è *malata* e il sintomo attuale che spinge la coppia genitoriale a chiedere aiuto riguarda le sue più recenti difficoltà di relazione, oscillando tra attaccamento morboso alle compagne e fasi di completo isolamento sociale, periodi in cui resta chiusa in casa, assorta nei suoi pensieri e persa nelle sue fantasie.

Il lavoro terapeutico inizia con i soli genitori, poiché Paola si rifiuta di esserci, con ogni probabilità impaurita e stanca delle continue visite mediche collezionate nel tempo.

Nell'opposizione della ragazza, che pare esprimere il sapore di un'amara contestazione, è rintracciabile sin dall'inizio un profondo nucleo di sofferenza riguardante proprio l'estenuante ricerca del problema, una interminabile indagine finalizzata a incasellarla entro un'etichetta diagnostica.

Per diverse sedute, in stanza di terapia, Paola non c'è, sia fisicamente che nella rappresentazione condivisa dei suoi genitori. Per lei, non c'è spazio. Al suo posto, c'è il problema, come se la complessità umana fosse stata resa invisibile dal bagliore delle accecanti categorie nosografiche dei disturbi da manuale.

Non s'intravede, nelle prime descrizioni offerte, diacronicità e la sua soggettiva storia di vita è assente.

A far da padrona è la storia del sintomo, le sue varianti di intensità, i suoi mille modi di venir allo scoperto, unitamente alla sofferenza dei genitori, sempre più preoccupati e ansiosi.

Paola è una ragazzina molto diversa dalle altre. Nonostante sia alle soglie di una fase del "*ciclo di vita*" (Malagoli Togliatti e Telfener, 2002) che le chiede di muovere passi nella rete sociale, è sola e non riesce a integrarsi in classe. Porta con sé, con ogni probabilità, sensazioni di diversità e incompetenza.

Vi è l'idea di malattia che affonda le sue radici in Paola, vale a dire *dentro* la sua persona, dato che diversi specialisti ritengono che la ragazza porti problematiche "endogene", che quindi sia vittima di un disturbo che affondi le sue radici dentro di lei, nel suo corpo agitato, nella sua mente inquieta.

È con questa chiave di lettura che i genitori desideravano portare la “*paziente designata*” (Minuchin, 1977) e le sue difettualità da un terapeuta esperto, quasi come se vi fosse da parte loro la speranza che questi potesse riparare un oggetto danneggiato.

Probabilmente, a breve termine tale logica potrebbe produrre un rasserenante smorzamento dell’ansia genitoriale ma, con l’andar del tempo, potrebbe finire per provocare una pericolosa e stagnante deresponsabilizzazione, esponendo sempre più al triste rischio di spegnere la speranza (Selvini, 2004) che nasce sempre dal poter scorere il senso del problema, oltre l’anomalia.

Star bene in seduta

Luigi Cancrini propone un cambiamento d’ottica di indubbia utilità nell’economia del lavoro psicoterapeutico. Diviene necessario *normalizzare la sofferenza*, allontanando il termine malattia. Questo consente di focalizzare l’attenzione sulle alterazioni del funzionamento che vanno comprese riguardo a origini e fattori scatenanti (Cancrini e Vinci, 2013).

Uno sforzo primario, su questa linea, riguarda la necessità di provare a smontare, assieme ai genitori, posizioni e atteggiamenti che allontanano troppo dall’analisi del senso del sintomo, per poter promuovere una prospettiva alternativa.

Introdurre a piccole dosi una storia evolutiva individuale e relazionale complessa può riportare in vita una logica affettiva rispetto alla quale rintracciare plausibili fattori di cambiamento. Ciò, piuttosto che chiudere un percorso di competenza autobiografica, ne riapre inevitabilmente la possibilità (Minuchin, Nichols e Lee 2009).

Gradualmente, l’idea di difficoltà posizionate non *in* Paola, ma *tra* lei e la sua famiglia, inizia a far intravedere, irrobustendole, speranze di cambiamento.

All’interno dei legami con le proprie figure significative soggiornano i bisogni fondamentali dei figli. Ci si riferisce al contesto relazionale in cui transita il nutrimento indispensabile per il loro futuro benessere, messaggi importanti inerenti i sentimenti di affetto, cura, riconoscimento e sicurezza. L’ottica sistemica consente, dunque, il graduale avvio di un decentramento di focus,

per cui i temi di confronto e riflessione in seduta iniziano a riguardare sempre meno Paola e la sua individualità, muovendosi nella direzione dell’analisi dei rapporti di cui è stata ed è partecipe in famiglia. Lo spazio intersoggettivo su cui regge l’assetto familiare è, quindi, terreno delicato sui cui genitori e figli si muovono, all’interno di un complesso processo che conduce alla formazione della rappresentazione mentale di quello che si è e, quindi, della propria identità. Impegnarsi a fare i genitori significa, perciò, mirare in alto. Per quelli che ottengono figli sani, felici e fiduciosi di sé le soddisfazioni sono grandi; per gli altri, le pene, sottoforma di angoscia, frustrazione, attrito e colpa possono essere severe (Bowlby, 1989).

Proprio in virtù di tali consapevolezza, si sottolinea che l’intero potenziale trasformativo possa reggersi principalmente su un comodo e sicuro bacino relazionale. Strumento basilare e indispensabile all’interno di un percorso di psicoterapia riguarda, infatti, la strutturazione di una solida *alleanza terapeutica* con chi si ha di fronte.

Alfredo Canevaro definisce la relazione tra terapeuta e paziente come connotata da ingredienti di simmetria e, al contempo, di asimmetria. I due poli relazionali rivestono ruoli ben precisi: c’è qualcuno che versa in uno stato di bisogno, colui che chiede aiuto, e c’è chi è nella condizione di poter provare ad aiutarlo. Questa asimmetria, d’altro canto, lascia spazio alla totale parità definita dal fatto che entrambi, s’intende terapeuta e paziente, condividano gioie e dolori, forze e fragilità tipiche della condizione umana. Insieme, essi debbono poter collaborare per il raggiungimento di un fine comune, quello di attutire la sofferenza e trovare alternative al percorso di vita del paziente (Canevaro, 2013).

Partendo da queste considerazioni e ricordando sempre a se stessi che il terapeuta sia, per tanti versi, non poi così distante dai propri pazienti, si opera al fine di co-costruire un habitat dalle temperature calde, in grado di trasferire sicurezza e fiducia.

È attraverso questi originari movimenti che si gettano le radici della successiva metamorfosi del sistema e, di conseguenza, dell’assetto della ragazza. Il desiderio di essere utili, unitamente alla pazienza e al rispetto dei tempi di ognuno sono ingredienti basilari per avviare un rapporto di *colla-*

borazione, evitando in ogni modo di oscillare sul fronte dell'accusa e del giudizio. Questi potrebbero suscitare un movimento difensivo da parte dei genitori, minando alla base ogni aspettativa di impegno comune.

Al contrario, occorre strutturare e solidificare disposizioni di accoglienza, introducendo empatia nella relazione; questo impegno abilita una dimensione esplorativa, un atteggiamento essenzialmente benevolo e animato dal genuino interesse condiviso, volto a comprendere il senso delle cose, per provare a cambiarle.

Il tempo del comprendere

Il pensiero sistemico si definisce *contestuale*, poiché richiede un allargamento della visione, al fine di *porre qualcosa nel contesto di un insieme più ampio*, per poterlo comprendere (Capra, 2001).

Allargando lo sguardo dalla problematicità di Paola al suo contesto di vita, diviene indispensabile la riflessione sulle sue relazioni in famiglia, allo scopo di spiegare come mai la ragazzina abbia finito per sviluppare atteggiamenti disadattivi che la bloccano nel suo percorso di vita.

Da quanto sappiamo dalla letteratura e dall'esperienza professionale, quando le famiglie portano i propri figli in cura, la tentazione del terapeuta può essere proprio quella di lasciarsi interessare esclusivamente dai problemi del paziente, concentrandosi su di lui come elemento isolato. Uno dei primi interrogativi importanti, invece, che il terapeuta sistemico dovrebbe porsi è: *“quali sono i comportamenti dei membri della famiglia che contribuiscono al permanere dei sintomi del paziente?”* Il tipo di ragionamento e di motivazione che sottostà al solo porgersi un tale interrogativo rappresenta il senso più profondo del lavoro sistemico.

Lo sviluppo di una prospettiva interpersonale sul disagio segna l'inizio di un faticoso processo che parte da un riesame coraggioso delle credenze rigide con cui i genitori di Paola si erano presentati in terapia.

La maturazione di una posizione via via sempre più auto-critica e riflessiva consente da parte loro un iniziale e promettente riconoscimento consapevole delle fragilità genitoriali, mettendo

in luce fattori che sembrano essersi insinuati nel delicato processo affettivo e relazionale che coinvolge e sostiene l'accudimento e la crescita dei più piccoli.

Gli antichi dolori che hanno ruotato attorno alla nascita della primogenita e ai suoi primissimi anni di vita hanno messo a dura prova la tenuta dei genitori che, per quanto tenaci, sembra ne abbiano accusato fortemente il colpo. Paola nasceva in una fase della storia familiare molto dura, con il compito di ridare il sorriso al suo papà, stremato dal dolore per la recente morte del padre. Il suo arrivo si colora di significati carichi di aspettative, di cui negli anni la ragazzina inizia a sentirne il peso. Le richieste dell'ambiente impongono un dispendio energetico ingente e sottraggono serenità ad entrambi i genitori, proprio durante l'impegno nel costruire i legami affettivi più importanti.

Questa nuova chiave di lettura introduce una costruttiva possibilità di collaborazione rispetto all'individuazione del problema, anzitutto per condividerla emotivamente, poi per comprenderla cognitivamente (Cirillo, Selvini e Sorrentino, 2002).

Genitori e terapeuta avviano la ricerca del senso nascosto dietro le manifestazioni di Paola, alla luce dei significati che queste potrebbero assumere nel contesto.

Non senza toccare le corde più delicate del dolore familiare, in stanza di terapia inizia a trovar posto la dimensione storica, sulla linea diacronica che parte dal passato della famiglia, dando fede a quanto abilmente rappresentato da Salvador Minuchin con la metafora dell'uomo-chiocciola: *“Noi esseri umani siamo come delle chiocciole: portiamo sempre con noi il nostro guscio pieno di ricordi, noi stessi siamo i nostri ricordi”* (Minuchin e Nichols, 1993).

Così, il primo a cambiar pelle è proprio il sintomo. Inizia a trasformarsi in qualcosa di diverso, di significativo e di interattivo (Minuchin, Nichols e Lee 2009).

Si inaugura lo spazio dedicato alla formulazione partecipata delle ipotesi sistemiche alla base delle manifestazioni sintomatiche, includendo ad ampio raggio tutti i membri della famiglia, al fine di raggiungere una ipotesi concernente anche il funzionamento relazionale globale del sistema (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata,

1980).

La famiglia va considerata un'unità per la terapia dei disturbi di uno dei suoi membri (Ackerman, 1938). Il terapeuta sistemico, quindi, porta la possibilità di trovare soluzioni, lavorando non solo sul funzionamento della persona che sta male, ma sul condizionamento che i contesti interpersonali di cui egli è parte determinano su di lui (Cancrini e Vinci, 2013).

Il processo di de-pazientificazione: la seduta congiunta

Secondo James Framo, una sola seduta congiunta è in grado di portare più vantaggi di un intero percorso di terapia, muovendo dalla considerazione più naturale e realistica che, per quanto possa essere ingente l'impegno del terapeuta, il suo potenziale contributo di perturbazione sia sempre più debole rispetto al potere di cambiamento detenuto dai familiari stessi del paziente (Canevaro, 2013).

Lavorando assieme alla famiglia al completo, finalmente in seduta congiunta dopo sei sedute con i soli genitori, il terapeuta non fa fatica a individuare su quale sedia sia seduta Paola, tra i suoi fratelli. Saluta tenendo il volto basso e si siede mantenendo gli occhi puntati sul pavimento. La sua postura comunica chiusura, tristezza, forse paura per l'ennesima visita specialistica.

Paola, però, non rappresenta il focus dell'incontro. I "riflettori", come lei li chiama, questa volta non sono puntati su di lei da parte di un professionista pronto a scrutarla con i raggi X, per scoprire quale sia la sua difettualità interna. L'atmosfera è scevra di riferimenti medici e il terapeuta non indossa un camice bianco. Si è seduti quasi in cerchio, senza scrivania, e si respira un clima di leggerezza, in cui nessuno ha intenzione di stressare qualcun altro.

Il terapeuta è animato dalla curiosità e dal desiderio di conoscere per la prima volta questa famiglia al completo, esplorare il modo di interagire dei suoi membri, stando in relazione con loro.

Egli è coinvolto dalle emozioni destate dalle situazioni umane che ha di fronte ma, in tal caso, pare meno centrale, perché le interazioni forti a livello emozionale sembrano proprio essere quelle che avvengono fra i membri della famiglia (Can-

crini e Vinci, 2013), un sistema che si presenta agli occhi del terapeuta come una "*famiglia praticante*" (Malagoli Togliatti e Mazzoni, 2006) nell'*hic et nunc* della seduta in corso.

Paola non è più la malata della famiglia, ma semplicemente un componente di un sistema in sofferenza; il quadro delle sue difficoltà non può che essere testimonianza del dolore familiare. Emerge all'orizzonte l'*individuo*, la persona soffermata dal sintomo, un soggetto che, come tutti, dispone sin dalla nascita di caratteristiche sue proprie, elabora la sofferenza e se ne difende in un modo specifico (Selvini, 2004).

Con i suoi tempi, favorita dall'atmosfera distesa e accogliente, la ragazza inizia ad aprirsi, a scherzare e a raccontarsi, partecipando alle interazioni, come tutti gli altri. Parla di sé, delle sue aspirazioni future, usando spesso uno slang adolescenziale, unito al fare di chi, pur non essendo troppo grande, porta su di sé un grande dolore.

Anche e soprattutto in questo contesto, il terapeuta continua a mostrarsi benevolo verso la coppia genitoriale. Infatti, un elemento importante della seduta congiunta è la necessità che un figlio possa sentire il contesto terapeutico non aggressivo o accusatore verso i propri genitori. Solo questa certezza gli può consentire di esprimersi, dando voce anche alle *sue* eventuali contestazioni, davanti agli occhi di un terapeuta.

È in tal modo che Paola, come tanti altri figli inseriti in dinamiche familiari intrise di sofferenza, viene riconosciuta a tutti gli effetti come un interlocutore dotato di capacità comunicativa, consentendo l'avvio di una palese riclassificazione dei suoi comportamenti sintomatici.

Paola chiede di poter affidarsi a punti di riferimento forti e, "nel giorno della verità", dichiara ai suoi genitori la sua sete di vicinanza affettiva, per poter nutrirsi del tempo con loro. Vorrebbe poter sentire il suo papà più presente e la sua mamma meno incline alla rabbia con lei.

La presunta follia del parlare da sola lascia spazio alla spiegazione del suo senso di solitudine, del suo non sentirsi sufficientemente accolta e ascoltata in famiglia. Il suo è un dialogo con se stessa, il mormorio di dolore di chi non riesce proprio a farsi una ragione del suo non essere capita. L'eccesso di tensione trabocca e, nel terremoto interiore, l'angoscia si trasforma in parole. La stes-

sa tensione straripa da un corpo vulcanico che si muove goffamente nel mondo. La schiena è curva su se stessa, a causa del peso dei suoi difetti.

Con tali presupposti, l'entrata in fase sociale pare bloccata dalla paura dell'umiliazione. Desidera un contatto sociale, ma non intende cercarlo, a meno che non sia sicura di poter correre questo rischio (Benjamin, 1999)

Un supporto necessario al processo di *de-pa-zientificazione* della ragazza viene offerto sul piatto d'argento proprio dal fratellino.

I figli sono intrinsecamente inseriti nelle dinamiche delle loro famiglie, per cui, per dirla con le parole di Salvador Minuchin, vederli insieme "è come accendere una luce in una stanza" (Minuchin, Nichols e Lee 2009).

È lui che riferisce, con l'ingenuità di un bambino di otto anni, che sua sorella parli da sola quando soffre di solitudine.

La presenza dei fratelli in seduta diviene utilissima per diverse finalità, come chiarire incomprensioni, ottenere informazioni e ricostruire una storia familiare (De Bernart, Ferrara e Pecchioli, 1992). La loro presenza consente di comprendere anche il senso relazionale della nicchia ambientale da loro sperimentata (Sulloway, 1998).

La partecipazione al completo anche del sottosistema filiale, quindi, ha consentito l'emergere di punti nodali e sofferiti su cui il percorso terapeutico continua oggi la sua strada.

Guardando oltre le seppur notevoli difficoltà della famiglia, si possono toccare con mano anche le risorse che porta con sé: emerge imperante la presenza di un preservato e sano binario relazionale tra genitori e figli. È grazie a ciò che Paola ha sentito possibile tradurre i suoi affezionati sintomi nel linguaggio degli affetti, rendendo noti i suoi bisogni in maniera non allarmante e abbandonando un linguaggio sintomatico.

Nessun individuo sarà mai in grado di salire su di una scala, lasciando il gradino precedente, in assenza dell'appoggio successivo. Non è produttivo pensare di cancellare i sintomi dalla vita del paziente, senza aver consentito l'emergere di modalità espressive alternative (Selvini, 2004). Ciò, muove dalla considerazione per cui, se esiste una certa sintomatologia, essa avrà di sicuro una sua funzione.

La piacevole esperienza della seduta è stata in

grado di smontare i timori della ragazza di essere ulteriormente sottoposta a un vaglio specialistico, determinando una svolta importantissima nel proseguo del percorso. Esito immaginabile diviene l'avvio di un intimo processo di *ristrutturazione dell'immagine di sé* ai suoi occhi e a quelli dei suoi genitori.

Il lavoro terapeutico consente anche a quest'ultimi, oggi, di cambiare lenti verso la loro figlia. Su Paola si posano sguardi diversi e il terapeuta in primis cerca di conoscerla, oltre la sua veste problematica. Questo avviene in stanza di terapia, luogo in cui, spesso, si può "imparare facendo", sperimentando alcune regole di modellamento, che nella teorizzazione di Lorna Smith Benjamin, assumono il nome di *processi di copia* (Benjamin, 2004).

Il forte impegno dei genitori, sostenuto da una reale motivazione a *comprendere per risolvere*, ha consentito pian piano l'attuazione di un grande cambiamento da parte loro, proprio rispetto agli atteggiamenti nei confronti della primogenita. Compagno per le prime volte esperienze di dialogo autentico tra sua madre e lei, momenti di intensa tenerezza in cui trova spazio la più genuina condivisione delle fragilità che, spesso, possono riguardare anche i grandi. Questo consente un contatto autentico tra di loro ed un riconoscimento dei vissuti più profondi di ognuno, unitamente alla sofferenza che si prova quando i propri bisogni profondi sembrano essere rimasti sospesi, in attesa di una risposta.

La remissione dei sintomi, oggi non più così necessari, attutisce, quindi, le preoccupazioni genitoriali e avvia un circolo virtuoso fatto di maggior ascolto, vicinanza e dialogo con entrambi.

L'atmosfera in casa accoglie anche momenti di umorismo e di auto-ironia, assieme ad uno sguardo decisamente meno drammatico rispetto alle umane difficoltà di ognuno.

L'obiettivo di una psicoterapia non è solo l'estinzione del sintomo, ma la comprensione profonda delle sue origini e la presa di coscienza dei bisogni che lo hanno mosso, "*al fine di costruire una visione della realtà che apre a una nuova capacità di risolvere i problemi*" (Romanello, 2012). È, spesso, necessario sottoporre a modifica i precedenti equilibri familiari, per consentire ai singoli membri del sistema di assolvere ai processi di

sviluppo che appartengono alle varie fasi del loro ciclo vitale (Malagoli Togliatti e Telfener, 2002).

Il percorso con i genitori, ora, va aprendosi all'analisi delle forze trans-generazionali nascoste, implicate a diverso titolo nella costruzione e nel mantenimento delle relazioni attuali. Le difficoltà che riguardano la coppia, tanto a livello genitoriale che a livello coniugale, "sono considerate alla stregua di sforzi riparativi per correggere, controllare e cancellare vecchi e disturbanti paradigmi relazionali appartenenti alla famiglia d'origine" (Ardone e Mazzoni, 1994).

Ora, si è molto lontani dalla sottolineatura svalutante e umiliante delle imperfezioni che rendono Paola timorosa nell'affrontare il mondo esterno e sembra aprirsi, per lei, una nuova stagione, quella che la dipinge una ragazzina che si affaccia alla sua adolescenza, in un contesto che vedrà ancora una volta continue turbolenze e rimesse in discussione anche dei genitori e della famiglia allargata (Malagoli Togliatti e Telfener, 2002).

Si delineano i presupposti affinché la ragazza possa investire le sue energie nei compiti evolutivi che la natura le richiede alla sua età, posizionandosi sul trampolino di lancio della conquista di ciò che in futuro potrà delinarsi come il suo "Sé di diritto" (Benjamin, 2004).

La staticità lascia il posto al dinamismo e ciò che inizia a vedersi è la prospettiva del tragitto da percorrere, passo dopo passo, sulla strada che potrà condurre Paola a "divenire quello che si sarebbe stati, senza i condizionamenti impropri subiti nel proprio processo di formazione" (Cancrini e Vinci, 2013).

Bibliografia

Ackerman, N. W. (1938). The Unity of the Family. *Archives of Pediatrics*, 55: 51-62.

Ardone R., & Mazzoni, S. (a cura di) (1994). *La mediazione familiare: per una regolazione della conflittualità nella separazione e nel divorzio*. Milano: Giuffrè Editore.

Bellino, F. (2010). *Per un'etica della comunicazione*. Milano: Mondadori.

Benjamin, L. S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: Las.

Benjamin, L. S. (2004). *Terapia Ricostruttiva Interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*. Roma: Las.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni clini-*

che della teoria dell'attaccamento. Milano: Raffaello Cortina.

Cancrini, L., & Vinci, G. (2013). *Conversazioni sulla psicoterapia*. Roma: Alpes.

Canevaro, A. (2013). *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Borla.

Capra, F. (2001). *La rete della vita*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.

Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (A cura di) (2002). *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina.

De Bernart, R., Ferrara, M., & Pecchioli, S. (1992). L'importanza di essere fratelli. *Terapia Familiare*, 38, 21-30.

Malagoli Togliatti, M., & Mazzoni, S. (2006). *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Trilogue Play clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

Malagoli Togliatti, M., & Cotugno, A. (1996). *Psicodinamica delle relazioni familiari*. Bologna: Il Mulino.

Malagoli Togliatti, M., & Telfener, U. (a cura di) (2002). *Dall'individuo al sistema: Manuale di psicopatologia relazionale*. Torino: Boringhieri.

Mangano, M. F. (2013). *Manuale di comunicazione della ricerca scientifica*. Trento: Tangram Edizioni Scientifiche.

Minuchin, S. (1977). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Minuchin, S., & Nichols, M. P. (1993). *Quando la famiglia guarisce*. Milano: Rizzoli.

Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. Y. (2009). *Famiglia: un'avventura da condividere. Valutazione familiare e terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Romanello, A. (2012). La supervisione diretta in psicoterapia familiare sistemica: intersoggettività, autoriflessione, evoluzione nella terapia e nella formazione. *Ecologia della mente*, 35 (1): 1-8.

Selvini, M. (2004). *Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoli*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7: 5-19.

Sulloway, F. J. (1998). *Fratelli maggiori, fratelli minori*. Milano: Mondadori.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Progetto di Umanizzazione delle Cure in Oncologia, UOSD Oncologia Di Venere, ASL Bari

M. Ronchi*, G. Palmiotti**

* Psicologa Clinica, Psiconcologa SIPO, Specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica ARIRI, Responsabile Associazione "Gabriel" Progetto Onlus Umanizzazione Cure in Oncologia, Servizio Sperimentale di Psicologia Oncologica e Riabilitazione, ASL BA - Ospedale Di Venere

** Medico Oncologo, Direttore UOSD Oncologia ASL BA - Ospedale Di Venere

Riassunto

Il sostegno psicologico al malato oncologico e alla sua famiglia rappresenta un elemento strategico del percorso terapeutico e assistenziale.

Le implicazioni psicologiche di una diagnosi di cancro sono profonde, spesso generative di un disagio devastante.

Tutto il percorso del malato oncologico è vissuto come un evento drammatico incomprensibile a tutti gli attori coinvolti.

La possibilità di un intervento volto a riconoscere, contenere e curare le eventuali implicazioni psicopatologiche generate dalla diagnosi di cancro, oltre a rispondere a una legittima aspettativa dei malati e delle loro famiglie, fornisce loro la concreta evidenza di una sorveglianza clinica globale.

Parole chiave: Umanizzazione cure, Psicologia Oncologica, Multidisciplinarietà, centralità del paziente

La malattia oncologica è tra le patologie organiche che creano maggiore disagio nella persona e nel sistema familiare. Il cancro e i suoi trattamenti rappresentano eventi stressanti nella vita di una persona che determinano in ogni fase della malattia, l'insorgenza di importanti bisogni di salute psicosociale, mentale, emozionale, sociale nonché fisici, informativi e pratici.

La maggior parte dei sintomi fisici presenta un'eziologia multifattoriale legata ai trattamenti, a fattori psicologici e sociali.

Tutto il percorso del malato oncologico è vissuto come un evento drammatico incomprensibile a tutti gli attori coinvolti.

Le implicazioni psicologiche di una diagnosi di cancro sono profonde, spesso generative di un disagio, a volte, devastante.

Una recente indagine condotta dalla SIPO, Società di Psico-Oncologia, sul territorio nazionale

conta che il 45% dei pazienti oncologici vive una condizione di sofferenza psicologica significativa che necessiterebbe di un intervento specialistico *psico-oncologico*.

La specificità della Psiconcologia consiste nel suo rivolgersi a pazienti il cui disagio non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico (benché vi sia comorbidità anche pregressa) ma è generato dalla situazione traumatizzante della malattia.



Nel settembre 2015 è stato istituito grazie all'Associazione "Gabriel per l'Umanizzazione delle Cure in Oncologia", il Progetto *Abitare la mia nuova vita*.

Il Servizio si occupa del sostegno psicologico, fisico ed emotivo dei pazienti in terapia, in follow up e del sostegno alle famiglie attraverso un lavoro di gruppo multidisciplinare.

Il progetto, sostenuto dall'associazione Susan G. Komen, ha privilegiato una presa in carico To Care/ To Cure¹ con l'obiettivo di porre particolare attenzione ai fattori di sofferenza mente-corpo.

Il cancro interferisce su diverse dimensioni: sul piano fisico la mutilazione dell'intervento chirurgico, le terapie, i disturbi del metabolismo; sul piano psicologico, l'assenza di progettualità, il lutto anticipatorio, le modifiche dell'immagine corporea, le difficoltà comunicative e relazionali.

Il Distress psicologico rappresenta la risposta emozionale più frequente. La letteratura nazionale e internazionale ha dimostrato che il 45% dei pazienti oncologici presenta sintomi da distress clinicamente significativo.

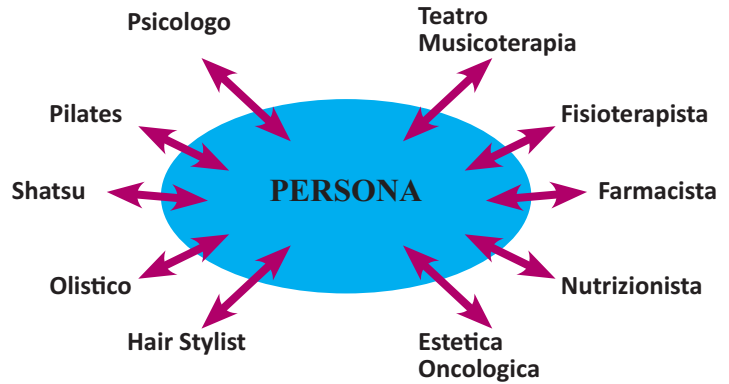
La possibilità di un intervento volto a riconoscere, contenere e curare le eventuali implicazioni psicopatologiche generate dalla diagnosi di cancro, oltre a rispondere a una legittima aspettativa dei malati e delle loro famiglie, fornisce loro la concreta evidenza di una sorveglianza clinica globale. L'Umanizzazione del setting della salute, ha impiegato un approccio bottom up di progettazione/costruzione della struttura sociale ospedaliera attraverso l'analisi dei bisogni dell'utenza, a misura delle proprie esigenze, il comfort nei tempi e negli spazi di attesa sia durante le visite ambulatoriali che nel corso degli intervalli liberi dagli adempimenti diagnostico-terapeutici.

Il Setting

Tutto questo si è tradotto nell'istituzione di un Servizio di Psiconcologia e Riabilitazione, all'interno dell'Associazione Gabriel operante presso l'UOSD di Oncologia dell'Ospedale Di Venere di Bari.

Un gruppo di lavoro multidisciplinare, della durata di 12 mesi, rappresentato da dieci professionisti volontari appartenenti ad ambiti di lavoro differenti: Psicologa specializzata in Psiconco-

logia; Nutrizionista; Fisioterapista specializzata in Linfodrenaggio Vodder; Farmacista, Estetiste APEO; Shiatsu terapeuta; Operatore Olistico; Hair stylist; Istruttrice Pilates; Musicista e Teatro terapia.



Sono stati 134 i pz seguiti (in terapia e follow up), 4 i caregiver, 3 gli operatori sanitari (prevenzione burn-out). Due gli spettacoli organizzati dal Gruppo di Teatro e Musicoterapia con esibizione da parte dei pazienti.

Approccio elettivo utilizzato, in ambito Psiconcologico: il metodo di Narrazione e cura di sé: gruppi di sostegno psicologico, condotti secondo l'approccio autobiologico.

La narrazione di storie è centrale nella vita di ogni individuo. Il racconto della realtà conferisce un senso alle esperienze umane, il paziente va a "cercare" attraverso le trame della sua storia, gli scenari familiari nei quali ha costruito la propria esistenza, ricostruisce la propria identità. E attraverso questo è stimolata l'esplorazione di quanto si nasconde dietro le difese, si dà accesso ai vissuti affettivi ed ai ricordi connessi lasciando spazio per il sé reale.

La Medicina Narrativa

La Medicina Narrativa, diffusa già da alcuni anni in Italia, pone attenzione alle storie di malattia come metodo per ricollocare e comprendere le persone nel proprio specifico contesto, mettere a fuoco, oltre che i bisogni, anche nuove strategie di intervento. Rappresenta uno strumento per la relazione d'aiuto e per il benessere psicologico.

¹ A. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. Journal of Psychosomatic Research, 2009.



Tuttavia raccogliere e portare alla luce un'esperienza non è facile, richiede tempi appropriati e riflessioni adeguate.

L'approfondimento e lo studio di tale strumento consente di conoscere, in modo più profondo, il naturale bisogno di raccontarsi e di raccontare ciò che accade, aiutando a comprendere meglio quella modalità di pensiero che, pur non giungendo alla ricostruzione causale degli eventi, assume un ruolo fondamentale nel determinare i vissuti prodotti dalle esperienze, il ponte che collega la realtà alla mente è fatto di parole che mediano l'attribuzione di significati.

Se confrontiamo il linguaggio dell'anamnesi clinica con i simboli linguistici di cui il malato si serve per ricostruire ciò che gli è successo, abbiamo un primo esempio di ciò che trascuriamo.

Narrare rappresenta l'unico modo che l'essere umano possiede per far conoscere un accaduto o la propria storia. Non è possibile, infatti, presentarsi al mondo se non narrandosi.

Immagini, ricordi, narrazione e il raccontare se stessi sono passi del processo di costruzione dell'identità.

Bruner, sosteneva: "la vita stessa è narrazione in quanto storia" (1988). La relazione, terreno d'incontro tra Io e Tu che co-costruisce il senso di sé, si definisce proprio all'interno dei processi narrativi che permettono la visione del mondo tanto quanto il riconoscimento di sé al suo interno.

Pensare a un intervento psicologico rivolto a chi è malato, capovolge innanzitutto una modalità classica di relazione in ambito sanitario: l'oggettivazione del paziente.

Per gli operatori che si muovono nell'area della malattia organica grave, l'incontro clinico è da ricercare costantemente con la persona che affronta la malattia e non con la categoria astratta della sua diagnosi e della sua prognosi medica.

L'iter terapeutico sanitario tende, infatti, a ridurre il paziente a un organismo e a spezzettare la sua sofferenza in tante categorie diverse per quante sono le specializzazioni professionali coinvolte nella cura.

L'intervento psicosociale al contrario, come suo specifico epistemologico, va a "cercare" la persona reale del paziente, le trame della sua storia, gli scenari familiari nei quali ha costruito la propria modalità di attraversare la propria esistenza.

Nel corso della vita, non facciamo altro che raccontare noi stessi attraverso storie che rappresentano dei veri e propri atti narrativi in quanto frutto di operazioni attive di organizzazione ed elaborazione dei diversi episodi che riteniamo più importanti per la nostra vita (Callieri, 2000). Tale operazione, tuttavia, non nasce esclusivamente dall'esigenza di raccontarci all'esterno, bensì dalla necessità di dare un senso a ciò che ci accade, di collegare i diversi eventi che costellano la nostra esistenza lungo una dimensione sia temporale che spaziale. Nasce dal desiderio di "raccontarci a noi stessi".

Oltre ad essere un essenziale strumento relazionale, quindi, la narrazione rappresenta anche, e soprattutto, la via attraverso cui dare forma alla propria identità.

Nell'esercizio di questa "funzione di cura" ci si accorge presto che il malato esercita (o tenta disperatamente di esercitare) i diritti di una persona normale, il diritto alla rabbia, alla rivolta, allo sconforto. In questa dolorosa condizione domina, però, anche la voglia di vivere nonostante questa condizione.

La comunicazione e l'ascolto divengono, in questo contesto, lo strumento essenziale per indagare il vissuto di malattia e il paziente diviene l'unico esperto del modo in cui vive la propria malattia.

A questo proposito s'intende sottolineare quanto peso abbia l'incontro, la collaborazione, la ne-

goziazione, la fatica comune tra la famiglia e i professionisti della cura. Entrambi sono chiamati a scelte complesse che sono destinate a maturare in un periodo caratterizzato da un'emergenza sanitaria continua.

Nell'esperienza non intellettuale ma reale, quasi fisica, conquistata a fatica, di questo "essere insieme", di questa incessante ricerca di obiettivi comuni tra professionisti, malato e famiglia, l'operatore può riscoprire di "avere" un cuore. Il "cuore" in questione è da intendersi come una funzione della cura.

Esso non produce il tanto consueto, tiepido e distaccato "calore professionale", quello per intenderci delle blande rassicurazioni di circostanza, piuttosto determina una forma di presenza continua, attiva e rispettosa (A. Aprea, 2007).

È opportuno porre l'accento come non ci si riferisca a uno spogliarsi del ruolo professionale quanto ad un esercizio della propria pratica professionale fondato su una dimensione etica della cura e sul riconoscimento della natura esistenziale della sofferenza su cui si interviene.

Interrogarsi mentre ci si prende cura, impone continuamente una doppia visione, una "doppia presenza", come afferma Lella Ravasi Bellocchio, una presenza volta all'interno e una all'esterno, una alla relazione con l'altro e una alla relazione con sé: prendersi cura significa assumere fino in fondo la propria umanità, la capacità di vivere l'ansia del "non sapere", che conduce ad una metacoscienza di sé stessi.

Questa consapevolezza è stata ampiamente testimoniata da Kubler Ross, la quale affermava "non sfuggite ai malati senza speranza ma entrate in relazione con essi poiché, oltre a stabilire una relazione d'aiuto, è possibile apprendere molto sul funzionamento della mente umana, sugli aspetti umani eccezionali della nostra esistenza ed esserne arricchiti" (2000).

La diagnosi di tumore porta con sé la paura nei confronti dell'ignoto e di fronte ad essa il malato chiede che qualcuno lo ascolti, che capisca ciò che non riesce ancora a capire, qualcuno che possa reggere la regressione legata ad una malattia minacciosa, ascoltarla ed accoglierla. Solo così egli potrà regredire senza perdersi.

Se la finalità dell'intervento d'aiuto è quella di rendere possibile la mentalizzazione e la verbalizzazione del pensiero che si paralizza di fronte ad un vissuto di sofferenza senza tempo, ecco allora che l'approccio della Narrazione può divenire in questo senso luogo di trasformazione di contenuti angoscianti e incommunicabili.

Il paziente può essere aiutato a recuperare il senso di sé e della propria malattia nel contesto della sua storia, in uno spazio strutturato in cui poter pensare, comprendere e dare un senso e un nome a quello che gli sta accadendo.

Se l'espressione di sentimenti di paura, rabbia, collera, disperazione permette di accedere al racconto della propria malattia e, quindi, anche della propria morte "fantasticata", temuta e spesso "prefigurata", tutto ciò può assolvere una funzione catartica e liberatoria.

Anche John Bowlby, sulla necessità di indurre la persona colpita da malattia a dar libero sfogo alle proprie sensazioni citando Shakespeare, asseriva "Dà voce alla sofferenza, il dolore che non parla imprigiona il cuore agitato e lo fa schiantare" (1982).

Il metodo autobiologico o narrativo rappresenta, dunque, uno strumento molto utile per il benessere psicologico sia in sede di consulenza psicologica che in ambito psicoterapeutico: la descrizione di un problema, può generare nuove soluzioni, nuove risorse che possono risultare fondamentali per la salute psichica.

I movimenti trasformativi delle narrazioni analizzati spesso s'intrecciano e si coinvolgono reciprocamente. Il lavoro autobiografico è produttore di senso e dà significato alla sofferenza.

Purtroppo molte metafore utilizzate in ambito sanitario intorno alle malattie gravi sono di carattere bellico. *Sconfiggere, debellare, resistere, conquistare, nemico da bombardare.*

Il loro senso, probabilmente, è quello di motivare i pazienti, i medici e, forse, anche l'opinione pubblica. *Donne guerriere, pazienti arruolate in trial clinici.* Quanto è funzionale questo per le pazienti?

Separando la persona dal problema si ottiene velocemente grande sollievo poiché un problema,



concepito come una colpa o qualcosa che suscita vergogna, può essere riportato fuori dal soggetto in modo da ridurre la tensione e da allargare le possibilità di soluzione che spesso, per mancanza di un'adeguata distanza emotiva, non possono essere viste.

Di fronte alla malattia si chiudono le porte in vario modo. La ragione fondamentale è che la paura ci invade di fronte a questo evento, la malattia dell'altro accende immediatamente la nostra personale paura con la quale non sappiamo fare i conti. La paura precede e oscura la possibilità di "sentire".

Importante è imparare a entrare nell'ascolto. Chi si occupa della cura degli altri mette in gioco una parte "che cura" verso una parte "che soffre". La relazione con l'altro, quella che cura è anche e soprattutto quella con noi stessi.

L'incontro con il paziente diventa capacità di "stare con" la sofferenza "di stare dentro" la relazione e di usarla come strumento per attivare la resilienza. Racconto e ascolto sono legati in modo indissolubile. Si annodano e si rinterzano, l'uno con l'altro si sostengono.

Curare un malato, con protocolli standardizzati, può essere un lavoro di routine. Creare con il paziente un'alleanza terapeutica, fatta non solo di farmaci, ma di gesti, parole e non verbale richiede un impegno umano importante e complesso che è molto più intenso, di mille parole dette senza empatia, con fredda e distaccata professionalità. Lì, dove il farmaco cura la malattia, la parola cura il malato.



"La differenza fra il paziente e il terapeuta consiste nel fatto che il terapeuta può percorrere il ponte a suo piacimento in entrambi i sensi. Egli sa in qualsiasi momento fino a che punto può spingersi con sicurezza nel mondo che si estende al di là del fiume, così come sa quand'è il momento di affrettarsi a ritornare da quel territorio" Bettelheim

La valutazione delle specificità della persona è un passaggio fondamentale nel percorso di cura.

I trattamenti si prolungano nel tempo sia nel caso di tumori primari in cui si tenta di ridurre al minimo il rischio di recidiva, sia nel caso di tumori secondari in cui si riesce a cronicizzare la malattia per lunghi periodi. Alcuni trattamenti generano pesanti effetti collaterali e ancor più invalidante è la condizione di fatigue².

Progettare un intervento multidisciplinare ma personalizzato è un'esigenza fondamentale per la medicina moderna. La riappropriazione della storia di vita si accompagna alla riabilitazione fisica (fisioterapia, nutrizione, shiatsu, pilates, olistico) e ai laboratori di bellezza.

La comprensione da parte del medico del vissuto emotivo di cui il paziente è portatore è il primo passo verso la costruzione di una vera relazione terapeutica in cui i bisogni emotivi del paziente sono presi in considerazione tanto quanto i suoi bisogni fisici.

Ciò che l'ammalato desidera è guarire e lenire quegli orrendi pensieri che disturbano l'anima.

Non si può sempre guarire però si può migliorare. Questo è il grande successo della medicina moderna.

Ma oltre a tutto ciò si deve imparare a pensare come fa un ammalato e di conseguenza, migliorare il rapporto tra medico e paziente deve essere l'obiettivo finale della medicina del futuro.

L'ammalato desidera poter dire ed essere rassicurato. La medicina deve essere anche un'arte: perspicacia e intuito, capacità di creare un dialogo con il paziente.

Arte medica che non ha mai fine perché nel continuo dialogo tra medico e paziente delinea forme sempre più efficaci di diagnosi e di terapia.

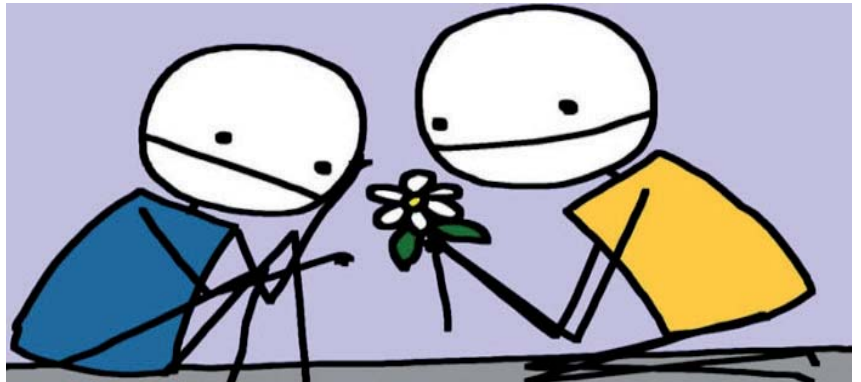
Si tratta di far risorgere l'arte senza rinunciare alla scienza. Il medico contemporaneo possiede qualcosa che tutti i suoi predecessori hanno soltanto sognato: la terapia su misura per ogni malattia.

Obiettivo principale della professione medica è di rendere un servizio all'umanità. "Umanizzazione della medicina". (G. Bonadonna)

La malattia va vista attraverso gli occhi dei pazienti. Quando arriva una diagnosi di tumore, tutto cambia e ancora prima di curare la malattia bisogna curare la persona.

Il paziente cerca gli occhi del medico, una guida che gli indichi la strada giusta in un mondo di incertezza dove tutto cambia in un attimo.

Vista attraverso gli occhi dei pazienti, in una



storia di malattia non ci sono vincitori. Nel lavoro di "tenere la vita" e di cercare un senso in un evento come le patologie gravi non ci sono vincitori, per il semplice fatto che non ci sono vinti. Possiamo dire che chi non sconfigge la malattia ha perso?

Il lavoro di ricercare un senso nella malattia è di per sé un successo. Abbiamo bisogno non solo di nuove rivoluzionarie terapie, ma anche di nuove parole e di nuove metafore per fare i conti con

² Uno degli effetti collaterali più frequenti accusati dai malati affetti da cancro, la fatigue viene indicata come quel senso di stanchezza e spossatezza che i pazienti avvertono a prescindere dalle attività svolte. La fatigue può un sintomo della malattia oncologica, ma anche un effetto collaterale del trattamento o, ancora, come sintomo di una malattia, solitamente di origine psichiatrica (ansia e depressione), correlata alla patologia primaria.

la malattia.

Sarebbe opportuno smettere di trattare il cancro come un nemico poiché è nella belligeranza, nel combattimento che ne è coltivata l'idea. Se si tratta come un visitatore non troverà ospitalità. Più si dà spazio all'essere presente nella vita, più l'idea coatta della malattia si allontana dai pensieri.

Il ruolo dello Psiconcologo permette per mezzo di un complesso e continuo lavoro in equipe di:

- eliminare o diminuire eventuali disturbi del canale comunicativo;
- diminuire le paure concernenti alcuni aspetti della propria vita e morte;
- migliorare la QdV della persona;
- formare gli operatori in tema di comunicazione;
- fungere da "valvola di scarico";
- prevenire il burn-out.

L'introduzione della figura dello Psiconcologo in un'Unità Operativa di Oncologia Medica risponde proprio a questa finalità.

Il lavoro in team multidisciplinare (oncologi, infermieri, professionisti volontari della riabilitazione e dell'area bellezza) permette di esplicitare un modello di assistenza "patient-centered" personalizzato in grado di accompagnarli ad *Abitare le stanze della loro nuova vita*.

La costruzione di una solida relazione terapeutica tra paziente, medico e Psiconcologo rappresenta un modello d'intervento in grado di soddisfare i bisogni medici e psicosociali del paziente oltre a essere anche la prima difesa dalla seduzione dalle terapie improvvisate totalmente prive di fondamento scientifico e ad abbattere i costi della spesa sanitaria. La stima del costo sociale del dolore cronico in Italia ammonta a 36,4 miliardi all'anno, corrispondenti al 2,3% del Pil (fonte Ministero della Salute).

Lo Stato Italiano è primo al Mondo nell'aver introdotto una legge che garantisce al cittadino il *Diritto a Non Soffrire*, la Legge 38/2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tra l'altro la 38/2010 prevede lo psicologo tra le varie figure da avere in equipe.

Nell'articolo 5, al punto 2: [...] *sono individuate le figure professionali con specifiche competen-*

ze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici, [...], e agli psicologi [...].

La Ministra Lorenzin, nel Patto per la Salute, parla di malattie croniche, di lotta al dolore, di *umanizzazione delle cure*.

Allo stato odierno, purtroppo, la legge 38/2010 non viene ancora applicata completamente né uniformemente sul nostro territorio, a scapito non solo dei pazienti ma anche del Sistema Sanitario.

Al di là di ogni riflessione o retorica, chi decide di operare in questo contesto scegliendo di "essere presente" alla fine comprenderà di aver ricevuto più di quanto abbia dato.

Bibliografia

- Aprèa, A., (2007). Quale cura psicologica in prossimità della morte. La rilevanza sociale della Psicologia
Bruner, J., (1987). Life is narrative, *Social Research*, 54, 11-32.
Biondi, L. Grassi, M., Costantini A., (2004). Manuale pratico di psico-oncologia, Pensiero Scientifico ed.
Bruner, J., (1991). La costruzione narrativa della realtà. In Ammaniti M., Stern D., (a cura di) *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
Bruner, J., (1996). Trad. it. La cultura dell'educazione, Feltrinelli, Milano.
Calvi, G., (2007). Quello che i medici non fanno, Fondazione G. Quarta.
Callieri, B., (1999-2000). Dall'anamnesi al racconto. *Informazione psicologia psicoterapia psichiatria*, vol.38-39.
Engel's biopsychosocial model is still relevant today, 2009, *Journal of Psychosomatic Research*.
Garrino, L., (2015). *Strumenti per una medicina del nostro tempo: Medicina narrativa*, Firenze University Press.
Mantovani, G., (1999). La costruzione narrativa dell'identità. In *Psicologia Contemporanea*, 151, 18-25.
Morgan, A., *What is narrative Therapy? An easy-to-read introduction*, Dulwich Centre Publication, Adelaide, Australia.
Smorti, A., (1994). *Il pensiero narrativo*, Giunti, Firenze.
Vassallo, T., *Narrative Group Therapy with seriously mentally III: a case study*, Dulwich Centre Publication, Adelaide, Australia.
White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, Norton.

Bullismo e Cyberbullismo: progetto di prevenzione al fenomeno del bullismo e del cyber bullismo nelle classi terze della scuola Media “G. Pascoli” di San Giovanni Rotondo

*Basilio Fiorentino**, *Maria Pia Cusenza***, *Maria Elena Mischitelli****, *Angela Cascavilla*****.

**Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo.*

***Maria Pia Cusenza psicologa clinica, psicoterapeuta sistemico relazionale familiare, consulente sessuologa;*

****Maria Elena Mischitelli psicologa clinica, specializzanda in psicoterapia cognitivo - comportamentale presso L'Istituto A.T. Beck di Caserta.*

*****Angela Cascavilla assistente sociale, consultorio familiare San Giovanni Rotondo.*

Riassunto

Il bullismo e cyber bullismo coinvolge bambini e adolescenti sia come vittime che come perpetratori in attività violente, pericolose e minacciose nel cyberspazio. Il cyber bullismo, rispetto al bullismo tradizionale, ove quest'ultimo si confronta faccia a faccia, il bullo può nascondersi dietro uno schermo, umiliare la vittima e divulgare materiale offensivo ad un vasto pubblico e in modo anonimo, senza la paura di essere scoperto e punito. Nell'affrontare il problema di bullismo e cyber bullismo a scuola, un elemento chiave è il riconoscimento degli sforzi di prevenzione e di intervento dovrebbero scaturire dall'azione congiunta di scuole, famiglie e della comunità scolastica.

Parole chiave: bullismo, cyber bullismo, adolescenti, scuola, internet, violenza.

Introduzione

Il bullismo è un fenomeno ormai noto a scuola e viene definito: come il reiterarsi di comportamenti e atteggiamenti diretti o indiretti volti a prevaricare sull'altro con l'intenzione di nuocere, con l'uso della forza fisica o della prevaricazione psicologica. Il termine “cyber bullismo” è una delle forme che può assumere il bullismo, e la sua evoluzione è legata all'avanzamento dei nuovi media, viene cioè perpetrato attraverso moderni mezzi di comunicazione. Inoltre, ciò che determina la diffusione del bullismo è determinato dalla difficoltà del confronto diretto, basato sul dialogo

e rispetto reciproco. L'utilizzo crescente di internet e di telefoni cellulari rappresentano per le nuove generazioni nuovi mezzi di comunicazione e mantenersi in contatto. Quella attuale e la prima generazione cresciuta in una società nella quale internet è parte integrante della vita quotidiana: stante questo cambiamento, si è studiato anche come si sono evolute le forme di prevaricazione e di sopraffazione tra i ragazzi. Se poi i bulli e i bulli cibernetici siano le stesse persone, non è ancora del tutto chiaro nella letteratura, ma non sorprende la crescente attenzione dei ricercatori per lo studio del ruolo di internet e delle altre forme di comunicazione elettronica sullo sviluppo di bambini e adolescenti. Ad oggi, non esiste una definizione operativa di bullismo elettronico, o “online”, universalmente condivisa tra i ricercatori, si fa riferimento all'utilizzo di internet o delle altre tecnologie digitali come cellulari e PC come mezzo per molestare intenzionalmente altre persone (Willard, 2003). Smith (2008) lo definisce come: **“un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o gruppi di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima”**. Questa definizione risulta simile a quella del bullismo tradizionale ma, in più, implica l'uso delle nuove tecnologie di comunicazione. E importante stabilire una forma di pre-

venzione all'interno delle scuole, ove il personale scolastico è chiamato ad assumere un ruolo guida nell'affrontare le ragioni per cui gli adolescenti diventano cyber bulli, come i cyber bulli possono essere puniti, insegnare agli adolescenti a non stare a guardare o permettere il bullismo in qualsiasi forma si tollerabile (Strom & Strom, 2005; Willard, 2005). La prevenzione dovrebbe essere diretta ad aiutare i giovani a sviluppare atteggiamenti e comportamenti pro – sociali in modo che possono costruire e mantenere relazioni sane sia dentro che fuori le mura scolastiche (Olweus, 1992,1993, 1994; Pepler & Craig, 2000). Per questa ragione il personale scolastico ha la responsabilità di intervenire su temi legati al cyber bullismo e bullismo al fine di creare un sano e pacifico clima scolastico (Li, 2006, Shariff, 2005 ; Willard, 2003), ed è incoraggiato ad aiutare i ragazzi che si trovano in difficoltà (Willard, 2003). E' importante per le scuole promuovere un ambiente scolastico in cui tutti gli studenti si sentano compresi in cui le denunce di cyber bullismo siano affrontate attraverso gli strumenti educativi e comunicativi, piuttosto che di repressione (Shariff, 2005).

Materiale e Metodo

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti come equipe psicologica e sociale del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo, come e se tale fenomeno si sviluppasse all'interno delle scuole. Il presente lavoro nasce da un'indagine qualitativa e teorica facente riferimento ad un percorso di orientamento, conoscenza e sviluppo delle tematiche relative al bullismo e cyber bullismo rivolto agli insegnanti, genitori e studenti, al fine di stigmatizzare o ridurre al minimo il crescente fenomeno. Il Progetto è articolato in tre incontri ove si focalizzava l'attenzione su: discussione in circle time sulla definizione di bullismo e cyber bullismo; richiamo ai concetti emersi precedentemente e realizzazione di un Role playing;

somministrazione dei questionari e per permettere una valutazione finale.

Partecipanti

Il progetto bullismo e cyber bullismo ha coinvolti le classi terze (III A, III B,III C,III D) della scuola media “ Giovanni Pascoli” di San Giovanni Rotondo. Il campione dello studio è composto da 69 alunni presenti a tutti e tre gli incontri (2 teorici e uno dedicato allo somministrazione dei test).

Obiettivi

Gli obiettivi generali e specifici del progetto si basano su:

- Conoscere il fenomeno del bullismo e del cyber bullismo e contrastarne ogni sua forma.
- La formulazione di nuove proposte di intervento mirati al fine di prevenire tale fenomeno.
- Osservazione delle dinamiche “classe”, per valutare la possibilità di presenza del fenomeno del bullismo o cyber bullismo.
- Elaborare una definizione chiara di bullismo e di cyber bullismo;
- Diffondere la conoscenza sul bullismo/cyber così da poterlo distinguere da altre forme aggressive e violente;
- Valutare gli atteggiamenti relazionali degli studenti attraverso la somministrazione di questionari.

Strumenti utilizzati

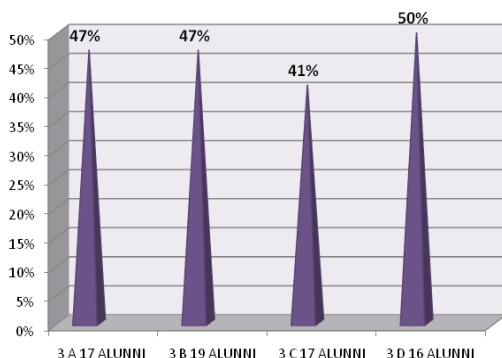
“La mia vita a scuola” di S.Sharp e P.K. Smith. Obiettivo: rilevare l'indice degli episodi di bullismo (IEB) nelle classi terze. Versione modificata del questionario Self- Report di Smith et al. (2006) Obiettivo: valutazione del bullismo elettronico.

Risultati

Per il test “La mia vita a scuola” di S.Sharp e P.K. Smith, ove l’obiettivo è quello di rilevare il fenomeno del bullismo nelle classi terze. Il test è composto da 39 item che fanno riferimento alle situazioni abbastanza frequenti nella vita scolastica, prendendo in considerazione gli ultimi periodi scolastici con risposta MAI, UNA VOLTA, PIU’ DI UNA VOLTA. Nel calcolo degli indici sono stati analizzati solo quelli che prendono in considerazione “più di una volta”, per focalizzare l’attenzione sui comportamenti continuativi e più radicati. Calcolando la somma delle risposte, si ricava la frequenza dei comportamenti desiderati, in particolar modo del comportamento pro socialità.

La mia vita a scuola di S. Sharp e P.K. Smith

Indice di prosocialità.

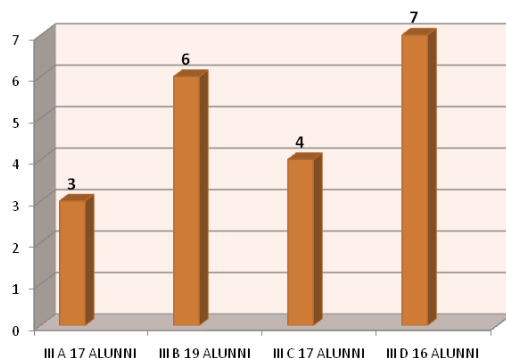


Di seguito verranno prese in considerazione gli elementi significati del test, in base a ciò che si vuole analizzare.

EPISODI DI BULLISMO FISICO:

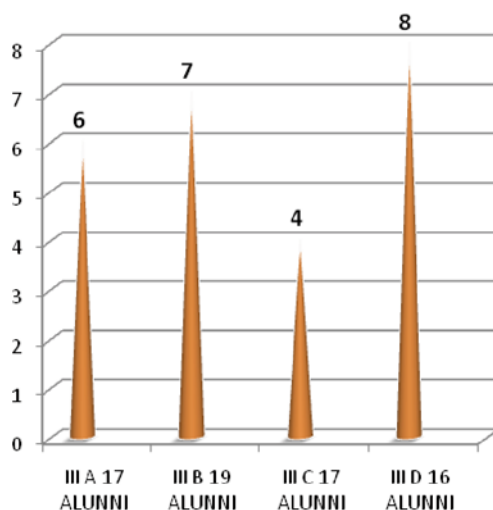
- *item 4: ha cercato di darmi un calcio;*
- *item 8: mi ha detto che mi avrebbe picchiato;*
- *item 10: ha cercato di farsi dare dei soldi da me;*

- *item 24 : ha cercato di farmi male;*
- *item 37: ha cercato di rompere una delle mie cose;*
- *item 39 : ha cercato di picchiarmi.*



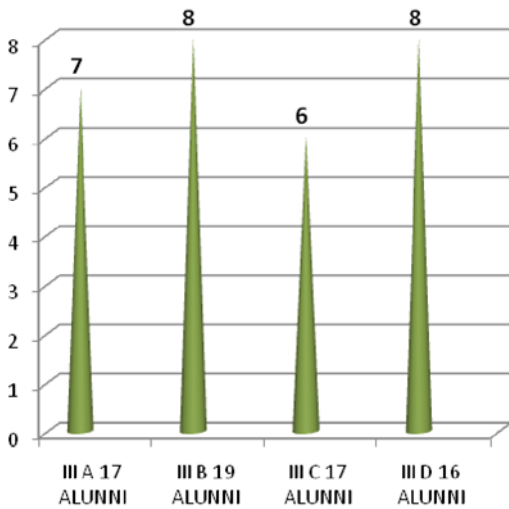
EPISODIO DI BULLISMO INDIRETTO:

- *Item 3: ha detto brutte cose sulla mia famiglia;*
- *item 19: ha messo un gruppo contro di me;*
- *item 22: ha cercato di mettermi nei guai;*
- *item 35: ha riso di me in modo orribile;*
- *item 38: ha detto una bugia su di me.*



INDICE DI BULLISMO VERBALE:

- *item 1: mi ha insultato;*
- *item 6: è stato scortese perché io sono diverso;*
- *item 15: è stato scortese per una cosa che ho fatto;*
- *item 26: mi ha fatto fare qualcosa che non volevo;*
- *item 30: è stato maleducato riguardo al colore della mia pelle:*



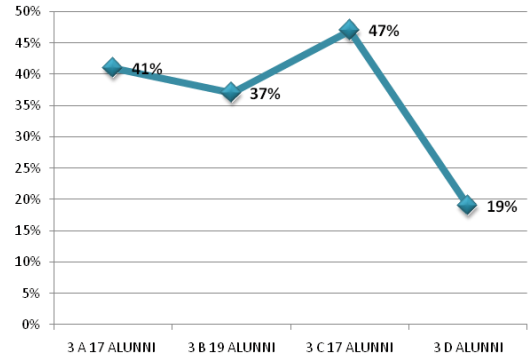
Pertanto su 69 alunni delle classi terze della scuola Pascoli, sottoposti al test “La mia vita a scuola” il 46% ha espresso comportamenti basati sulla prosocialità.

QUESTIONARIO SELF-REPORT DI SMITH ET AL. (2006)

COS'È IL CYBERBULLYING:

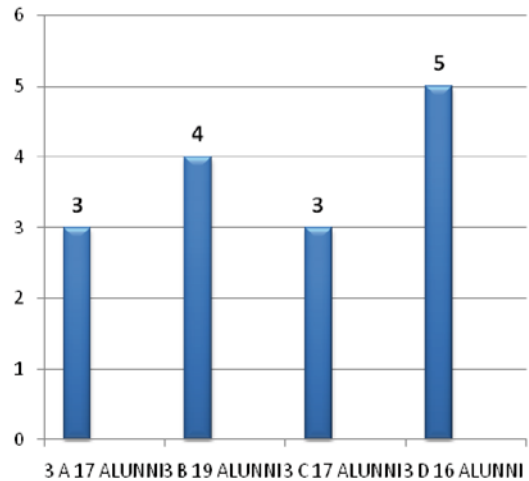
Il Cyberbullying (o bullismo elettronico) è una nuova forma di prepotenza che prevede l'utilizzo di e-mail, messaggi di testo (SMS), chat, siti web, telefoni cellulari o altre forme di informazione tecnologica allo scopo di tormentare, minacciare o intimidire qualcuno diffondere dicerie e storie non vere sul conto di altri. Il Cyberbullying può

includere alcune azioni come minacce, insulti su diversa razza e ripetuta vittimizzazione di qualcuno tramite supporto elettronico.



Questionario self-report di Smith et Al. (2006)

L'ANALISI INDIVIDUALE HA DETERMINATO CHE:

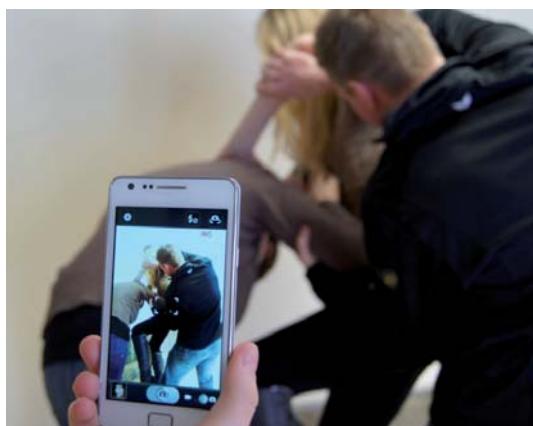


Pertanto su 69 alunni il 36% degli alunni terze della scuola Pascoli hanno riportato fenomeni di cyber bullismo diretto/indiretto.

Conclusione

Dagli incontri sono emerse diverse definizioni di bullismo: la maggior parte l'ha definita come

prendere di mira, comportamento aggressivo verso qualcuno, un atto scorretto verso i più piccoli o trattare male qualcuno, ma anche minacciare o costringere qualcuno a fare qualcosa con l'uso della forza. Nel complesso, le definizioni date sono state corrette ma incomplete: ciò che manca, infatti, nelle parole degli studenti è il concetto di ripetizione nel tempo. Tuttavia è ben presente l'idea del "più debole contro il più forte". La percezione che si ha del bullo è quella di un bambino /ragazzo fisicamente più forte e con spiccate capacità di corruzione o adescamento nei confronti dei più deboli.



È inoltre chiaro, che il cosiddetto "bullo" può essere un singolo individuo ma anche un gruppo, e in tal caso si trasforma in "branco". Anche la vittima può essere una sola oppure trattarsi di un gruppo. Inoltre, si può anche constatare situazioni di bullismo intergruppo, dove vengono coinvolti più gruppi e manca il singolo individuo. Nel corso degli incontri sono state suggerite, inoltre, diverse strategie di risoluzione dell'ostilità, una tra tante la strategia del "*corner*", *ove vi è la discussione faccia a faccia e in un angolo tra il più debole singolo o in gruppo, rispetto al più forte sempre singolo o in gruppo, che consente di raggiungere l'equilibrio che permette di soprassedere il conflitto*. Per quanto riguarda il cyber bullismo, gli

studenti hanno dimostrato le idee più chiare, dove tutti hanno dato una definizione che includesse l'utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione, prima tra tutti i diversi social. Il confine tra quello che resta scherzoso è ciò che è offensivo non è poi così netto e le conseguenze per chi ne è vittima possono essere anche molto gravi, andando dalla perdita della fiducia in sé, fino a stati d'ansia e depressione. Anche in questo caso è stato molto difficoltoso cercare di far emergere il concetto di "paura del confronto" motivazione principale che porta alla diffusione del fenomeno del bullismo e del cyber bullismo.

Bibliografia.

- Li, Q. (2005). Cyberbullying in schools: Nature and extent of Canadian adolescents' Experience. Paper presented at the American Educational Research Association Conference (AERA), Montreal, Canada.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 35, 1171-1190.
- Olweus, D. (2003). A profile of bullying at school. *Educational Leadership*, 60 (6), 12-17.
- Pepler, D. J., Craig, W. M., Ziegler, S., & Charach, A. (1994). An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13, 95-110.
- Shariff, S., & Hoff, D. L. (2007). Cyberbullying: Clarifying legal boundaries for school supervision in cyberspace. *International Journal of Cyber Criminology*, 1 (1), 76-118.
- Smith Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils *Volumen 49, Issue April 2008 Pages 376-385*
- Strom, P. S., & Strom, R. D. (2005). When teens turn cyberbullies. *Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review*, 71 (4), 35-41
- Willard, N. (2002). *Computer ethics, etiquette, and safety for the 21st-century student*. Eugene, OR: ISTE.

Siti web:

- La mia vita a scuola" di S.Sharp e P.K. Smith.: www.stopbullismo.it/bullismo.html.
- Questionario Self- Report Di Smith Et Al. (2006) : www.Slideplayer.It/Slide/553933.

Presenza e funzione del Servizio di Psicologia del Territorio del Distretto Socio Sanitario n. 1 della ASL BA nella governance dell'assistenza socio-sanitaria territoriale

Ceci Pantaleo Francesco

Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta, Responsabile del Servizio di Psicologia del Territorio del Distretto Socio Sanitario n.1 ASL BA

Riassunto

L'anno 2011, in campo sanitario e socio-sanitario, si fa apprezzare per la pubblicazione di tre importanti documenti regionali: DGR n. 691 del 12 aprile 2011 "Linee guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari", Regolamento Regionale n. 6 del 18 aprile 2011 "Regolamento di organizzazione del D.S.S." e DGR n. 2814 del 12 dicembre 2011 "Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale".

L'evoluzione che le normative intendono perseguire va nella direzione di affermare la *mission* di caratterizzare territorialmente il sistema di cura, protezione e inclusione sociale, nella prospettiva che il Territorio diventi luogo centrale e determinante di produzione della salute, secondo i criteri di universalità, solidarietà ed equità. Si discuterà di come la presenza, basata sulle evidenze, di un Servizio di Psicologia del Territorio, fornendo nuovo impulso al governo partecipato e integrato dell'assistenza territoriale, possa diventare per il Distretto Socio Sanitario un nuovo paradigma nei processi di efficacia, efficienza ed economicità delle cure.

Parole chiave: Fragilità, Bisogni, Rete, Territorio, Integrazione, Evoluzione.

Adulti e minori con disabilità gravi o gravissime, pazienti psichiatrici in condizioni di cronicità ed anziani non autosufficienti, sono le persone che oggi:

- A) presentano le maggiori FRAGILITA' socio-sanitarie;
- B) portano all'attenzione dei SERVIZI DISTRETTUALI bisogni complessi.

Per mettere in SICUREZZA queste persone servono azioni di promozione, protezione e tutela della salute e contestualmente servono azioni di

INCLUSIONE sociale.

Serve anche implementare il COORDINAMENTO tra il Distretto Socio Sanitario, il Presidio Ospedaliero, i Servizi sanitari dipartimentali, i Comuni dell'Ambito ed il Terzo settore, connessi e guidati dalla logica di assicurare risposte globali, integrate e partecipate.

La legislazione della Regione Puglia, in linea con quella nazionale, attribuisce all'integrazione socio-sanitaria un ruolo di vertice nel lavoro di messa in Rete, con il risultato di dare al Distretto Socio Sanitario e più in generale al Territorio una reale e sostanziale centralità nell'orientare il futuro dell'assistenza.

Entrando nel dettaglio, il Servizio di Psicologia del Territorio, operante dal 2009, si articola e si sviluppa in ambiti di intervento che seguono e segnano le linee evolutive del DSS/1 della ASL BA, nella logica di contribuire concretamente a:

1. realizzare una azione continua di programmazione territoriale sanitaria e socio-sanitaria rivolta ad INCREMENTARE l'OFFERTA di Servizi e prestazioni, dedicati e non dedicati, a valenza domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, erogati direttamente dal Distretto (produzione) o mediante terzi (committenza);
2. superare la frammentazione e talvolta l'incongruenza tra le prestazioni erogate dai Servizi sociali e da quelle erogate dai Servizi sanitari, affermando così il modello di GESTIONE INTEGRATA e COMPARTECIPATA dei bisogni e delle relative risposte;
3. ottimizzare l'APPROPRIATEZZA del-

la PRESA in CARICO che ha inizio con l'accoglienza della domanda / proposta alla Porta Unica d'Accesso (P.U.A.), per poi procedere con la valutazione multidimensionale (U.V.M.), proseguire con l'elaborazione di un piano personalizzato di assistenza (P.A.I.), per concludersi con l'accesso ai Servizi e alle cure richieste / programmate

4. semplificare l'INFORMAZIONE ed agevolando l'ACCESSO integrato ai Servizi socio-sanitari previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza territoriali, definendo Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDT / PDTA) domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali chiari, adeguati e di provata efficacia;
5. perfezionare la modalità di valutazione dei bisogni attraverso equipe multiprofessionali, così da soddisfare il modello BIOPSIKO-SOCIALE, riconosciuto da tutti come riferimento operativo imprescindibile per perseguire la SALUTE di ognuno quale condizione di benessere;



6. potenziare la RETE DELLE CURE DOMICILIARI, in tutte le sue forme e rivolta ad una platea sempre più ampia di potenziali beneficiari, con una particolare attenzione all'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio degli assistiti, contrastando sia il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero sia il ricorso eccessivo al ricovero in residenze assistenziali con un evidente rischio di istituzionalizzazione;

7. assicurare la CONTINUITA' ASSISTENZIALE che si rende essenziale quando il paziente si trova nella necessità clinica di passare da un livello o setting assistenziale ad un altro, le così dette Dimissioni Protette:

- da Ospedale a Domicilio;
- da Ospedale a Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA);
- da RSA o RSSA a domicilio;
- da Struttura riabilitativa (ortopedica, neurologica, cardiologica, respiratoria e psichiatrica) a Domicilio o a RSA / RSSA;

8. rafforzare la PREVENZIONE attraverso attività di promozione e protezione della salute (diffusione di stili di vita sani, campagne informative, ecc);

9. essere protagonisti nelle politiche regionali di SOSTEGNO ECONOMICO alle famiglie nell'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie: Buoni Servizi, Assegno di cura, Progetto Vita Indipendente (PRO.V.I.);

10. ultimo, ma non ultimo, punto da considerare è rappresentato dall'interazione con la MEDICINA di BASE (Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale), a cui il Servizio di Psicologia del Territorio riconosce di essere lo snodo imprescindibile di ogni azione sanitaria e socio-sanitaria dei Distretto e più in generale delle

ASL.

In conclusione, mettere a sistema sul territorio la presenza di un Servizio di Psicologia, integrato con tutta la Rete assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, è un'operazione imprescindibile e inderogabile per un Distretto Socio Sanitario che si propone di evolvere, diventando "forte" nelle RELAZIONI e "attraente" nell'OFFERTA, così da essere capace di rispondere in modo equo, efficace, efficiente ed appropriato ai bisogni di salute di tutti i Cittadini/Utenti.

Progetto Mozart: ascoltare la musica Mozart migliora la capacità di apprendimento della matematica?

Breve progetto pilota trimestrale presso l'Istituto Comprensivo "Dante - Galiani" di San Giovanni Rotondo

Basilio Fiorentino, Maria Pia Cusenza**, Maria Elena Mischitelli***, Angela Cascavilla*****

** Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo.*

*** Psicologa clinica, psicoterapeuta sistemico relazionale familiare, consulente sessuologa;*

**** Psicologa clinica, specializzanda in psicoterapia cognitivo - comportamentale presso L'Istituto A.T. Beck di Caserta.*

***** Assistente sociale, consultorio familiare San Giovanni Rotondo.*

Riassunto

Il presente articolo vuole presentare il Progetto "Mozart", un'esperienza all'interno della scuola elementare Dante - Galiani di San Giovanni Rotondo. L'intento del progetto è quello di studiare ma soprattutto comprendere come la musica Mozart, e in particolar modo di alcune sinfonie di Mozart ascoltata durante le ore di matematica, possano influire positivamente sul ragionamento aritmetico. Inoltre il progetto si è soffermato anche sull'analisi delle differenze di apprendimento tra i bambini e le bambine, paragonando i risultati con i gruppi di controllo.

***Parole chiave:** musica, scuola, Mozart, apprendimento.*

Introduzione

Si inizia a parlare di "effetto Mozart" già nel 1993, con una ricerca effettuata dall'Università dell'Irvine in California (all'interno del centro di neurobiologia dell'apprendimento e della memoria a cura della Dott.ssa Frances H. Rauscher) e nel 1999 viene pubblicato un interessante libro dal titolo "effetto Mozart", scritto da uno dei musicologi più famosi al mondo, Don Campell. Il potere della musica di Mozart si è imposto all'attenzione del pubblico inizialmente grazie ad una ricerca innovativa condotta presso l'Università della California, ove un gruppo di studiosi guidati dalla professoressa Frances H. Rauscher si mise ad osservare l'effetto della musica di Mozart su studenti universitari e bambini, riscontrando il miglioramento delle prestazioni legate alle funzioni

celebrali superiori. La pubblicazione di questi risultati suscitò interesse del pubblico e degli studenti che, in diverse parti del mondo, hanno ripetuto la sperimentazione in parte confermandole i risultati ed in parte ampliando lo spettro degli effetti positivi che l'ascolto della musica Mozart è in grado di suscitare. In Inghilterra, per un trimestre, in una classe frequentata da bambini di 6 anni è stato suonato Mozart durante le lezioni di matematica mentre in un'altra classe le lezioni si sono svolte in modo tradizionale. Il risultato è stato sorprendente: gli alunni che avevano ascoltato la musica hanno ottenuto risultati migliori.

Materiale e Metodo

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti, come equipe psicologica e sociale del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo, se questo studio potesse essere applicato anche nelle scuola elementare del territorio (progetto pilota) e (ovviamente tramite consenso informato rilasciato dai genitori in quanto minori). Il progetto si basa nel far vivere un'esperienza di gruppo, con l'ascolto di determinate sinfonie durante le attività di matematica, per un determinato periodo di tempo e con un auspicato effetto sull'apprendimento della matematica. Il progetto è articolato su 3 incontri ove si focalizzava l'attenzione e la valutazione dell'andamento e se vi era l'incremento del ragionamento aritmetico.

Partecipanti

I partecipanti al progetto Mozart sono bambini di seconda elementare dell'Istituto Comprensivo Dante - Galiani di San Giovanni Rotondo. Per l'attuazione di tale progetto sono state prese in considerazione due classi in cui il progetto Mozart veniva somministrato e due classi dove il progetto Mozart non avveniva, ma serviva principalmente per effettuare uno studio in itinere dell'incremento del ragionamento aritmetico.

Obiettivi

Gli obiettivi generali e specifici del progetto si basano su:

Osservazione (tramite somministrazione test che valutano il ragionamento aritmetico) dell'incremento dei bambini di terza elementare:

- competenze emotive (buon umore, tranquillità, ...),
- cognitive (attenzione, fantasia, creatività, ...)
- comportamentali (abilità psicomotorie, movimento, coordinazione, autodisciplina, ...).
- confronto diretto con le classi di controllo, mantenendo l'anonimato degli studenti.
- Valutazione in step by step (ogni tre mesi), dell'incremento del livello logico matematico;

Osservazione, da parte delle maestre facente parti del progetto Mozart, se vi sono state modificazioni del comportamento emotivo prima, durante e dopo durante le lezioni di matematica, di Sonata in re maggiore KV 448 di Mozart, Mozart Sinfonia n. 40 K550, KV 456 Allegro Vivace, Piano Concerto No. 17 ed altre sinfonie da concordare successivamente.

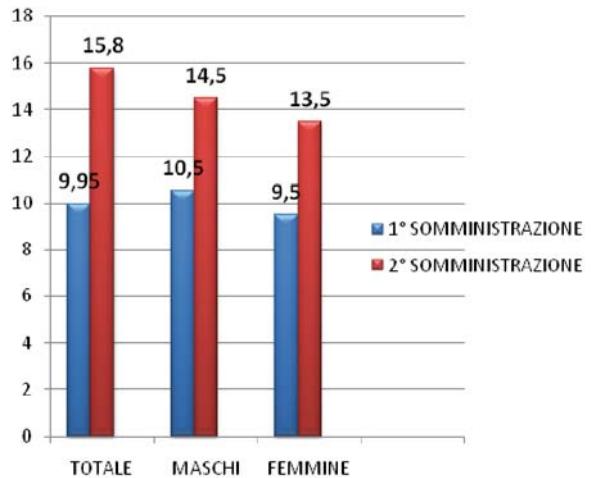
Strumenti utilizzati

- Sub - test "Ragionamento aritmetico" del test WISC - R sia alle classi partecipanti al progetto, sia alle classi di controllo;
- Sub - test "Ragionamento aritmetico"

del test WISC - R sia alle classi partecipanti al progetto, sia alle classi di controllo;

Risultati

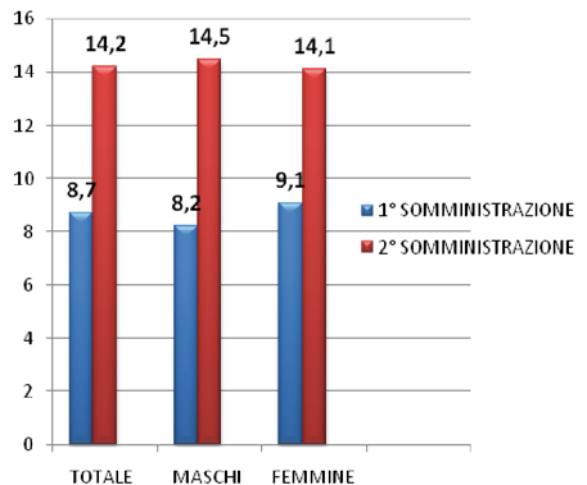
PRIMA SOMMINISTRAZIONE nel gruppo partecipanti al progetto Mozart.



pertanto:

vi è un incremento su 17 bambini del 6% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 4% e le femmine del 4%.

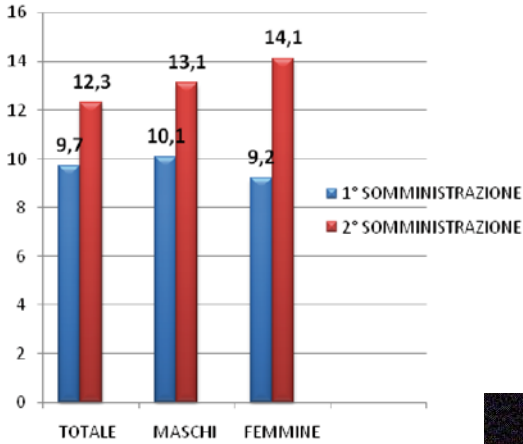
seconda somministrazione



pertanto:

vi è un incremento su 15 bambini del 5,5% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 6,3% femmine un incremento del 5,5%

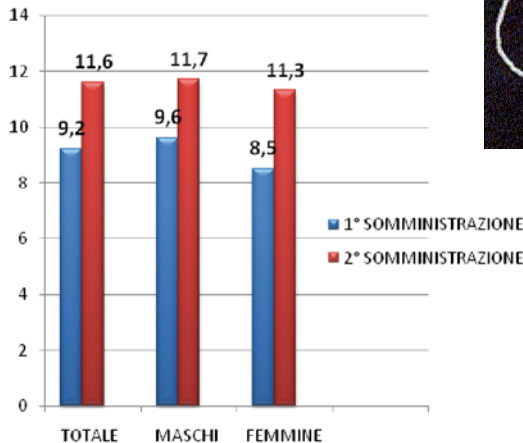
GRUPPO DI CONTROLLO: prima somministrazione



pertanto:

vi è un incremento su 15 bambini del 2,6% nel ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 3% femmine un incremento del 4,9%

seconda somministrazione:



pertanto:

vi è un incremento su 17 bambini del 2,4% nel

ragionamento aritmetico, mentre i maschi un incremento del 2,1% femmine un incremento del 2,8%.

Inoltre è stato approfondito, durante l'applicazione del progetto sperimentale, quali sono le aree imputate sia nel ragionamento aritmetico sia le aree cerebrali imputate all'ascolto della musica.

Sede cerebrale del ragionamento aritmetico

I centri del linguaggio sono infatti nell'emisfero sinistro che è più voluminoso del destro, mentre, il destro controlla altre funzioni, ad esempio alcuni aspetti delle funzioni musicali. Utilizzando le tecniche di "Brain imaging", come la PET che mette in evidenza quali aree dell'emisfero sinistro sono più attive quando parliamo, ascoltiamo il linguaggio, leggiamo o scriviamo.

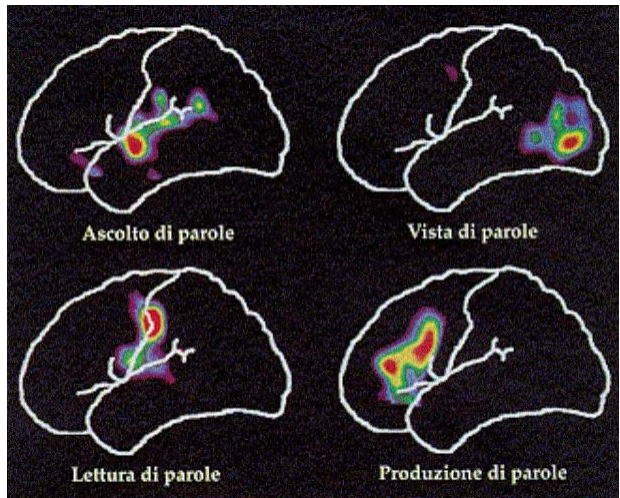


Immagine 1

La figura qui sopra indica che parlare -produzione di parole- dipende dall'area di Broca nel lobo frontale; ascoltare le parole dipende dall'area di Wernicke nel lobo temporale; vedere le parole coinvolge il lobo occipitale mentre leggere le parole dipende dal lobo frontale e parietale, sempre di sinistra.

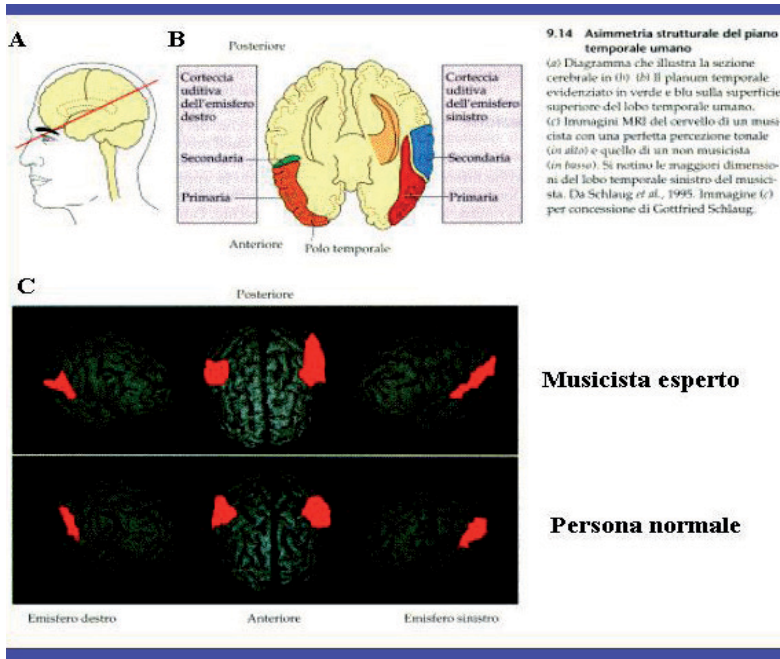


Immagine: 2

Nella parte inferiore della stessa figura (C) si vede la corteccia temporale di un musicista esperto (in alto) e di una persona normale (in basso): notate le maggiori dimensioni del **lobo temporale del musicista**, sia che si guardino gli emisferi dall'alto che di lato.

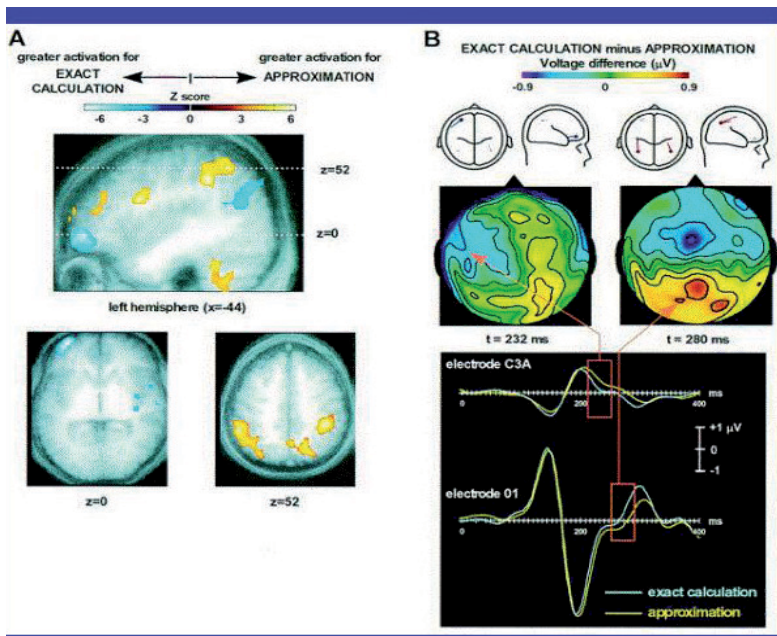


Immagine :3

In questa immagine tratta da una ricerca di Butterworth, è possibile osservare in A le aree dell'emisfero sinistro che si attivano quando vengono effettuati calcoli precisi o approssimativi. Le valutazioni per approssimazione coinvolgono **le aree parietali del cervello** (che controllano movimenti delle dita utilizzati dai bambini per fare i primi calcoli o l'uso del pallottoliere), i calcoli esatti coinvolgono invece

le aree frontali dell'emisfero sinistro implicate anche nel linguaggio. In sostanza, l'intelligenza matematica si basa su



due “moduli” diversi, uno concreto, l'altro astratto, così come si verifica per l'intelligenza musicale.

Conclusione

La musica è uno strumento utilizzato per veicolare emozioni e significati, che è presente nella vita di ogni infante e adolescente. Nel presente lavoro si è cercato di sottolineare come la musica e in particolare quella di Mozart “definita perfetta nella sua esecuzione” possa attivare aree cerebrali imputate al ragionamento aritmetico, ma soprattutto come l'ascolto in classe della musica possa incrementare le modalità di apprendimento della matematica, non solo, anche l'acqui-

sizione delle regole grammaticali. Inoltre, un altro elemento che è emerso durante l'attivazione del progetto Mozart è stato riportato dalle insegnanti, in quando i bambini sottoposti al test avevano sviluppato una dipendenza dalla musica in quando li serviva non solo per apprendere le materie scolastiche, ma serviva loro anche per dare calma e tranquillità, ribadendo più volte di imparare tramite la musica, perché erano più calmi. Da questo si può evidenziare come la musica attiva delle aree cerebrali non solo imputate all'apprendimento ma anche al comportamento e al tono dell'umore, determinando una vera e propria dipendenza nella musica.

Siti web

Dott.ssa Frances H. Rauscher

(1993):

https://en.wikipedia.org/wiki/Mozart_effect

Don Campell (1999): <http://www.doncampbellband.com>

Immagine 1 -2- 3 www.Slideplayer.It/Slide/553945.

Sonata in re maggiore KV 448 di Mozart, Mozart Sinfonia n. 40 K550, KV 456 Allegro Vivace, Piano Concerto No. 17: www.classicalarchives.com/midi/composer/3052.html,



Saper sentire, poter pensare. Dover agire in oncologia

Progetto di supporto e cura del pensiero per gli operatori del Reparto di Oncoematologia Pediatrica, PO Vito Fazzi di Lecce

Paolo Colavero*, Luigi Valera**, Luigi Palma***, Assunta Tornesello****

* Psicologo, psicoterapeuta, Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica - Maglie (Lecce)

** Psicologo, psicoterapeuta, Segretario Centro Ricerche di Psicoanalisi di Gruppo, Milano, Socio SIPO, Milano

*** Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente Psicologo UO Psicologia Ospedaliera, PO Vito Fazzi Lecce

**** Medico pediatra, onco-ematologa, Direttore UO Oncoematologia Pediatrica, PO Vito Fazzi, Lecce.

Riassunto

Questo lavoro descrive per cornice teorica e fasi di sviluppo, un progetto di supervisione e supporto agli operatori portato avanti presso l'UO Oncoematologia Pediatrica del PO Vito Fazzi di Lecce nel 2016. A partire da un inedito incrocio tra psicoanalisi di gruppo, di stampo bioniano, e fenomenologia clinica (Husserl e Calvi), il conduttore ha tenuto per alcuni mesi due gruppi settimanali in reparto con gli operatori, impegnati nella cura dei piccoli pazienti. Il lavoro è stato portato avanti in situazioni non sempre comode, vista la priorità data naturalmente al lavoro clinico in reparto, tra Assunti di Base gruppalmente rigidi, incistati, e singoli alle prese con enormi quantità di angoscia, una angoscia fisica, palpabile e visibile nelle immagini e nelle descrizioni precise della propria esperienza a contatto con i pazienti, che gli operatori non hanno mai mancato di disegnare in gruppo. Dopo una prima parte teorica, nella quale si sono raccolti anche dati utili al proseguo del progetto, il lavoro è proseguito settimanalmente con i due gruppi, per terminare con una partecipata seduta plenaria di discussione, *raccolta* e riflessione.

Parole chiave: *Psicoanalisi, fenomenologia, oncoematologia pediatrica, gruppi, istituzioni, psico-oncologia*

In un ospedale di vetro possono essere eseguite riparazioni, ma non si può certamente essere guariti
Ernst Jünger

Il posto dove si vorrebbe gettare l'ancora soffre della stessa mancanza di stabilità
Paolo Cianconi

Da febbraio a giugno 2016 è stato condotto e completato un progetto di Formazione Sul Campo (FSC) all'interno della UO Oncoematologia

Pediatrica dell'Ospedale Vito Fazzi di Lecce, diretto dalla dott.ssa Tornesello, condotto dallo psicologo clinico e psicoterapeuta Paolo Colavero e dal dott. Luigi Valera, con l'ausilio fondamentale del dott. Luigi Palma. Questo lavoro prova a dare una testimonianza viva della complessità teorico-pratica del progetto, dell'esperienza che i gruppi hanno fatto e dei primi buoni risultati che si sono potuti raggiungere grazie alla volontà, alla pazienza, all'attenzione viva e disponibilità degli operatori.

Premessa teorica

La malattia colpisce, lo fa indistintamente, ma allo stesso tempo in maniera piuttosto precisa.

Colpisce direttamente chi ne è affetto, certo, ne fiacca spesso prima ancora la psiche che il soma. Investe poi la famiglia del malato, gli amici, i colleghi, i semplici conoscenti.

Colpisce poi, in maniera più o meno evidente, i curanti, i medici, gli infermieri, gli psicologi e gli ausiliari che con essa, e soprattutto con il soggetto malato, le sue parole e il suo dolore, si trovano per mandato o missione ad aver a che fare quotidianamente.

Il progetto, del qual questo scritto vuole essere relazione finale, è stato pensato e indirizzato alla cura di queste ultime ferite: le ferite dei curanti. Siamo partiti naturalmente dalle *diagnosi* ben note di *burn-out*¹ o *stress lavorativo*, di cui già molto si conosce e per le quali tanto si fa.

¹ Luigi Valera, docente del corso, propone a questo proposito di sostituire il concetto di *burn-out* con *impoverimento* (emotivo-affettivo e professionale).



Abbiamo puntato qui però anche in un'altra direzione: l'analisi delle cause del *blocco del pensiero* del singolo operatore e del Servizio cui egli afferisce, le difficoltà dell'Istituzione curante vista come organismo unico e pensante, vivo, dotato di storia, futuro, *mitologia* e compito principale.

Si tratta qui di pensiero, di capacità di pensare la *malattia*, il *dolore* e la *morte*, di pensarci finiti e imperfetti ed allo stesso tempo riuscire comunque ad agire, sentendoci moderatamente bene.

Si ha qui a che fare con quella finissima e imprescindibile *capacità* che permette di sentire l'altro al nostro interno, sentirlo nonostante sia difficile e doloroso: non è possibile infatti curarsi del paziente senza interrogarlo al nostro interno.

Il rischio, in caso di sofferenza istituzionale e quindi personale, è quello di scindere il soggetto malato in due o più parti, così da immaginare di poter lavorare meglio sul corpo e delegare la psiche ad altri, colleghi, operatori-psi quando non ai familiari.

Non è però possibile separare dolore e corpo, storia di vita e malattia del soggetto malato senza prima aver separato al nostro interno il *sentire* e il *pensare* dall'*agire*.

Gli operatori di reparti e servizi che si occupano di pazienti difficili, di cure palliative o di malattie gravi, affrontano ondate di angoscia im-

portanti, carichi emotivi che investono uomini e donne difesi quasi sempre e solo da un camice e da un mandato istituzionale che spesso non coincide con quello personale: le narrazioni vitali dei singoli operatori prendono così a giocare qui il proprio ruolo primario, all'interno della storia del Servizio, del Reparto e dell'Ospedale².

Quando l'Istituzione funziona, è essa stessa che permette al singolo di avvalersi della sua presenza ma anche dei suoi limiti, della sua protezione sul lavoro nonché della sua narrazione³. Se da un lato quindi chiede molto, dall'altro l'Istituzione è capace anche di dare e proteggere, premiare e valorizzare i suoi membri capaci.

In una Istituzione in crisi, invece, il pensiero *del gruppo* e *del singolo sul singolo* non ha più posto: il patto tra l'operatore, a qualsiasi livello, e il mandato istituzionale (le fondamenta istitu-

² Il *mito* di fondazione dell'Istituzione curante si fa spesso avanti, come una macchina spersonalizzante e onnivora, capace quindi di fagocitare le storie dei singoli operatori, lasciandoli soli, muniti unicamente del mandato di curare l'altro, spesso non potendosi curare di sé stessi.

³ La storia del luogo in cui si lavora garantisce infatti per l'operatore, protegge e fa da scudo ulteriore al camice; la formazione che gli si offre permette poi al singolo di poter contare anche su sé stesso: l'ascolto si generalizza dai pazienti ai singoli operatori.

zionali) è minato dall'angoscia e dall'indeterminatezza. Quando il *Compito Primario* su cui si fonda il *mito* della nascita stessa dell'Istituzione si rivela infatti di difficile raggiungimento, l'Istituzione curante stessa si può trovare bloccata e come senza via di uscita in conseguenza del suo stesso tentativo di allontanarsi dal dolore che deve, per mandato, affrontare.

All'interno di una mente istituzionale che non riesce a pensare il dolore, gli operatori sono quindi trattati da elementi concreti e *non umani*, oggetti da addestrare e quindi utilizzare per il compito principale nel quale è impegnata: evitare il *dolore*, e con questo evitare il *pensiero*.

I singoli, i più deboli o sensibili dei quali sono lasciati allo sbando, sono spesso in crisi, isolati dal gruppo di lavoro che si fa *gruppo massatotalizzante*, ingovernabile se non dagli istinti (i cosiddetti *Assunti di Base* di W. Bion) perché alle prese con un carico di lavoro ed emozioni che non lascia spazio utile al sentire e al pensiero.

L'operatore, privo della possibilità (personale e di gruppo) di pensare la *fine* e il dolore, proprio e altrui, e costretto quindi unicamente ad *agirli* sotto altre forme e per altre vie (burocrazia estrema, automatismi spersonalizzanti, protocolli rigidi, silenzi, manierismi, assenze dal lavoro e somatizzazioni⁴) presenta spesso problematiche psichiche o somatopsichiche, quando non decide direttamente di abbandonare il proprio luogo di lavoro, divenuto inospitale.

La letteratura psicologica, e in particolare quella psicoanalitica che studia le istituzioni curanti e il loro funzionamento (Comelli, Correale, Curi Novelli, Ferro, Kaës tra gli altri), da molti anni si occupa del lavoro di *équipe* in situazioni difficili, nelle istituzioni ovvero che si occupano per mandato e missione di pazienti gravi (psi-

chiatrici o organici che siano).

Le tre capacità che abbiamo incluso nel sottotitolo del progetto, quindi *sentire*, *pensare* ed *agire*, rappresentano le tre aree maggiormente colpite e, nei casi peggiori danneggiate, in conseguenza del quotidiano contatto con la malattia grave (che colpisce poi, nel caso del progetto qui discusso, bambini e adolescenti).

Sentire è possibile se si è sufficientemente privi o liberi dalle proprie *zavorre* personali (di vita, storia e salute), e quindi da problemi e intoppi istituzionali. Sentire significa qui potersi permettere di affiancare l'altro sofferente come persona singola, con una propria storia e un presente unici, senza fare affidamento cioè, incontrando l'altro, su pregiudizi, storie già ascoltate, abitudini ed esperienze passate.

Pensare è potersene fare qualcosa di quanto s'è potuto sentire, di quanto si è riusciti a sentire dell'altro. Pensare è riuscire ad utilizzare al meglio la propria vita in modo da trasformare il dolore in dato, la storia in esperienza, il pianto in movimento mirato, in abbraccio o azione utile e programmata.

Agire è quanto di più difficile si possa pretendere da un operatore a contatto con il dolore. Intendiamo qui un agire consapevole, l'opposto di un agire automatico e banale, dissociati, paratimico, fuori campo e oggetto. Il nostro agire deve essere la somma del sentire e del pensare, deve essere il frutto del contributo personale dell'operatore come intero al singolo paziente, visto come persona unica, frutto di mente e corpo, storia personale, presente di malattia e futuro di progetto.

Premessa operativa

Il progetto, una volta constatata l'adesione del personale, si è rivolto in particolare agli operatori del reparto di Oncoematologia Pediatrica per un totale di circa 15 persone, per la maggior parte infermiere.

Gli infermieri occupano infatti, sempre più consapevolmente, uno dei ruoli fondamentali all'interno delle strutture cliniche di cura: sono infatti il *corpo* dell'Istituzione, il tramite fisico per il quale vengono portate avanti le cure. Rap-

⁴ Reazioni non pensate e non pensabili riguardo fatti, accadimenti e reazioni psichiche non subiscono la necessaria lavorazione e trasformazione mentale che le porterebbe ad un livello di pensabilità e quindi utilizzabilità ottimale. Vengono quindi scaricate soprattutto somaticamente (ma anche, nel nostro caso-istituzionale, burocraticamente), per timore che siano indigeribili e nascondano al loro interno elementi pericolosi, controomeostatici.

presentano quindi l'interfaccia *continua* dell'Istituzione di cura, il viso dal quale carpire messaggi e le labbra dalle quali attendersi una voce che sia gentile, comprensiva, lieve o direttiva quando serve. Si intende facilmente quale *specializzazione emotiva* sia richiesta a questi operatori oltre a quella tecnico-professionale, con la quale terminano gli studi.

I problemi che i soggetti interessati riportano (testimoniati in parte anche dalla dirigenza medica), da quelli personali a quelli più precisamente istituzionali, rilevati anche grazie ad un questionario compilato durante l'incontro di presentazione del progetto agli operatori, sono di varia natura e origine.

Tra i più importanti per frequenza e rilevanza possiamo qui citare:

- Il carico di lavoro, soprattutto emotivo, assorbe la maggior parte delle energie degli infermieri.
- I conflitti e la mancanza di comunicazione adeguata, lamentata nel passaggio di informazioni tra infermieri e tra infermieri e medici, rendono inutilizzabile parte delle risorse giornaliere emotive e fisiche degli operatori (che si concentrano su detti conflitti di comunicazione-ruolo).
- Lo stress emotivo, che appare essere conseguenza anche e soprattutto del contatto con la cronicità, con quei pazienti che finiscono per frequentare i servizi per mesi ed anni e con i quali non si può non instaurare uno stretto rapporto di amicizia e vicinanza (si pensa qui ai ragazzini che passano a contatto con l'Istituzione, tra ricovero e follow-up, anche quattro, cinque anni della loro vita).
- La presenza continua del pensiero della malattia, della morte e del lutto, come quello della distanza e della perdita, quotidiana esperienza in questi servizi di *frontiera*, è una delle questioni di più difficile gestione per operatori che non possono fermarsi quasi mai a pensare.
- Ha gravato sul Servizio la presenza di una serie di aspettative disturbanti secondo le quali il corpo infermieristico della UO

avrebbe dovuto essere totalmente differente rispetto a quello degli altri Servizi rispetto a funzionalità, professionalità e obiettivi raggiunti. Tali irrealistiche aspettative (ripetute alle nuove leve come un *mantra* separato dalla realtà) hanno bloccato il Servizio in una ricerca della perfezione impossibile e quindi nella elaborazione continua del senso di colpa e del lutto derivante dal mancato raggiungimento delle aspettative.

- Il passaggio tra il tempo dedicato alla vita lavorativa e professionale e quello invece della vita privata è un incrocio molto delicato, in quanto richiama la reale possibilità di un transito inopportuno di contenuti mentali, fisici ed emotivi dalla vita ospedaliera a quella familiare e casalinga.
- Le condizioni di lavoro non permettono, se non molto raramente, una sosta di riflessione e pensiero, condivisione e passaggio delle *consegne emotive* (comunicazione di quanto sentito e provato a contatto con i ricoverati e le loro famiglie).
- Il gruppo è descritto così allinearsi spesso su di un funzionamento in *modalità di sopravvivenza* che permettono di non pensare ma di agire senza riflettere (i cosiddetti *Assunti di Base* di W. Bion), anche quando non ce ne sarebbe comunque bisogno. In questo senso si segnala il troppo frequente ricorso automatico a *conflitti*, situazioni di *dipendenza* e *pensiero magico* (pensiero irrealistico/ infantile) per la risoluzione dei problemi concreti.

Ciò che appare in superficie allo sguardo e all'orecchio non allenati a cogliere movimenti nascosti o anche solo in penombra, sono quindi i continui scontri medici/ infermieri o tra colleghi infermieri insieme ai mancati *incontri*. Lamentele senza fine e meta, dinamiche relazionali disfunzionali (come il non affrontare direttamente lo scontento, la delusione o l'altro in questione), una certa presenza, comunque non costante, di un turn-over destrutturante il servizio e l'équipe

sono i sintomi che più di frequente Servizi come quello in esame manifestano.

Soggetti interessati, tempi e modi

Sono stati interessati e invitati a partecipare ai gruppi gli infermieri del Reparto e del DH di Oncoematologia Pediatrica del polo Oncologico del Vito Fazzi di Lecce, per circa quindici unità.

Dopo un seminario di approfondimento teorico-tecnico, con raccolta di idee, impressioni e storie (anche grazie a un questionario preparato per l'occasione), si sono tenuti due gruppi settimanali di 90' con i partecipanti al CFC. Infine è stato organizzato un seminario di restituzione e discussione finale con la partecipazione del dott. Luigi Valera, psicoanalista, psico-oncologo, segretario CRPG-IIPG Milano.

Il gruppo ha di volta in volta scelto gli argomenti e i protagonisti della seduta, in modo così da potersi rivolgere e indirizzare alla discussione dei contenuti emotivamente rilevanti al momento della seduta. Si fa notare che alcuni infermieri hanno fatto richiesta e partecipato a colloqui individuali con lo psicologo.

Note conclusive

Il lavoro in gruppo ha permesso la formazione di un nucleare *pensiero di lavoro*, pensiero che ha reso maggiormente liberi i *singoli operatori* di lavorare in condizioni difficili e dolorose senza dover per questo sacrificare uno dei caratteri fondamentali propri delle professioni di aiuto, ovvero la propria sensibilità rivolta all'ascolto, al sentire e al partecipare all'*Altro malato*. Senza dover sacrificare una loro parte, in definitiva, al gruppo *onnivoro* e arroccato negli Assunti di Base.

1. I gruppi hanno discusso e creato un primo abbozzo di quello che potremmo definire *pensiero del sentire e del conseguente agire*, un fare di gruppo che prevede ora in primis l'ascolto del *singolo* operatore, quello che si interfaccia senza soluzione di continuità al vissuto del paziente ed ai suoi familiari.
2. Si è ricreata una forma particolare di

identità professionale, basata sulla condivisione e l'ascolto dell'altro, che ha permesso spesso di rinsaldare il senso di appartenenza al Servizio, dato di volta in volta per perduto.

3. Il gruppo ha potuto iniziare un nuovo percorso di valorizzazione della *identità professionale* di infermiere oncologico e pediatrico. Tale identità, retta sino ad ora su di una presunta superiorità tecnico-professionale degli infermieri del Servizio (si veda la relativa nota della Premessa Operativa) oggi messa in discussione, sarà invece da ora basata soprattutto su capacità umane e comunicative non scontate, ma raggiungibili e utilizzabili, che devono arricchire le prerogative tecniche di ogni professionista della salute.
4. Si è con il presente progetto messo il seme di una rinnovata capacità di pensiero *istituzionale* che possa permettere al Servizio di prendersi cura e non ostacolare la comunicazione dei vissuti degli operatori, ma anzi di servirsene e utilizzare il sentire e il pensiero dei singoli in modo da migliorare il clima dell'équipe e così il contributo di infermieri e operatori alla vita e al lavoro della UO.

Bibliografia

- Bion, W., (1971). *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma.
- Comelli, F., Fautitano, S., (2006). *Etnopensieri. Per un lessico delle dimensioni istituzionali e transculturali della sofferenza psichica*, Quattroventi, Urbino.
- Correale, A., (1991). *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Curi Novelli, M., (a cura di) (2010). *Lavorare con il gruppo specializzato*, Franco Angeli, Milano.
- Ferro, A., Civitarese, G., (2015). *Il campo analitico e le sue trasformazioni*, Cortina, Milano.
- Kaës, R., a cura di (1988). *L'istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma, 1991.
- Jünger, E., (1969). *Avvicinamenti*, Guanda, Parma, 2006.

I falsi ricordi e le emozioni: un compito sperimentale con pazienti affetti da Alzheimer

Flavia Blasi

Laurea Magistrale in Psicologia clinica e della salute presso l'università degli studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara.
Tirocinante post-lauream presso la Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva D.S.M. ASL TA

Riassunto

Il termine *emotion processing* in letteratura indica la capacità cognitiva di comprendere lo stato emotivo degli altri, di comunicare il proprio stato emotivo e di elaborare le informazioni con connotazioni affettive. Numerosi studi clinici e sperimentali condotti su individui normali e su pazienti affetti da *Alzheimer*, hanno mostrato il coinvolgimento delle funzioni cognitive nell'elaborazione di informazioni di tipo emotivo (Di Giacomo et al., 2002).

La malattia di *Alzheimer* provoca un deterioramento delle capacità di *emotion processing*, al pari di quanto accade, per le abilità di memoria o linguaggio. Tale deterioramento sarebbe più evidente negli stadi moderato/medio di malattia, rispetto agli stadi iniziale/lieve. Quindi i pazienti con demenza di *Alzheimer* hanno difficoltà nel riconoscere e discriminare le diverse emozioni, nella capacità di recupero, visto che non riescono a codificare.

In questo studio: i partecipanti hanno codificato immagini a colori che rappresentano episodi ecologiche di vita quotidiana. Questi episodi sono progettati per permettere l'analisi di due tipi di errori di memoria: errori irrilevanti "gap-filling" (ossia immagini plausibili, con uno script di un dato episodio) e errori causali inferenziali prodotte da una inferenza, che giustificerebbe il finale dell'episodio). Questo paradigma offre la possibilità di esaminare differenze qualitative nelle distorsioni di memoria legate al contenuto emozionale dell'elaborato.

Parole chiave: falsi ricordi, *emotion processing*, errori gap-filling, errori causali, *Alzheimer*.

Introduzione

L'invecchiamento può essere definito come un processo di modificazione di un organismo in funzione del tempo, e in questo senso si orienta nei processi di accrescimento e maturazione. Nello stesso tempo però indica l'avanzamento verso la vecchiaia, ultima fase dell'età adulta e stadio di sviluppo inevitabile per gli organismi che vivo-

no abbastanza a lungo. I cambiamenti con l'età non riguardano solo gli aspetti cognitivi ma anche quelli emotivi. Le emozioni sono una parte integrante della nostra vita psichica che determinano il nostro benessere e motivano i nostri comportamenti. Esse sono il cuore delle nostre relazioni sociali e la loro espressione costituisce uno dei canali comunicativi che ci permette di funzionare nei contesti familiari, culturali e sociali. Inoltre con il passare dell'età le emozioni vengono regolate in maniera più sofisticata.

Da sempre numerosi studi hanno posto l'accento sulla relazione specifica tra valenza positiva e memoria, ossia sullo studio dell'influenza degli stati emotivi positivi sui processi di memoria. Studi simili sono stati svolti da Sartori et al., 2012, dove a un gruppo di studenti, volontari, venivano presentate una lista di parole (paradigma DRM) a livello uditivo, per distinguere i veri e i falsi ricordi a livello implicito ed esplicito, utilizzando uno strumento autobiografico IAT (Sartori et al., 2008), una variante del test Associazione Implicita (IAT; Greenwald et al. 1998), un metodo che permette di rilevare i veri eventi autobiografici dell'intervistato; i risultati dello studio dimostrano che può essere considerato uno strumento sensibile per rilevare le differenze tra veri e falsi ricordi (DRM).

Altri studi sono stati condotti da Curci et al. 2015 sull'interferenza emotiva, dove è stato condotto uno studio sulle dimissioni del papa Benedetto XVI, dimostrato che i falsi ricordi si riscontrano specialmente nella memoria autobiografica.

La memoria non è una fotografia ma è molto suscettibile ad errori; un errore frequente ma che tende ad aumentare negli anziani, sono i falsi ricordi.

Il falso ricordo è un fenomeno per cui si ricordano cose che non sono accadute o si rammentano diversamente da come sono accadute. Le emozioni positive determinano una maggior accessibilità delle informazioni in memoria a lungo-termine e ad una maggior probabilità di accedere ed attivare più informazioni legate tra loro in memoria semantica. In altre parole, le emozioni positive spingono verso un'elaborazione più globale caratterizzata da un'attivazione ampia della rete semantica, mentre gli stati emotivi negativi sono caratterizzati dal promuovere un'attivazione più localizzata che si focalizza soprattutto sul significato delle singole parole. Ne deriva che alcuni errori di memoria che si basano sulla diffusione automatica di attivazione in memoria semantica, dovrebbero manifestarsi con più frequenza in seguito ad umore positivo.

Nell'invecchiamento patologico, la memoria sembra essere una delle abilità particolarmente deficitarie.

Obiettivi

Gli obiettivi dello studio sono duplici: indagare se le informazioni emotive influenzino la creazione di falsi ricordi (vedere se le emozioni possono proteggere dalla formazione dei falsi ricordi) e valutare se gli individui affetti da *Alzheimer* producono meno falsi ricordi degli anziani sani, a causa dei ridotti processi di elaborazione e se il pattern di errori è simile agli anziani sani.

Campione e Metodologia

Il campione dello studio si compone di 24 pazienti affetti da *Alzheimer* (Media= 73,7 anni) e 24 soggetti di controllo sani (Media = 72,8 anni). I pazienti a cui è stata diagnosticata la malattia di *Alzheimer* in uno stadio lieve-moderato sono stati rintracciati da due centri locali di *Alzheimer* sul territorio di Chieti e Pescara, mentre i pazienti sani sono stati reclutati dall'Università della terza età, "Unitre", di Chieti.

A tutti i partecipanti sono stati somministrati i seguenti test come screening iniziale (tab. 1):

- *Span* avanti e indietro (Wechsler,1981) e

test della fluenza verbale per la *Working Memory* (Novelli et. al., 1986);

- MMSE (*Mini Mental State Examination*) per verificare la presenza di deterioramento cognitivo (Folstein et al., 1975);
- *Panas* (*Positive Affect and Negative Affect Scales*) positivo e negativo per misurare il tono dell'umore (Terracciano, McCrae e Costa, 2003).

Variabile testata	Malati di Alzheimer		Pazienti di controllo	
	M	SD	M	SD
Età	73,7	5,5	72,8	6,3
Educazione (in anni)	9,9	3,6	8,5	4,6
Digit Span in avanti	4,6	1,2	4,5	1
Digit Span in indietro	4	1	4,2	1,5
Fluena Verbale	4,3	1,2*	7,3	1,1
MMSE	24	3,8*	27,5	2,2
PANAS positivo	33,5	9,6	35,8	3,9
PANAS negativo	17,5	9,4	20,5	4,6

Taba 1- Caratteristiche neuropsicologiche e socio-demografiche dei malati di *Alzheimer* e dei pazienti di controllo.

*p < 0,001

Materiale

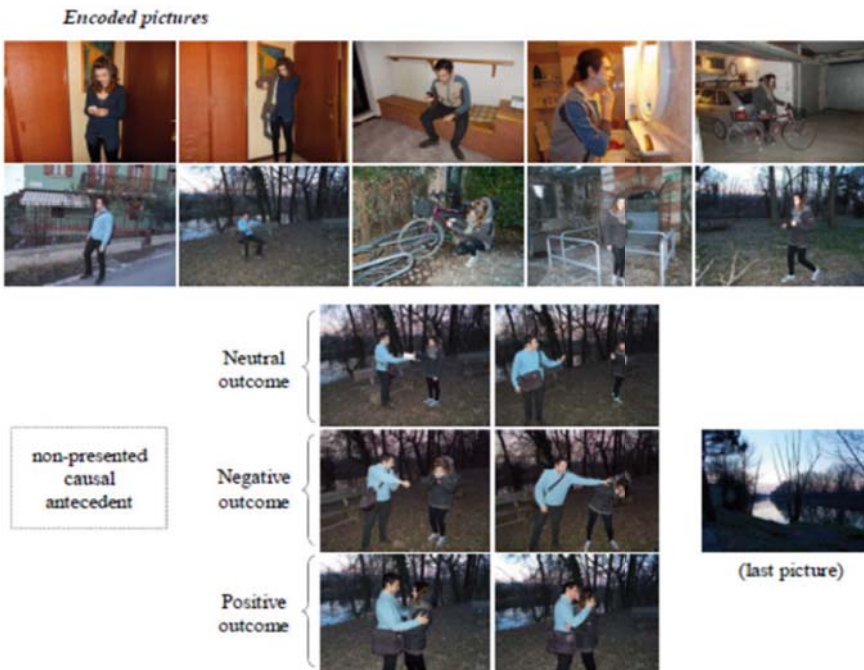
Sono state selezionate 136 immagini colorate (alcune prese dallo studio di Mirandola et al. 2014, altre sono state create nei laboratori dell'Università di Chieti e presentate con il *Power Point*). In particolare 108 delle immagini sono state utilizzate per creare 9 episodi di 12 immagini ciascuna che rappresentava azioni compiute tipicamente nella vita di tutti i giorni (per esempio, fare a spesa, alzarsi, etc.), 18 erano immagini riempitive e le restanti 9 erano immagini di distrazione. Per il test sono state usate 90 immagini, 45 immagini

target, 27 immagini didtrattori *gap-filling* (3 per ogni episodio), 9 immagini di distrazione causale (1 per episodio) e 9 immagini distrattori non associate. I distrattori *gap-filling* erano immagini di tipiche azioni che potrebbero essere successe nell'episodio dato, ma che non vengono presentate durante la codifica. Invece, i distrattori causale erano immagini che rappresentavano una comune causa antecedente che può risultare in uno dei tre differenti e reciprocamente esclusivi finali dell'e-

pisodio, uno negativo, uno positivo e uno neutrale. La valenza dei finali era controbilanciata attraverso i partecipanti per creare 6 versioni della presentazione così che un terzo dei partecipanti abbia visto la versione con le conseguenze positive, un terzo la versione con le conseguenze negative e un terzo la versione con le conseguenze neutrali. I personaggi e le impostazioni variavano per ogni episodio allo scopo di aiutare la transizione da un episodio all'altro.



Fig. 1 - *Gap-filling*, causali e finali neutrali, negativi e positivi (Mirandola et al., 2014).



Procedura

Tutti i partecipanti sono stati testati in due sessioni: la prima relativa alle informazioni socio-demografiche ed alla somministrazione dei test generali di screening neuropsicologico. La seconda sessione consisteva nell'esposizione al lavoro sperimentale sui falsi ricordi.

Fase di codifica

I partecipanti sono stati istruiti ad osservare con attenzione una serie di immagini che formavano episodi diversi rappresentanti attività quotidiane presentate sullo schermo di un pc. I partecipanti hanno visto un totale di 136 immagini durante la codifica. In particolare, 5 immagini non associate con l'episodio, precedevano la presentazione per evitare effetti di base e altre 5 immagini non associate seguivano la presentazione degli episodi per impedire effetti dovuti alla recenza. Ogni episodio era composto da 12 immagini presentate, una alla volta, nel centro del monitor del computer. I partecipanti dovevano ricordare cosa riguardasse ogni episodio. Le immagini venivano presentate consecutivamente, come in studi precedenti (Mirandola, et al., 2014), separati da una slide nera. Le immagini e gli stimoli transitori rimanevano sullo schermo per due secondi. La registrazione avveniva su un file con un numero identificativo per ogni immagine.

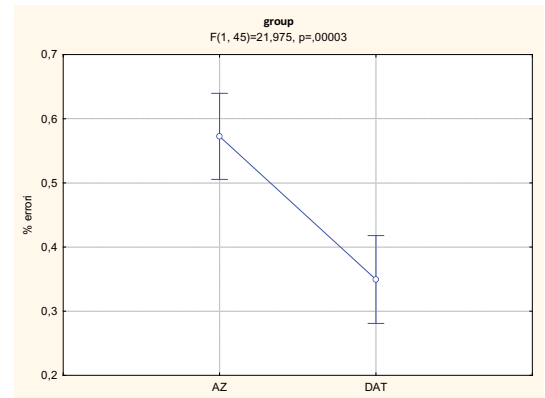
Fase di riconoscimento

Il test di memoria consisteva in un lavoro di riconoscimento SI/NO autoregolato. Per ogni immagine, i partecipanti dovevano rispondere "sì" se essi pensavano di aver visto l'immagine durante la fase di codifica, e "no" se pensavano di non averla vista.

Risultati

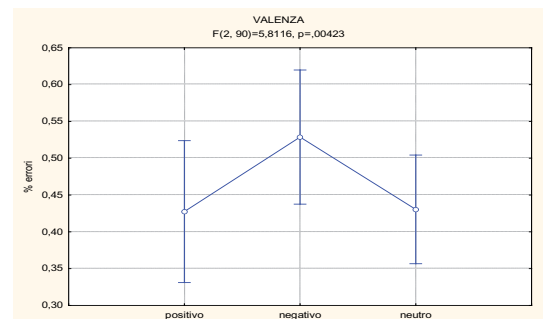
I risultati sono stati analizzati tramite il programma statistico "Statistica" (versione 8.0). Un'Anova (analisi statistica che fa parte della statistica inferenziale e che permette di confrontare due o più gruppi di dati confrontando la va-

riabilità *interna* a questi gruppi con la variabilità *tra* i gruppi), sulla percentuale di errori, che aveva come fattore *between* il gruppo e come fattori *within* il tipo di errore e la valenza, ha rilevato un effetto significativo nel gruppo $F(1, 45)=21,975, p<.001$ evidenziando come gli anziani sani fanno più errori, in generale, rispetto ai DAT. I punteggi medi sono .57 per gli anziani e .35 per i DAT.



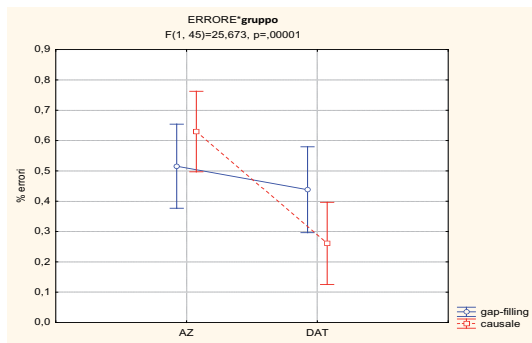
Graf. 1 - Gruppo

L'effetto principale di valenza è significativo, $F(2, 90) = 5,8116, p < .01$. L'analisi post-hoc LSD (*Least significant difference*, analisi che si esegue dopo aver visto i risultati delle medie e dell'ANOVA) evidenzia che, in generale, i falsi ricordi aumentano quando gli episodi hanno finali negativi rispetto a positivi e neutri. Non ci sono differenze significative tra gli episodi con finale positivo e neutro. I punteggi medi sono .43, .53 e .43 per gli episodi con finale positivo, negativo e neutro, rispettivamente.



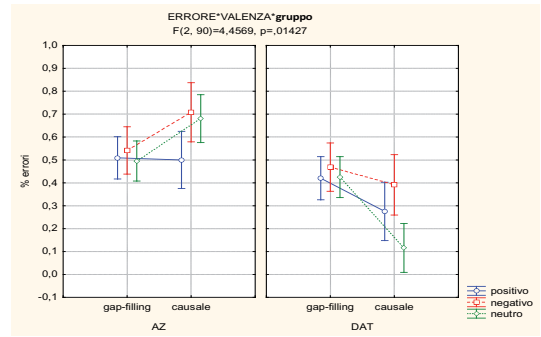
Graf. 2 - Valenza

L'interazione a due vie tra il gruppo e il tipo di errore è significativa, $F(1, 45) = 25,673, p < .001$. L'analisi post hoc LSD ha confermato che, mentre gli anziani sani compiono più errori del tipo causale, i pazienti DAT compiono più errori del tipo *gap-filling*. I punteggi medi sono .52 e .63 per gli errori *gap-filling* e causali, rispettivamente, nel gruppo di anziani sani e .44 e .26 per gli errori *gap-filling* e causali, rispettivamente, nel gruppo di pazienti DAT.



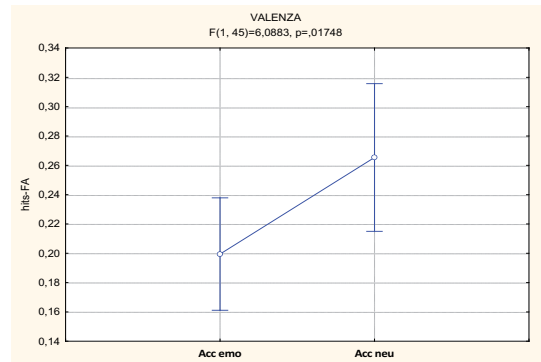
Graf. 3 - Interazione tra gruppo ed errore

L'interazione a tre vie è significativa, $F(2,90) = 4,4569, p < .05$. L'analisi post hoc LSD ha confermato che la valenza del finale non influenza gli errori *gap-filling*. Invece, gli anziani sembrano essere "protetti" dagli errori di tipo causale quando il finale è positivo mentre i pazienti sono più "protetti" quando il finale è neutro. I punteggi medi sono .51, .54 e .50 per il finale positivo, negativo e neutro per gli errori *gap-filling* negli anziani sani, .50, .71 e .68 per il finale positivo, negativo e neutro per gli errori causali negli anziani sani, .42, .47 e .43 per il finale positivo, negativo e neutro per gli errori *gap-filling* nei pazienti e .27, .39 e .12 per il finale positivo, negativo e neutro per gli errori causali nei pazienti.



Graf. 4 - Interazione tra errore, valenza e gruppo

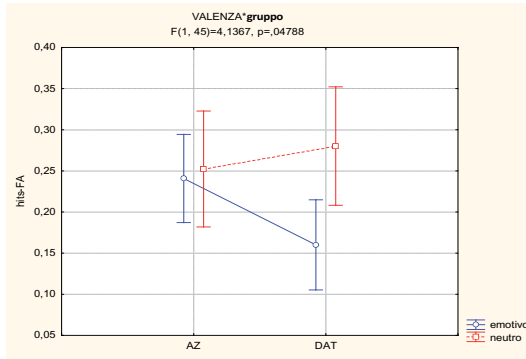
Una seconda analisi è stata condotta sulla percentuale di accuratezza dove si è riscontrato che l'effetto principale di valenza è significativo, $F(1,45) = 6,0883, p = .01748$ evidenziando come, in generale, i partecipanti sono più accurati quando il finale è neutro rispetto a quando è emotivo. I punteggi medi sono .20 per i finali emotivi e .27 per i finali neutri.



Graf. 5 - Valenza

Inoltre anche l'interazione a due vie tra la valenza del finale e il gruppo è significativa, $F(1,45) = 4,1367, p < .05$. Analisi post hoc LSD ha confermato che nel gruppo degli anziani sani, la valenza del finale non ha influenzato la performance, mentre nei pazienti DAT l'accuratezza era migliore per gli episodi con finale neutro. I punteggi medi

sono .24 e .25 per gli episodi con finali emotivi e neutri, rispettivamente e .16 e .28 nei pazienti DAT per gli episodi con finali emotivi e neutri, rispettivamente.



Graf. 6 - Interazione tra valenza e gruppo

Discussione

In questo studio è stata esaminata l'interazione tra "falsi ricordi" ed emozioni nell'invecchiamento e nelle demenze. È stata utilizzata una versione modificata del paradigma di Mirandola et al. (2014) per investigare i falsi ricordi nei pazienti malati di *Alzheimer*, considerando due tipi di errori qualitativamente differenti (causali vs *gap-filling*) e tre tipi di emozioni (positive, negative, neutrali). A tal fine, è stata adottata una versione modificata del paradigma dei falsi ricordi, per includere le informazioni negative, proposto per la prima volta da Hannigan e Reinitz e successivamente adattato da Mirandola et al. (2014). A questo studio sono state aggiunte immagini con finale negativo, per renderlo più completo (finale positivo, negativo e neutro). Questi studi inoltre sono stati condotti, in precedenza, anche su pazienti affetti da disturbi d'ansia e depressione, e su bambini affetti da ADHD (Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività), mostrando che questi pazienti tendevano a formare più falsi ricordi rispetto al gruppo di controllo.

Lo scopo dello studio era vedere se le emo-

zioni potevano influenzare i falsi ricordi e il loro riconoscimento. I dati dimostrano che gli anziani sani hanno una memoria migliore dei pazienti di *Alzheimer*, ma fanno un numero maggiore di falsi ricordi rispetto ai pazienti affetti da *Alzheimer*.

La mancanza di un processo semantico profondo e inoltre un processo induttivo nei pazienti malati di *Alzheimer*, invece, ha in qualche modo protetto loro dal creare errori causali induttivi, come già osservato nell'apprendimento dei bambini disabili con problemi di comprensione (Weekes e altri, 2008).

Come si evince dai risultati, gli anziani sani fanno molti più errori rispetto ai pazienti affetti da *Alzheimer*; i pazienti affetti da DAT fanno più errori del tipo *gap-filling*, a differenza degli anziani sani che fanno più errori causali. Quindi i falsi ricordi aumentano quando i finali degli episodi sono negativi. Così come un incremento nei falsi ricordi è, in primo luogo, causato da uno stimolo d'informazione maggiore, questo suggerisce che il materiale emozionale può avere un effetto benefico specifico nei pazienti affetti da *Alzheimer*.

Lo studio mostra che, i processi concettuali e semantici coinvolti nella codifica mnemonica degli episodi e misurati attraverso il numero dei falsi ricordi, sembrano essere relativamente efficienti nei pazienti anziani sani di controllo. Al contrario, i pazienti affetti da *Alzheimer* sembrano avere una mancanza fondamentale nella loro abilità deduttiva quindi producono meno errori causali, ma, nel caso di eventi emozionali, sono caratterizzati da un aumento negli errori, presumibilmente associato non solo con una mancanza di controllo, ma anche con un'elaborazione maggiore. Questo dato suggerisce che la memoria nei pazienti soggetti ad *Alzheimer* è sensibile alle manipolazioni emozionali e che la natura dei falsi ricordi emozionali può essere un utile indice per differenziare tra invecchiamento sano e patologico (e.g. Mammarella, 2013; Mammarella et al., 2014).

Conclusioni

In conclusione, la ricerca nei diversi gruppi dei falsi ricordi è in linea con gli studi precedenti (e.g., Gallo et al., 2010), che hanno mostrato che le emozioni possono condurre ad una elaborazione maggiore e a delle deduzioni maggiori dei falsi ricordi, anche nella demenza. Comunque, il paradigma ha fornito un'opportunità in più sull'investigazione qualitativa della natura dei falsi ricordi nel contesto delle situazioni emozionali della vita di tutti i giorni che differenzia tra soggetti anziani sani e malati.

Lo studio presente potrà necessitare di ulteriori generalizzazioni e supporti, a causa delle limitazioni dello studio. Una limitazione dello studio è che non potevamo chiaramente differenziare il difficile ruolo della codifica da quello delle strategie di richiamo. Il lavoro enfatizza la codifica così da non sapere se le strategie di ricostruzione nel richiamo, più che nei processi di codifica, possono essere utilizzate per spiegare lo schema degli errori nei falsi ricordi. Studi futuri potranno voler usare lavori sulla memoria come una fonte di monitoraggio che può evidenziare meglio il contributo della ricostruzione e i processi di valutazione durante il richiamo. Lo sviluppo di interventi di comportamento per correggere i processi deduttivi e associarli all'emozioni, può essere considerato un obiettivo importante per lo sviluppo di nuove procedure di riabilitazione cognitiva (e.g. Mammarella, 2013; Mammarella et al., 2014).

Bibliografia

Mammarella, N. (2014). Is Emotional Working Memory Training a New Avenue of AD Treatment? A review. *Aging and disease*, 5(1), 35.

Mammarella, N., Fairfield, B., Di Domenico, A., Borella, E., Carretti, B. (2013). Is working memory affective in dementia of alzheimer's type? *Neuroscience Discovery*, 70, 5-09.

Mammarella, N., Fairfield, B., Di Domenico, A. (2012). Comparing different types of source memory attributes in dementia of Alzheimer's type. *International Psychogeriatrics*, 24, 666-73. doi: 10.1017/S1041610211002274.

Mirandola, C., Losito, N., Ghetti, S., Cornoldi, C. (2014). Emotional false memories in children with learning disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 261-268. Doi: 10.1016/j.ridd.2013.11.004

Mirandola, C., Toffalini, E., Grassano, M., Cornoldi, C., Melinder, A. (2014). 'Inferential false memories of events: Negative consequences protect from distortions when the events are free from further elaboration'. *Memory*, 22, 451-461.

Toffalini, E., Mirandola, C., Drabik, M. J., Melinder, A., & Cornoldi, C. (2014). Emotional negative events do not protect against false memories in young adults with depressive-anxious personality traits. *Personality and Individual Differences*, 66, 14-18.

Passafiume, D., & Di Giacomo, D. (2006). *La demenza di Alzheimer: guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*. Franco Angeli, Milano.

Baroni, M. R. (2003). *I processi psicologici dell'invecchiamento*. Carrocci editore, Roma.

Mammarella, N. (2011). *Psicologia della memoria positiva*. Franco Angeli, Milano.

Laicardi, C., Pezzuti, L. (2000). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Il Mulino, Bologna.

De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Il Mulino, Bologna.

Mammarella, I. C., & Cornoldi, C. (2005). Difficulties in the control of irrelevant visuospatial information in children with visuospatial learning disabilities. *Acta Psychologica*, 118, 211-228.

Mammarella, I. C., Meneghetti, C., Pazzaglia, F., Gitti, F., Gomez, C., Cornoldi, C. (2009). Representation of survey and route spatial texts in children with nonverbal (visuospatial) learning disabilities. *Brain and Cognition*, 71, 173-179.

Mirandola, C., Losito, N., Ghetti, S., Cornoldi, C. (2014). Emotional false memories in children with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 261-268.

Marini, M., Agosta, S., Mazzoni, G., Dalla Barba, G., Sartori, G. (2012). True and false DRM memories: differences detected with an implicit task. *Frontiers in Psychology*, Volume 3, Article 310, 3:310

Curci, A., Lanciano, T., Maddalena, C., Mastrandrea, S., Sartori, G. (2015). Flashbulb memories of the Pope's resignation: explicit and implicit measures across differing religious groups. *Memory*, 23, 529-44.

Responsabilità sociale d'impresa e social media: processi di sense making in comunità di pratiche

Nicola Saracino

psicologo tirocinante presso il Servizio di Psicologia Clinica e Neuropsicologia clinica – Dipartimento di scienze mediche di base, neuropsicologia ed organi di senso (Policlinico – Bari)

In un mondo in cui la crisi ci sta attanagliando, i mercati diventano sempre più saturi, l'ambiente sempre più spesso ci mostra i segni della violenza che da decenni subisce dall'uomo, la società esibisce sempre più frequentemente i suoi disagi, i suoi problemi e i diritti non rispettati.

In tali circostanze viene percepita come rilevante la posizione occupata dall'economia, dai mercati e dai suoi principali attori – le aziende – sempre più fragili, con un'immagine sempre più minata dalle problematiche sopra citate. Risulta quindi necessario trovare nuove strategie per conquistare tutti i suoi portatori di interesse, diventata importante ridurre il gap tra l'azienda e i suoi stakeholder. Negli ultimi venti anni le imprese in numero massiccio hanno puntato le loro risorse, le loro energie e i loro sforzi sulla creazione ed attuazione di politiche di Responsabilità Sociale d'Impresa sostenute da una cultura orientata al rispetto e alla considerazione dei bisogni, delle problematiche, delle esigenze sociali ed ambientali, strettamente connesse a quelle economiche.

La Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI) può essere definita come “l'integrazione, su base volontaria, da parte delle imprese, delle preoccupazioni sociali ed ambientali nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate” (Commission of the European Communities, 2001, p.2).

Secondo D'Aprile e Talò (2013), tale costrutto si articola in tre dimensioni fondamentali, rendendolo multidimensionale e psicosociale in riferimento agli stakeholder sia primari che secondari. La prima è la dimensione comportamentale, legata alle pratiche sociali e ambientali, realmente o potenzialmente agite da imprenditori e dipendenti nei contesti organizzativi a favore di stakeholder, ambiente, comunità e territorio; la seconda è la dimensione cognitiva, che consiste nella capacità di imprenditori e dipendenti di assumere la pro-

spettiva di stakeholder e management, dell'ambiente del territorio e della comunità; l'ultima è la dimensione affettiva, riguardante il senso di cura nei confronti di persone a differenti livelli di categorizzazione, come stakeholder, comunità, territorio ed ambiente.

E' però importante condividere la cultura socialmente responsabile e dello sviluppo sostenibile con tutti coloro che gravitano intorno all'azienda, creando delle fitte reti di relazioni tra essa e i propri stakeholder che possono permettere una più facile diffusione dei valori e degli ideali connessi a tale cultura.

Nel periodo storico nel quale viviamo, questa rete può essere efficacemente costruita e mantenuta sfruttando le potenzialità derivanti dalla Computer Mediated Communication e dalla prepotente diffusione di Internet: in tal senso, la comunicazione della RSI attraverso tali mezzi di comunicazione ed in particolare attraverso i social media (come per esempio Facebook o Twitter) rende più evidente la capacità delle aziende di interagire con la pluralità degli stakeholder che la circondano.

Se si considera, poi, che i valori e gli ideali di una cultura si concretizzano nell'attuazione di pratiche, risulta quasi spontaneo rileggere il tutto in ottica un'culturale e riconsiderare le comunità virtuali sopra citate come delle vere e proprie Comunità di Pratiche (CdP). Una comunità può essere intesa come un insieme di persone che sono interessate in modo informale da un'attività comune e da processi di partecipazione e di apprendimento che portano gli individui a condividere un significato comune. E' dunque la pratica il nucleo centrale di una Comunità di Pratiche, che Wenger definisce “un fare in un contesto storico e sociale che da struttura e significato alla nostra attività”. (Wenger, 1998). Essa è, inoltre, descritta da tre dimensioni: la dimensione dell'impegno reciproco,



che consiste nella condivisione con altri membri della comunità di uno stesso impegno ed è basata sulla convinzione di occuparsi della stessa cosa; la dimensione dell'impresa comune, che si realizza nella condivisione di una stessa impresa derivante dalla negoziazione di scelte, piani d'azione, obiettivi e tutti quegli aspetti che la concretizzano; la dimensione del repertorio condiviso, che corrisponde all'insieme di routine, parole, strumenti, modi di operare, storie, gesti, simboli o concetti che la comunità ha prodotto o adottato nel corso della sua esperienza e che sono diventati parte delle sue pratiche. Queste dimensioni rendono coerente la pratica, la quale è prima di tutto un processo di attribuzione di significati al mondo e al rapporto che l'essere umano con esso intrattiene e che risiedono all'interno di un meccanismo chiamato "negoziatura di significati". Esso implica l'interazione di due processi: la partecipazione, ovvero "l'esperienza sociale di vivere nel mondo in termini di appartenenza a comunità sociali e di coinvolgimento attivo in iniziative sociali" (Wenger, 1998, p.88), e la reificazione, ovvero "quel processo con cui diamo forma alla nostra esperienza, producendo oggetti che congelano questa stessa esperienza in un'entità materiale (Wenger, 1998, p.72).

Stabiliti, pertanto, i concetti teorici più importanti, è possibile anzitutto meglio comprendere le motivazioni che sono alla base di tale lavoro di tesi.

La comunicazione della RSI tra stakeholder ed imprese in contesti digitali ad alta interazione è un nodo ancora oggi critico, senza dimenticare che gli studiosi hanno analizzato le attività comuni-

cative di RSI riportate nei report aziendali – forma comunicativa autoprodotta – e non i processi dialogici tra impresa e stakeholder. Infine, è da segnalare la relativa inesploratazza di quel campo di studi che indaga i processi di costruzione di significato attivati in gruppi virtuali, nati grazie alla pervasiva diffusione dei social media e all'ampio utilizzo della Computer Mediated Communication, del tutto assimilabili a CdP d'impresa.

La ricerca sviluppata si pone come obiettivo quello di indagare i processi di negoziazione di significato della RSI che avvengono tra impresa e stakeholder in CdP virtuali ad alto grado di interattività, come per esempio Facebook.

In particolare, la ricerca è partita da due domande di ricerca:

1. In che modo i processi di significazione della RSI si sviluppano nell'interazione tra impresa e stakeholder?
2. Qual è il ruolo di Facebook in questo processo di significazione?

Per rispondere a queste domande, è stato analizzato il materiale autoprodotta, sottoforma di post e di commenti, dagli stakeholder e dalle imprese in due pagine Facebook di due diverse tipologie di aziende: la prima è un'azienda di produzione, ovvero la Scavolini, mentre la seconda è un'azienda che eroga servizi, ovvero l'Unicredit Italia. I testi sono stati raccolti all'interno di un arco temporale che va dal 1 novembre 2012 al 15 marzo 2013 e raccolgono, nello specifico, 79 post per la pagina della Scavolini e 199 post per la pagina dell'Unicredit Italia.

Tutto il materiale raccolto è stato studiato tramite l'analisi interpretativa dei temi discorsivi

riguardanti la RSI e la CdP, con scelta dei temi discorsivi salienti e ricorrenti nei post delle due community virtuali. Per l'agevolazione dell'analisi è stato, inoltre, utilizzato il Software Atlas-ti vs 5.0, attraverso il quale è avvenuta la sistematizzazione dei temi discorsivi.

L'analisi del discorso effettuata sui dati testuali raccolti ha fatto emergere temi concettuali di rilevante interesse, quali la rilevanza della cura dei clienti, la definizione del ruolo di Facebook nella mediazione del rapporto azienda-stakeholder, la RSI esplicitamente dichiarata da Unicredit Italia tramite post su Facebook.

Un primo indicatore dell'importanza di tali tematiche è data dalla risposta rapida, adeguata ed esaustiva da parte dell'azienda nei confronti di un post pubblicato dallo stakeholder, testimoniando la motivazione che la stessa impresa ha nel dare una risposta più che soddisfacente. Altro indicatore è poi riscontrabile nel numero di volte in cui uno stesso post viene reso pubblico dall'impresa: molti post riguardanti la RSI esplicitata, per esempio, vengono ripetutamente pubblicati nello stesso ed identico modo nel giro di pochi giorni.

In ogni caso, tre sono risultati i temi salienti emersi dall'analisi dei post.

a - Dal problema percepito alla sua risoluzione: la RSI come supporto ai clienti

E' evidente come nelle comunità virtuali gli stakeholder condividono un disagio e cercano nel contempo di trovare e negoziare una soluzione, con una forte attivazione della RSI cognitiva ed affettiva, nonché della dimensione dell'impegno reciproco, in riferimento alla CdP, dell'impresa. A proposito di quest'ultima, si evidenziano differenze significative tra le due aziende riguardanti la condivisione di un proprio piano d'azione e il bipolarismo della discussione.

b - Il ruolo di Facebook quale strumento di mediazione

Analizzando il materiale estrapolato dalle due pagine, si evince il ruolo di Facebook come strumento sia di costruzione e condivisione di significati tra stakeholder ed azienda e sia come strumento comunicativo più o meno capitale a seconda della tipologia d'impresa.

Molte delle discussioni presentano una struttura tipica che parte dalla presentazione dei valori

e dei principi dell'azienda in modo da pianificare un'impresa che possa essere condivisa con gli stakeholder.

c - La RSI non negoziata: la RSI svelata dall'azienda

Si fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui l'azienda esplicita una specifica dimensione di RSI, per lo più comportamentale, alla quale però non segue un'effettiva negoziazione di significati.

Ciò, sebbene sia una testimonianza dell'importanza che l'azienda ha nei riguardi della RSI, fa anche comprendere come le conoscenze tacite, non esplicitate, siano più potenti in riferimento alla loro capacità di costruire e negoziare significati.

Tale ricerca, pertanto, conduce ad alcune importanti conclusioni e consapevolezza. I significati della RSI sono co-costruiti attivando i processi di comunità di pratica impresa-stakeholder, ed in particolare la RSI cognitiva ed affettiva si attivano come risposta di impegno reciproco delle aziende coerenti con l'obiettivo richiesto dagli stakeholder di rispondere alle loro attese di cura.

Facebook non può, dunque, essere considerato un mero contenitore, ma un vero e proprio artefatto culturale che media i processi di significazione di RSI, e lo stesso uso di Facebook viene negoziato dalla community impresa-stakeholder.

La terza dimensione della RSI precedentemente non citata, quella comportamentale, riflette una dimensione auto-riportata dall'azienda ma generalmente non negoziata con gli stakeholder. La pratica discorsiva di RSI nella comunità di pratica virtuale è di per sé una pratica socialmente responsabile d'impresa.

Nonostante questi risultati interessanti, si ritiene necessario approfondirli con ulteriori studi per poter superare alcuni limiti, come la dimensione ridotta del campione, e per ottenere una valutazione esaustiva dei temi discorsivi qui individuati.

Bibliografia

- Accornero, A. (1980). *Il lavoro come ideologia*. Bologna: Il Mulino.
- Acquisti, A., & Gross, R. (2006). Imagined Communities: Awareness, Information Sharing, and Privacy on the Facebook. *Privacy Enhancing Technologies*, 4258, 36-58.
- Annese, S. (2002). La moltiplicazione discorsiva

- dell'identità nella CMC. In G. Mininni (A cura di), *Virtuale.com: la parola spiazzata* (pp. 61-96). Napoli: Idelson-Gnocchi.
- Bachtin, M. (2002). *Dostoevskij. Poetica e stilistica*. Torino: Einaudi.
- Berners-Lee, T. (2001). *L'architettura del nuovo web: dall'inventore della rete il progetto di una comunicazione democratica, interattiva ed intercreativa*. Milano: La Feltrinelli.
- Bruner, J. (1992). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Commission of the European Communities. (2001). *Promoting an European Framework for Corporate Social Responsibilities*. Disponibile in: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0366en01.pdf.
- Crane, A. (2000). Corporate greening as amoralization. *Organization Studies*, 21, 673-696.
- D'Aprile, G., & Mannarini, T. (2012a). The psycho-social dimensions and correlates of Corporate Social Responsibility. In G. Mininni, & A. Manuti (A cura di), *Applied psycholinguistic. Positive effects and ethical dimensions* (pp. 206-216). Milano: Franco Angeli.
- D'Aprile, G. & Mannarini, T. (2012b). Corporate Social Responsibility as a psychosocial multidimensional construct. *Journal of Global Responsibility*, 3, 48-65.
- D'Aprile, G., & Talò, C. (in press). Measuring Corporate Social Responsibility as a psychosocial construct: A new multidimensional scale. *Employee Responsibilities and Rights Journal*.
- D'Aprile, G., Annese, S., & Racano, M. (in submission). Communicating Corporate Social Responsibility in the social media: The meaning-making evolving with the development of Communities of Practice. *Journal of Business and Technical Communication*.
- De Carlo, N.A., Falco, A. & Vianello, M. (2009). Marketing sociale, responsabilità e sostenibilità. In P. Argentero, C. Cortese, & C. Piccardo (A cura di), *Psicologia delle organizzazioni* (pp.417-446). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity-theoretical Approach to Developmental Research*. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.
- Fairclough, N. (2001). *Language and Power*. London: Longman.
- Fairclough, N. (2006). *Language and Globalization*. London: Routledge.
- Freeman, R. (1984). *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman.
- Galimberti, C. & Riva, D. (a cura di). (1997). *La comunicazione virtuale. Dal computer alle reti telematiche: nuove forme di interazione sociale*. Milano: Guerini e Associati.
- Kaplan, A. M. & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, 53, 59-68.
- Lafasciano, F. (2011). *Comunicazione mediata da computer: blog*. Cerignola: Enter Edizioni.
- Ligorio, B., & Pontecorvo, C. (2010). Che cos'è il contesto: presupposti e implicazioni. In B. Ligorio, & C. Pontecorvo (A cura di), *La scuola come contesto* (pp.21-39). Roma: Carocci editore.
- Ligorio, B. (2002). *Guida alla comunicazione virtuale*. Napoli: Idelson-Gnocchi.
- Mead, G. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: Chicago University Press.
- Mininni, G. (2004). *Psicologia e media*. Roma: GLF editori Laterza.
- Paccagnella, L. (2000). *La comunicazione al computer: Sociologia delle reti telematiche*. Bologna: Il Mulino.
- Pedon, A., & Gnisci, A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino.
- Purser, R. (1994). Guest editorial: "Shallow" versus "deep" organizational development and environmental sustainability. *Journal of Organizational Change Management*, 7, 4-14.
- Scaratti, G. & Ripamonti, S. (2009). Gestire la conoscenza e apprendere nelle organizzazioni. In P. Argentero, C. Cortese, & C. Piccardo (A cura di), *Psicologia delle organizzazioni* (pp. 123-154). Milano: Raffaello Cortina editore.
- Schweder, R. (1989). Cultural Psychology: What Is It?. In J. Stigler, R. Schweder, & G. Herdt (A cura di), *Cultural Psychology: The Chicago Symposia on Culture and Human Development* (pp. 82-105). New York: Cambridge University Press.
- Speltini, G., & Palmonari, A. (1999). *I gruppi sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Suchman, L. (1987). *Plans and Situated Actions. The Problem of Human- Machine Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vittori, R. (2004). *Web strategy: ripensare il futuro della propria azienda in funzione dei nuovi strumenti di comunicazione*. Milano: Franco Angeli.
- Wempe, J., & Kaptein, M. (2002). *The Balanced Company. A Theory of Corporate Integrity*. Oxford: Oxford University Press.
- Wenger, E. (2006). *Comunità di pratica: apprendimento, significato e identità*. Milano: Cortina.
- Zuccheromaglio, C. (2002). *Psicologia culturale dei gruppi*. Roma: Carocci editore.
- Zuccheromaglio, C., & Alby, F. (A cura di). (2006). *Manuale di Psicologia Culturale delle Organizzazioni*. Roma: Carocci editore.

Attaccamento, personalità e famiglia nelle tossicodipendenze

Stefania Schiraldi

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Tirocinio post-lauream presso Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"

Riassunto

Nei punti che seguono si cercherà di prendere in considerazione la visione dell'approccio sistemico-relazionale sulle tossicodipendenze, per riuscire a valorizzare l'irrinunciabile contributo che questo approccio può dare alla comprensione e alla cura delle dipendenze patologiche. In questo progetto di tesi si è voluto indagare sulla presenza di tratti di personalità specifici nei pazienti tossicodipendenti, correlati all'organizzazione mentale dell'individuo per ciò che concerne lo stile di attaccamento.

Tale ricerca è stata condotta su un campione di 30 pazienti, reclutati tramite i Servizi Territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T), dei comuni di Bitonto-Palo del Colle e Modugno della provincia di Bari, in età compresa dai 18 ai 35 anni, con lo scopo di studiare lo stile di attaccamento dei soggetti e la presenza di tratti della personalità specifici, verificando, inoltre, se tra le due variabili esiste un rapporto significativo.

Nonostante i limiti metodologici, i risultati ottenuti confermano le ipotesi di ricerca, compatibili con i dati raccolti della letteratura sul tema delle tossicodipendenze.

Parole chiave: *tossicodipendenza, stili di attaccamento, disturbi di personalità*

Deve esserci un "fondo" su cui poter "cucire" queste relazioni, ma la trapunta a riquadri non è la storia dei vari pezzi di stoffa di cui è fatta. È la loro combinazione in un nuovo tessuto che dà calore e colore.
(Bateson, Bateson, 1987)

Introduzione

Per definizione il termine "dipendere" significa avere bisogno, necessità, di qualcosa o qualcuno per soddisfare una propria esigenza vitale per il benessere organico o l'equilibrio psicologico. La dipendenza di conseguenza è la condizione o lo stato in cui vive un individuo in relazione ad un persona o cosa o sostanza.

E' necessario tuttavia capire che il concetto in sé di "dipendenza" non ha una connotazione negativa, basti pensare alla relazione speciale e unica che si instaura nei primi anni di vita nella diade madre-bambino e che, al suo interno, promuove separatezza, autonomia e "piacere di esplorazione" (Jeammet 1997).

Caretti e La Barbera (2005), definiscono la "dipendenza patologica" come "una forma morbosa determinata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere ripetuta con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui sono presenti i fenomeni di craving, assuefazione e astinenza in relazione ad un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che il soggetto non può allontanare da sé".

Attualmente i principali luoghi istituzionali preposti ad occuparsi di tossicodipendenze sono i Ser.D. (Servizi per le Dipendenze) che ricomprendono le funzioni e l'organizzazione stabiliti per i vecchi Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze), ma estendono i loro interventi agli ambiti relativi alle sostanze d'abuso legali ed a quelli delle dipendenze comportamentali.

Si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione e forniscono risposte ed interventi ai singoli, alle famiglie, alle istituzioni attraverso trattamenti farmacologici, psicologici e riabilitativi, erogati nell'ambito delle strutture delle Asl o in strutture accreditate (comunità terapeutiche).

Il complesso rapporto tra personalità e uso di sostanze ha da sempre stimolato l'interesse di clinici e ricercatori che hanno raccolto osservazioni e formulato ipotesi circa una possibile relazione.

L'aspetto cruciale nella ricerca empirica, nel

campo della doppia diagnosi, sembra essere la definizione del ruolo primario o secondario di ciascun disturbo (Stone 1989, Duilt 1990).

Al di là della questione della primarietà di uno o dell'altro disturbo, che può essere interessante sia sul piano speculativo sia sul piano clinico, è importante sottolineare come afferma Maremmani et al (2002), che gli aspetti personologici per i quali esiste la maggior concordanza tra i vari studi e al contempo una relativa specificità dell'associazione riscontrata con la tossicomania, risultano essere il livello di aggressività, il tono dell'umore disforico-irritabile, l'ipercriticismo etero diretto e le condotte sociopatiche.

Nello specifico sembra che fra i tossicodipendenti sia soprattutto prevalente il cluster B dei disturbi di personalità (borderline, antisociali, istrionici e narcisistici) del DSM-5 (2013) e, in particolare, il disturbo antisociale di personalità (Bahlmann et al. 2002; Krueger et al. 2002; Messina et al. 2001; Wise et al. 2001).

Con l'avvento del concetto di attaccamento elaborato da John Bowlby, si passa da un modello strutturale delle pulsioni, caratteristico della teoria psicoanalitica freudiana, ad un modello relazionale.

L'autore sottolinea lo status primario e la funzione biologica specifica di protezione dai predatori dei legami emotivi intimi tra individui, che si sviluppano grazie alla creazione di un rapporto stabile e duraturo presente fin dalla nascita; il cibo e la nutrizione quindi, svolgono un ruolo non esclusivo nel rapporto con la madre.

Il comportamento del tossicomane viene da quel momento, compreso come un riflesso della carenza della capacità di prendersi cura di sé (Khantzian 1986). Tale carenza è l'espressione di precoci disturbi dello sviluppo, che comportano un'inadeguata interiorizzazione delle figure genitoriali e un deficit della funzione regolatoria degli affetti, del controllo degli impulsi e del mantenimento dell'autostima.

I fattori di disorganizzazione dell'attaccamento o d'insicurezza sembrano emergere quindi come elementi di "rischio" per l'individuo, soprattutto

se collegati alla funzione materna e alla costruzione della relazione madre-bambino (Main, Solomon 1986-1990; Liotti 1994).

La ricerca

Obiettivi e ipotesi

In riferimento ai presupposti teorici e ai dati empirici della letteratura riportata nei precedenti capitoli, questa ricerca è stata condotta con lo scopo specifico di studiare lo stile di attaccamento dei soggetti tossicodipendenti e la presenza di tratti della personalità specifici in relazione al Disturbo Borderline e Disturbo Antisociale, verificando, inoltre, se tra le due variabili esiste un rapporto significativo.

Nello specifico si vuole:

1. Verificare l'esistenza, nei soggetti tossicodipendenti, di uno stile di attaccamento predominante sull'asse Sicuro/Insicuro, utilizzando il questionario self-report ASQ (Feeney, Noller e Hanrahan, 1994) ;
2. Verificare l'esistenza di percentuali significative nelle scale fondamentali dell'MM-PI-2, distintive dei Disturbi Borderline e Disturbi Antisociale, secondo la letteratura (Critton, 2001);
3. Verificare se esistono correlazioni significative inter-test, in comune, tra le Scale fondamentali citate nel precedente obiettivo;
4. Verificare se esistono correlazioni significative tra le Scale dell'MMPI-2 e quelle dell'ASQ.

Metodo

Campione

Il campione dei pazienti è costituito da 30 soggetti (F=4; M=26) di età compresa tra i 18 e i 35 anni (M= 27,6; DS= 5,65), tutti di nazionalità italiana.

Il livello di istruzione è distribuito nel seguente modo: il 66,7% (n= 20) ha conseguito la licenza di scuola media inferiore; il 30% (n=9) ha conse-

guito il diploma e il 3,3% (n=1) ha conseguito un diploma di laurea.

Strumenti

Il questionario Attachment Style Questionnaire di Feeney, Noller e Hanrahan (1994) è un questionario self-report utilizzato per la valutazione delle differenze individuali nell'attaccamento adulto ed è rivolto ad adolescenti e adulti non necessariamente impegnati in una relazione di coppia.

È composto da:

- 40 item valutati su scala a 6 punti da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente in accordo);
- gli item sono raggruppati in 5 dimensioni: Fiducia in se stessi e negli altri, disagio nell'intimità, bisogno di approvazione, preoccupazione per le relazioni, relazioni come secondarie.

Attraverso la codifica del questionario Feeney e collaboratori (1994) hanno individuato quattro tipologie di attaccamento (Bartholomew e Horowitz, 1991):

- alti punteggi nella scala della *Fiducia* e bassi nelle altre quattro scale = soggetti Sicuri;
- alti punteggi nelle scale *Disagio nell'intimità* e *Relazioni come Secondarie* = Soggetti Evitanti. Essi avrebbero punteggi moderati nella scala *Preoccupazione per le relazioni* e *Bisogno di approvazione*;
- punteggi alti nelle scale *Preoccupazione per le relazioni* e *Bisogno di approvazione* = Soggetti Preoccupati. Essi avrebbero punteggi moderati nella scala *Disagio nell'intimità*;
- punteggi bassi nella scala della *Fiducia* e punteggi estremamente alti nelle scale *Disagio nell'intimità* e *Relazioni come Secondarie* = soggetti Timorosi (Feeney, Noller, Hanrahan, 1994).

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 è un test self-report ad ampio spettro costruito per valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità e dei disturbi emozionali.

La prima pubblicazione del test avviene nel 1942 ed è curata dall'Ospedale dell'Università del Minnesota, da cui prende il nome.

È composto da:

- 567 item a cui si deve rispondere vero o falso a seconda che l'affermazione sia per lui prevalentemente vera o prevalentemente falsa;
- il tempo impiegato mediamente per rispondere agli item va dai 60 ai 90 minuti.

Le aree di indagine coperte dalle domande del questionario sono suddivise in tre raggruppamenti:

- Scale di base;
- Scale di controllo;
- Scale di contenuto;
- Scale supplementari.

Procedura

Sono stati effettuati due incontri con la maggior parte dei pazienti, con gli altri invece per motivi di organizzazione familiare e lavorativa dei soggetti stessi, anche 3 o 4.

Nel primo incontro è stato somministrato (Tempo 1) il questionario di personalità MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2).

Nel secondo incontro è stato somministrato (Tempo 2), il questionario self-report utilizzato per la valutazione delle differenze individuali nell'attaccamento adulto ASQ (Attachment Style Questionnaire).

Risultati

Analisi dei dati

Prima di analizzare i dati rispetto alle ipotesi di ricerca, sono state condotte analisi preliminari per verificare l'effetto di eventuali caratteristiche individuali e contestuali sulle variabili oggetto di indagine.

Per verificare l'effetto delle variabili indipendenti *età* e *scolarità*, sulle variabili considerate (scale MMPI-2, stile di attaccamento e scale ASQ) sono state effettuate delle correlazioni *r* di

Pearson, da cui non è emersa alcuna associazione statisticamente significativa nel campione.

Verifica degli obiettivi

Primo Obiettivo

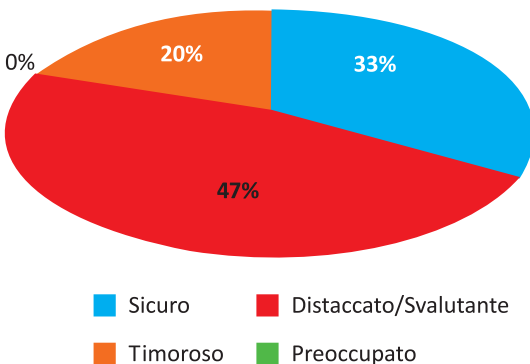
La tabella 1 riporta i valori normativi di Fossati e collaboratori (2004), reperiti dal manuale di Barone e Del Corno (2007):

Tab. 1 - Valori normativi ASQ (Fossati e collaboratori, 2004)

	Media	Deviazione standard
FIDUCIA	32,25	5,74
DISAGIO NELL'INTIMITÀ	37,95	7,12
BISOGNO DI APPROVAZIONE	20,82	5,99
RELAZIONI COME SECONDARIE	16,71	5,96
PREOCCUPAZIONE PER LE RELAZIONI	28,81	6,08

Attraverso la codifica del questionario ASQ di Feeney et al. (1994), che utilizza le tipologie di attaccamento secondo Bartholomew e Horowitz (1991), le distribuzioni dei punteggi sono le seguenti:

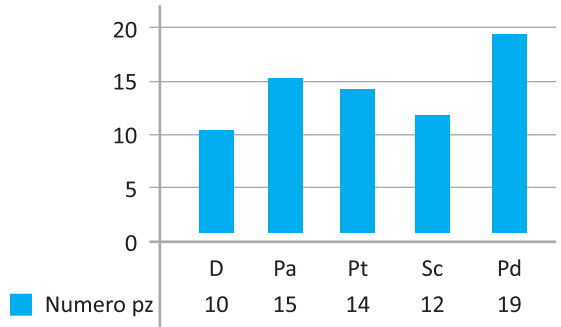
Graf.2 - Distribuzione in base agli stili di attaccamento del campione



Secondo Obiettivo

Analizzando separatamente le scale della Depressione, Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia e Deviazione Psicopatica, le distribuzioni dei punteggi sono le seguenti:

Tab.3 - Numerosità del campione nei punteggi delle scale



*Cut-off: 50-65, MMPI-2 (S.R. Hathaway e J.C. McKinley 1990)

Se consideriamo i punteggi alti ottenuti contemporaneamente nelle scale Depressione, Paranoia, Psicastenia e Schizofrenia, come tratti distintivi del Disturbo Borderline e la Deviazione Psicopatica come tratto di personalità distintivo del Disturbo Antisociale, troviamo che:

Il 23,3% (n=7) dei pazienti tossicodipendenti ha una maggiore probabilità di incorrere in una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità;

Il 63,3% (n=19) dei pazienti tossicodipendenti ha una maggiore probabilità di incorrere in una diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità.

Terzo obiettivo

È stata condotta un'analisi r di Pearson per valutare correlazioni significative inter-test tra le Scale fondamentali citate nel precedente obiettivo, correlate al Disturbo Borderline e Antisociale di Personalità, i cui risultati sono riportati nella tabella sottostante:

Tab.4 - Correlazioni r di Pearson per le scale associate al Disturbo Borderline

	Pd	Pt	Sc
D	,002	,000	,005
Pa	,001	,000	,000
Pt	,001	/	,000
Sc	,001	,000	/

*p<.05; ** p<.01

Come si evince dalla tabella, emergono associazioni significative tra le Scale Depressione, Paranoia, Psicastenia e Schizofrenia e le scale Deviazione psicopatica, Psicastenia e Schizofrenia.

Tab.5 - Correlazioni r di Pearson per la scala associata al Disturbo Antisociale

	FAM	WRK
Pd	,000	,005

*p<.05; ** p<.01

Come si evince dalla tabella, emergono correlazioni significative tra la Scala fondamentale Deviazione psicopatica e le scale di contenuto: Problemi familiari e Problemi lavorativi.

Quarto obiettivo

Per valutare se esistono correlazioni significative tra le Scale dell'MMPI-2 e quelle dell'ASQ, è stata condotta un'analisi r di Pearson, i cui risultati sono riportati nella seguente tabella:

Come si evince dalla tabella riportata (tab.6), emergono correlazioni significative tra la scala Bisogno di approvazione dell'ASQ e la scala fondamentale Introversione sociale dell'MMPI-2.

Si notano anche correlazioni significative tra la scala Preoccupazione per le relazioni dell'ASQ e le scale Paranoia, Ansia, Ideazione bizzarra e Ossessività.

Conclusioni

Dai risultati di questa ricerca è emerso che, in primo luogo, nel campione dei pazienti tossicodipendenti, lo stile di attaccamento predominante, valutato dal questionario self-report ASQ (Attachment Style Questionnaire), è quello Insicuro. In particolare una grande percentuale del campione ha ottenuto punteggi alti nella scala "Disagio nell'intimità" correlata ad un attaccamento di tipo Evitante.

Come sostengono Barone e Del Corno (2007), ciò ci permette di concludere, in accordo con altre ricerche, che l'attaccamento insicuro è tipico delle popolazioni patologiche in generale. Oggi vi è, infatti, un sostanziale consenso sul fatto che la psicopatologia occorre con maggiore probabilità nelle situazioni in cui si verifica, a diversi livelli di

ASQ	MMPI-2				
	Pa	ANX	BIZ	SI	OBS
Fiducia	,082	,063	,041	,035	,380
Disagio nell'intimità	,725	,126	,509	,193	,056
Bisogno di approvazione	,045	,016	,086	,005	,104
Relazione come secondarie	,482	,515	,969	,596	,909
Preoccupazione per le relazioni	,002	,003	,004	,144	,005

Tab.6 – Correlazioni r di Pearson tra le scale dell'MMPI-2 e ASQ

*p<.05; ** p<.01

gravità, un fallimento nell'interazione.

Secondo i risultati più della metà dei pazienti tossicodipendenti facenti parte del campione potrebbe incorrere in una diagnosi di Disturbo antisociale. Questo confermerebbe quanto dice la letteratura in merito, ovvero che, fra i tossicodipendenti sia soprattutto prevalente il cluster B dei disturbi di personalità e, in particolare, il disturbo antisociale di personalità (Bahlmann et al. 2002; Krueger et al. 2002; Messina et al. 2001; Wise et al. 2001).

Con l'analisi delle correlazioni, è emerso che, le scale fondamentali (Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia, Depressione) associate al Disturbo Borderline sono correlate tra loro significativamente e che, inoltre, la scala Deviazione psicopatica (Pd), è correlata significativamente alle scale di contenuto, Problemi familiari e Problemi lavorativi. Chi infatti ha alti punteggi nella scala Pd ha carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di introiettare le regole sociali, nonché mancanza di soddisfazione nella vita, problemi familiari, problemi con la legge, problemi sessuali, difficoltà nei rapporti con l'autorità e problemi lavorativi.

Per quanto riguarda il quarto e ultimo obiettivo della ricerca, sono emerse correlazioni statisticamente significative tra la scala "Bisogno di approvazione" dell'ASQ e la scala fondamentale "Introversione sociale" dell'MMPI-2. E ancora, correlazioni significative tra la scala "Preoccupazione per le relazioni" dell'ASQ e le scale "Paranoia", "Ansia", "Ideazione bizzarra" e "Ossessività".

Questi dati risultano interessanti se si analizza il comportamento dei soggetti che normalmente preferiscono svolgere da soli le attività, e che sono contraddistinti da timidezza sociale e carenza di assertività sociale, oltre che da pensieri paranoidi, ossessivi, costellati da uno stato di ansia generale.

Bibliografia

Bahlmann, M., Preuss, U.W., Soyka, M. (2002). *Chronological relationship between antisocial personality disorder and alcohol dependence*. European Addiction Research, 8(4), pp. 195-200.

Barone, L., Del Corno, F. (2007). *La valutazione dell'attaccamento adulto*. Raffaello Cortina, Milano 2007.

Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). *Stili di attaccamento fra giovani adulti: analisi di un modello a quattro categorie*. Raffaello Cortina, Milano.

Caretto, V., La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e Psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Critton, T. M. (2001). *Identifying borderline personality disorder on the MMPI-2*. Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering vol. 62, no. 2-B. DeFIFE

Duitt, R.A. (1990). *Substance use in Borderline Personality Disorder*. American Journal of Psychiatry, 147, pp. 1002-1007.

Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M. (1994). *Assessing adult attachment. Developments in the conceptualization of security and in security*. In Sperling, M.B., Berman, W.H. (a cura di), Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment. New York, The Guilford Press, pp. 128-152.

Fossati, A., Feeney, J.A., Grazioli, F., Borroni, S., Acciarini, E., Maffei, C. L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In Barone, L., Del Corno, F. (2007). *La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari autosomministrati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 181-196.

Jeammet, P. (2002). *La violence à l'adolescence: défenses identitaires*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence.

Khantzian, E.J., Wilson, A. (1993). *Substance Abuse, repetition and the Nature of Addictive and Suffering*. The Guilford Press, N.Y.

Maremmani, I., Canoniero, S., Pacini, M. (2002). *Psi(co)patologia dell'"addiction"*. Un'ipotesi interpretativa. In Ann. Ist.Sup.Sanità, 38,3, pp.241-257.

Messina, N., Wish, E., Hoffman, J., Nemes, S. (2001). *Diagnosis antisocial personality disorder among substance abusers: the SCID versus the MCMI-II*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27 (4), pp. 699-717.

Stone, M.H. (1989). *The course of borderline personality disorder*. APA, Washington, DC.

Wise, B.K., Cuffe, S.P., Fischer, T. (2001). *Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment*. Journal of Substance Abuse Treatment 21 (3), pp. 161-165.



Comunicato stampa

Gli psicologi nell'equipe per la pet therapy

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

“Un altro importante risultato, soprattutto per le potenziali ricadute in ambito occupazionale, è stato raggiunto in questi giorni con l’istituzionalizzazione della figura dello psicologo nella equipe multidisciplinare per gli Interventi Assistiti con gli Animali”. Il Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia, all’indomani dell’approvazione di una Legge Regionale in materia di terapia assistita con gli animali, illustra gli obiettivi perseguiti a livello regionale nella costante attività a favore della professione di psicologo.

L’Ordine degli Psicologi, attraverso un puntuale confronto durante la fase di stesura del testo normativo, ha fortemente voluto che fosse riconosciuto il ruolo dello psicologo nell’ambito di una tipologia di intervento che ha funzione preventiva, riabilitativa, socio-sanitaria ed educativa. Merito del Consiglio Regionale della Puglia è stato quello di saper ascoltare ed accogliere le istanze ivi presentate.

Diversi i campi di applicazione della pet-therapy, una pratica terapeutica che produce eccellenti benefici anche a favore di soggetti che soffrono di patologie psicologiche e che coinvolge più professionisti del settore per un’assistenza completa.

“Trattandosi di interventi prevalentemente diretti a persone con disabilità fisica e psichica – si legge all’articolo 4 comma 5 – si propongono

interventi coordinati, come previsto dalle linee guida, da un ipnoterapista che sia una figura professionale esperta in trattamento di patologie e disabilità psichiche e/o psicomotorie e nel trattamento di disabilità fisiche”.

“Con questa Legge - afferma Di Gioia – ancora una volta vengono valorizzate le competenze professionali degli psicologi come promotori del benessere. Un traguardo raggiunto proprio in prossimità del Mese del Benessere Psicologico,



che ci vede impegnati nella diffusione della cultura del prendersi cura di se stessi. È importante che le singole persone comprendano il valore del supporto psicologico nelle diverse sfere della vita quotidiana come prevenzione del disagio, prima che come cura. È importante, nel contempo, che questo riconoscimento continui a realizzarsi a livello istituzionale, all’interno di testi normativi che ne sanciscano i campi di applicazione”.



Comunicato stampa

Giornata Psiconcologia

Enzo de Gennaro
Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il 29 Ottobre si celebra la prima giornata nazionale della Psiconcologia.

“La patologia oncologica è tra le patologie organiche che creano grande disagio psicologico nell’individuo che ne è affetto e nella sua famiglia”, lo affermano il Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia e la coordinatrice della Società Italiana di Psiconcologia (SIPO) Mariagrazia Carone. “La Psiconcologia - aggiungono Di Gioia e Carone - è una disciplina in grado di collegare l’approccio medico ai delicati risvolti psicologici che l’evento cancro comporta nella vita del paziente, nella sua immagine corporea, nelle sue relazioni sociali. Il suo obiettivo è migliorare la qualità di vita della persona e limitare il rischio di conseguenze psicobiologiche».

Una recente indagine condotta sull’intero territorio nazionale dalla Società Italiana di Psiconcologia (SIPO), ha riportato che il 45% dei pazienti oncologici vive una condizione di sofferenza psicologica significativa, caratterizzata da marcati segni di disagio psicologico, relazionale e sessuale e che necessiterebbe di un intervento specialistico psiconcologico.

Le Linee Guida sull’assistenza psicosociale, redatte dalla Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dalla SIPO, indicano la necessità di programmi di screening della sofferenza emozionale e della presa in carico integrata medico-psicologica dedicata ai pazienti, ai loro familiari e all’equipe curante stessa, a contatto quotidiano con la disabilità, la malattia e la morte. Lo stesso Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 indica la necessità di promuovere il supporto psiconcologico, sottolineando il suo importante ruolo nel lavoro di rete, nelle cure palliative, nella riabilitazione e nella formazione degli operatori. Per verificare la fattibilità di tale orienta-

mento, la SIPO, in collaborazione con il Collegio Italiano dei Primari di Oncologia Medica (CIPO-MO), ha condotto un censimento che ha rilevato numerosi aspetti carenziali:

- il 56% dei servizi di Psiconcologia è ubicato nel Nord Italia, la metà dei quali sono presenti in strutture non pubbliche;
- la maggior parte del lavoro assistenziale (57%) ricade su una singola figura professionale, che non può rispondere alle molteplici richieste di ospedali cui afferiscono migliaia di pazienti ogni anno;
- il 62% del personale impiegato per l’assistenza psiconcologica è precario;
- il 30% del personale dedicato è costituito da specializzandi in tirocinio e da frequentatori volontari; inoltre il 34% è costituito da personale a contratto (ad es. borse di studio, contratti a progetto);
- solo una esigua minoranza dei servizi (8,7%) risulta essere Unità Operativa di Psiconcologia strutturata.

In Puglia la situazione non è certo migliore. Nella nostra regione è presente solo il 7% dei centri psiconcologici del territorio nazionale (in Lombardia il 27%), tra cui strutture private, associazioni di volontariato e Hospice in cui lavorano psicologi assunti con contratti di tipo precario.

Tale situazione rivela chiaramente quanto sia sbilanciato il rapporto tra bisogni psicosociali di pazienti e familiari, che necessitano di una presa in carico specialistica e integrata, e la risposta offerta dai Servizi.

Persino la recente indagine 2012 del Censis ha indicato come le aree di carattere psicologico siano quelle in cui emergono le maggiori insoddisfazioni dei malati di cancro in Italia: senso di sfiducia, perdita di interesse nelle attività, difficoltà ad accettare gli effetti collaterali delle cure non trovano risposta da parte di personale adeguatamente formato (psiconcologi), e sono conseguenze di uno dei maggiori bisogni insoddisfatti nell’assistenza sanitaria pubblica (Collicelli et al. 2012).

«Un’ ulteriore considerazione - dicono Antonio Di Gioia e Mariagrazia Carone - riguarda il bisogno formativo e assistenziale dell’equipe curante. Studi recenti rivelano che solo 20 secondi di ascolto empatico da parte dell’oncologo riducono l’ansia del paziente, contribuiscono a far percepire l’operatore più vicino, attento ai suoi bisogni e, in definitiva, a sentire l’ambiente sanitario come più accogliente. In

assenza di formazione specifica e continua del personale sanitario, oltre che del rapporto di collaborazione costante con le figure psicologiche, gli obiettivi di umanizzazione e gli interventi centrati sulla persona finiscono per essere riposti esclusivamente sulla sensibilità del singolo operatore che, alla lunga, potrebbe incorrere nel rischio di burnout.

Sulla base di tutte queste considerazioni, SIPO-Puglia e Ordine degli Psicologi Reg. Puglia si stanno adoperando per promuovere la Psiconcologia, anche attraverso la costituzione di un gruppo di interesse nell'ambito del programma Ideagire.

Le testimonianze di alcune malate di cancro, serviranno a chiarire gli effetti dell'intervento psicologico sulla qualità di vita.

Esperienza di Giovanna "... Dall'età di 17 aa. combatto con il male del secolo, il cancro. Nel '93 avere questa malattia faceva tanta paura perché la possibilità di sopravvivenza era bassissima... I medici non mi hanno spiegato contro cosa dovevo combattere e ad ogni domanda c'era un corri corri per non rispondermi... La cosa terribile è stato non poter parlare con nessuno di quello che mi stava succedendo... Avevo bisogno di sfogarmi, di arrabbiarmi e di chiedere "perché proprio a me?"... Il tempo continua a passare e non è facile riprendermi... Sono stanca. Comunico alla dottoressa che io non ce la faccio più, che voglio fermarmi... Lei mi consiglia di vedere la psicologa... Guardandomi indietro posso dire che ho sbagliato, l'avrei dovuta chiamare prima. Devo a lei la mia ripresa. Finalmente avevo qualcuno a cui dire quanto ero incavolata. Mi ha preso per mano e mi ha fatto camminare... Con la dottoressa, durante tutto il percorso, abbiamo parlato di quanto sia necessario ai malati di cancro un supporto psicologico già dal primo momento, da quando si comunica la diagnosi."

Esperienza di Ester: "Dopo essermi operata mi è stata offerta dalla psicologa la possibilità di incontrare altre donne come me...La condivisione con gli altri è importante perché ti fa capire che non sei sola...Il non poter parlare con nessuno ti fa male, ti isola...Il confronto con altre persone, che sai che sono nella tua stessa barca, ti aiuta a capire che la vita va vissuta anche con le difficoltà che si hanno, che non sei l'unica a soffrire, che bisogna cercare la forza di affrontare le cose".

Esperienza di Michela: "Sono arrivata al primo appuntamento di sostegno psicologico con un'angoscia che mi faceva mancare il respiro. Il mio

pensiero dominante era la morte... Avevo bisogno urgente di un aiuto nel gestire le mie ansie. Il sostegno psicologico è riuscito a farmi maturare un nuovo approccio alla vita e quindi si sono aperte delle porte che prima erano chiuse... Il banco di prova è stata una recidiva! Il mio nuovo stato mentale, caratterizzato da una discreta positività, ha portato a un controllo importante delle emozioni... Riesco a trovare in me una forza inaspettata per lottare e non lasciarmi annientare".

Elenco eventi per la Giornata della Psiconcologia SIPO Puglia-Basilicata:

1. 1. 26 Ottobre 2016: Convegno "LA PSICONCOLOGIA TRA SAPERE SCIENTIFICO E ARTE DI VIVERE" presso Sala Conferenze-IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari;
2. 2. 27 Ottobre: «La centralità del paziente nella cura: la ferita del corpo e dell'anima» presso Auditorium P.O. "S.G. Moscati", Taranto;
3. 3. 27 Ottobre 2016: convegno "LA PSICONCOLOGIA: COME AFFRONTARE LA MALATTIA ONCOLOGICA" presso Aula Consiliare del Comune di Carmiano, LE;
4. 4. 24-28 Ottobre 2016: "COLLOQUI PSICOLOGICI RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO" presso l'Associazione APLETI Onlus, Cliniche Pediatriche del Policlinico di Bari, da effettuarsi con la Dott. ssa Chiara Rutigliano nelle ore mattutine su appuntamento (tel. 3202478781);
5. 5. 29 Ottobre 2016: giornata informativa e formativa sulle tematiche principali inerenti alla psiconcologia "I DOTTORI DEL CANCRO - Alleanze Terapeutiche e multidisciplinari nell'esperienza oncologica" presso sala conferenze della Croce Bianca, v. Fusco 57, Trani;
6. 6. 29 Ottobre: Banchetto informativo in zona pedonale (corso Vittorio Emanuele, Foggia davanti all'ex store Benetton) dalle ore 17,00 alle ore 20,00; gazebo con manifesti SIPO per incontrare la cittadinanza e distribuire il materiale informativo SIPO. Il Dott. A. Petrone sarà affiancato dall'oncologo Romito per un'intervista sempre riguardante la SIPO.
7. 26-29 Ottobre: "OPEN DAY GIORNATA NAZIONALE DELLA PSICONCOLOGIA" presso l'U.O.S.V di Oncologia Medica dell'Ospedale Di Venere, Carbonara (BA).



Comunicato stampa

Mese del Benessere 2016

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

COMUNICATO STMPA - MESE DEL BENESSERE 2016

Consulenze gratuite, seminari, laboratori. E' il Mese del Benessere Psicologico. Per tutto ottobre gli psicologi iscritti all'Ordine Regionale della Puglia offriranno assistenza e consulenze con l'obiettivo di promuovere la cultura del benessere, del prendersi cura del proprio sé.

E' possibile consultare i nomi dei professionisti che aderiscono all'iniziativa, gli orari di ricevimento e gli indirizzi degli studi, le date dei vari eventi, sul sito www.mesedelbenessere.it

Durante il Mese del Benessere, gli psicologi non si limiteranno a tenere aperti i propri studi o ad organizzare appuntamenti convegnistici. Porteranno la psicologia fuori dagli studi, fuori dalle sale meeting. Saranno presenti su diverse piazze pugliesi per diffondere il concetto di salute così come definito dall'OMS: "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e infermità". E' la psicologia ad andare incontro alla società.

Il primo evento si è svolto a Mattinata domenica 09 ottobre. Il Mese del Benessere Psicologico sarà presente con un proprio punto informativo nell'ambito del Gargano Running Week.

Domenica 30 ottobre in Piazza Ferrarese a Bari, dalle 9:00 alle 20:30, l'evento finale. Un Mind Park - Villaggio delle emozioni. Attra-

zioni da Luna Park e artisti di strada affiancano i professionisti della mente nella comprensione e consapevolezza delle emozioni primarie. Ingresso libero.

Con il Mind Park l'Ordine degli Psicologi della Puglia vuole invitare i cittadini a **giocare con le emozioni**. Si tratta di un vero e proprio Parco Divertimenti, dove ciascun gioco insegna a riconoscere e gestire le emozioni primarie: gioia, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Un percorso ludico che trasforma esperienze semplici, come lanciare una palla contro un bersaglio di lattine o introdurre le mani in una scatola misteriosa, in consapevolezza sul funzionamento delle proprie emozioni.

All'interno dello **stand informativo**, cuore del Mind Park, gli psicologi presenti soddisferanno le curiosità dei partecipanti. Illustreranno, inoltre, quali vantaggi in termini di benessere personale può portare un buon percorso di ascolto e supporto psicologico. Uno psicologo può portare alla luce ogni malessere irrisolto e trasformarlo in nuove consapevolezze, migliorare la qualità della vita e delle relazioni.





Comunicato stampa

Le insegnanti “maltrattanti” e “maltrattate”: L’ennesimo caso di abuso sui minori!!!

Anna Gasparre

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Consigliere dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

Ogni bambino ha diritto alla tutela della propria vita, del proprio sviluppo e del proprio benessere. Ogni anno, però, milioni di minori nel mondo sono vittime e testimoni di violenze fisiche, sessuali ed emotive.

Le ultime notizie di cronaca sulla terribile storia di maltrattamenti, perpetrati in una scuola pubblica dell’infanzia di Bari da parte di due insegnanti, è l’ennesima conferma di come il maltrattamento sui minori stia diventando un fenomeno a carattere di “emergenza”, un problema non solo nazionale ma internazionale ingente.

Gli ordini di scuola più a rischio sono quelli dell’infanzia e della primaria, la cui utenza, per via della tenera età, è quella con minore capacità di difendersi e di chiedere aiuto.

L’insegnante che sotto-

pone i propri alunni a ogni sorta di mortificazione e a vivere in un clima di vero e proprio terrore lascia un segno indelebile nelle piccole vittime, con inevitabili e talvolta irreversibili ripercussioni negative sull’equilibrio psichico-fisico e sullo stesso profitto didattico.

Nel breve termine questi bambini, possono manifestare sintomi quali enuresi/encopresi, bassa autostima, mancanza di fiducia negli altri, difficoltà di apprendimento, ritardo nello sviluppo, memorie e pensieri intrusivi, chiusura in se stessi, atti aggressivi auto ed etero riferiti.

A lungo termine, le ricerche hanno confermato relazioni significative con sintomi depressivi, disturbi d’ansia, disturbi alimentari, disfunzioni sessuali, disturbi dissociativi, disturbi

della personalità, disturbi post-traumatici e abuso di sostanze stupefacenti. Recenti ricerche hanno chiaramente indicato come lo sviluppo cerebrale può essere fisiologicamente alterato da uno stress prolungato, grave o inaspettato, compreso il maltrattamento, durante i primi anni di vita del bambino.

L’entità dei danni provocati fa di tali condotte un reato talmente grave da non meritare alcun tipo di “attenuante”. Si provi ad immaginare le reazioni dei genitori che iscrivono i propri figli all’asilo nido, alla scuola dell’infanzia o alla scuola dell’obbligo, tranquilli di lasciare il loro “bene più prezioso” “in buone mani”. Come possono sentirsi? cosa possono provare quando vengono a conoscenza di questi fatti? Sentimenti di

rabbia, desiderio di vendetta e di giustizia, tristezza, senso di colpa e di impotenza sono le emozioni predominanti.

La molteplicità di effetti fisici e mentali negativi sono dunque così costosi, sia per il minore che per la famiglia e per estensione anche per la società, che necessitano di interventi immediati ed efficaci.

Gli sviluppi avvenuti negli ultimi 20 anni nel campo dei diritti umani, della legge, della medicina legale e della salute pubblica, hanno reso il problema del maltrattamento sui minori più visibile a livello internazionale. Il Rapporto mondiale sulla violenza e la salute del 2002 ha evidenziato le conseguenze per la salute pubblica del maltrattamento sui minori e sottolineato il ruolo della salute pubblica nella prevenzione e nei servizi per le vittime. Nel 2006 la "World Health Organisation" pone l'attenzione sulla necessità di un approccio disciplinare più ampio nella lotta alla violenza che dovrebbe assicurare non solo una strategia integrata per rispondere in modo efficace alla violenza, ma allo stesso modo una strategia di prevenzione costante, basata sull'evidenza e di individuazione dei fattori di rischio e/o protezione.

In termini di individuazione dei fattori di rischio è necessario eliminare tutto

quello che rende l'insegnamento un'attività usurante, quali ad esempio il rapporto con gli studenti e i genitori, le classi spesso troppo numerose, la situazione di precariato che si protrae per anni, la conflittualità tra colleghi, la costante delega da parte delle famiglie, l'avvento dell'era informatica e delle nuove tecnologie, il continuo susseguirsi di riforme, la retribuzione insoddisfacente e, non ultima, la scarsa considerazione da parte dell'opinione pubblica. Un recente studio commissionato dall'ente previdenziale INPDAP (2014), ha mostrato come la categoria degli insegnanti è soggetta ad una frequenza di patologie psichiatriche superiore rispetto a quelle delle altre categorie prese in esame (impiegati, personale sanitario, operatori). Il problema è particolarmente sentito tra le donne in menopausa che invece di esser tutelate con la riforma pensionistica andranno in pensione dieci anni dopo. Sicuramente l'ampliamento del numero di insegnanti in compresenza o che turnino nella varie classi può favorire un monitoraggio reciproco. L'organico potenziato previsto dalla recente fase C può supportare i docenti curriculari non solo in termini di ampliamento dell'offerta formativa ma anche di gestione dei casi

problematici. La proposta dei sindacati dinanzi all'innalzamento dell'età pensionistica, di considerare il lavoro dell'insegnante come lavoro usurante e, quindi, la possibilità per gli insegnanti, negli ultimi anni di servizio, di essere utilizzati in attività connesse al tutoraggio o coordinamento di docenti neo assunti o di essere collocati, a domanda, in altre amministrazioni, potrebbe rappresentare una ulteriore soluzione al problema.

Sul piano della prevenzione, recente è la proposta dell'Osservatorio sui Diritti dei Minori del Ministero della Pubblica Istruzione di richiedere l'utilizzo di *test psicologici sui docenti* al fine di valutare la tenuta del livello necessario per lavorare con gli stessi. Risulta fondamentale, quindi, la *figura dello psicologo* già in fase di selezione del personale che aspira ad insegnare e che dunque avrà a che fare con un "materiale malleabile" (bambini in tenera età) e facilmente sensibili ad eventuali comportamenti inappropriati da parte degli adulti punto di riferimento. Tale valutazione degli aspetti psico-diagnostici, delle motivazioni e delle disponibilità che sostengono la scelta della professione di insegnante, dovrebbe ripetersi nel corso della carriera professionale al fine di accertare la persistente idonei-

tà ad un ruolo così delicato ed importante.

Ma soprattutto è necessario intervenire sul piano didattico-formativo al fine di inserire nei programmi curriculari di tutte le professioni che implicano una relazione con soggetti fragili, nello specifico quella degli insegnanti, un'adeguata preparazione psicologica. La competenza psicologica include un'attenta considerazione da parte dell'insegnante degli aspetti emotivi legati all'apprendimento. La comunicazione didattica si sviluppa in un ambiente saturo di emozioni e non si può certo ridurre al solo momento certificativo. È fondamentale che il docente conosca le caratteristiche psicologiche tipiche delle diverse età, ponendo la massima attenzione sugli interessi, le modalità di rapportarsi agli altri e gli eventuali problemi di tipo personale. Chiaramente le competenze di natura psicologica non possono essere tutte presenti fin dall'inizio della carriera, ma vanno sviluppate e potenziate dall'insegnante durante lo svolgimento della professione. Per questo è importante prevedere monitoraggi continui e costanti e supervisioni programmate durante tutto l'iter della carriera professionale e non solo in ingresso.

Lo psicologo nel contesto scolastico può assolve-

re all'importante ruolo di rilevare tempestivamente i fattori di rischio sia dei docenti che degli alunni stessi, al fine dunque di prevenire l'insorgenza di fenomeni di abuso e maltrattamento e garantire il benessere e l'armonia collettiva.

E nel caso in cui ci si dovesse trovare di fronte ad un caso accertato di abuso la figura dello psicologo e/o psicoterapeuta rappresenta un'indispensabile risorsa di supporto sia dei minori che dei loro genitori, al fine di aiutare entrambi nel delicato percorso di elaborazione dell'evento traumatico e di tutte le emozioni e gli stati d'animo ad esso connessi.

Altra necessità, è naturalmente quella di attuare un controllo più efficace all'interno delle scuole. La tradizionale "barriera della privacy" tra la sfera privata e la sfera pubblica ha fino ad ora inibito l'evoluzione di politiche e strumenti giuridici per prevenire la violenza all'interno della scuola e questa barriera ostacola lo sviluppo di strategie di successo volte alla soluzione di questo grave problema.

Accanto a tali considerazioni e alla luce dei gravi fatti di cronaca una domanda riecheggia nelle nostre menti e, maggiormente, in quelle dei genitori: "Di chi ci si può fidare per la cura dei nostri figli?".

I genitori, prima di tutte le altre figure di riferimento istituzionali e non, hanno l'importante e arduo compito, se non proprio "dovere", di individuare quei "campanelli di allarme" nel comportamento dei bambini che segnalano un eventuale stato di disagio. Certo non sempre tali campanelli sono facilmente decifrabili dagli adulti. È bene tuttavia non diventare indebitamente sospettosi e se si hanno dei sospetti è bene provare a chiarire il prima possibile sia con i propri figli, sia con le insegnanti. È di fondamentale importanza dialogare e comunicare sempre con loro relativamente a come è andata a scuola, cosa hanno fatto, se si sono divertiti, se ci sono insegnanti preferiti. Qualora dovessero emergere elementi a favore di un caso di abuso è bene segnalare il tutto alle autorità competenti evitando "soluzioni fai da te".

Con la consapevolezza che il "mondo è fatto anche di persone cattive" è bene considerare che vi è una stragrande maggioranza di insegnanti, di cui nessuno parla, che sono persone affettuose, amorevoli e protettive, si prendono cura dei bambini con amore e dedizione e svolgono il loro lavoro con serietà e passione.

Titolo: La cura di sé in contesti terapeutici non convenzionali

Autore: L. Baldascini, I. Di Napoli, L. Rinaldi, D. Troiano

Editore: Franco Angeli Collana Psicologia

Anno: 2016

“Il testo si compone di due sezioni: nella prima vengono descritti alcuni metodi e strumenti terapeutici non convenzionali; nella seconda i più importanti processi di cambiamento che possono occorrere nel percorso terapeutico.

Il libro è diretto a tutti coloro che, in qualità di psicologi, psichiatri, medici, educatori e personale socio-sanitario, sono impegnati nella professione di aiuto. In particolare, si rivolge ai terapeuti all’inizio della carriera che devono affrontare le difficoltà più rilevanti, come la rigidità e l’ortodossia da un lato e la permissività e l’eresia dall’altro. L’insicurezza, infatti, può rendere il terapeuta intransigente nel difendere i principi che costituiscono il fondamento teorico ufficiale del sistema terapeutico appreso, così come a volte l’estrema sicurezza, qualora sia sostenuta dalla permissività e l’eresia, può condurre ad aspetti relazionali ancora più dannosi.”



Titolo: La forza del cambiamento

Curatore: Gianni Ferrucci

Editore: Magi

Anno: 2016

È nella crisi che nascono l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie.
A. Einstein



L’attuale modello economico, basato sul mito del costante sviluppo e della crescita a oltranza, sta cedendo e le sue crepe sono visibili a tutti. E anche il suo fondamento, l’*homo economicus* – individualista, tutto d’un pezzo, consumatore, utilitarista, finalizzato alla produttività e all’incremento della propria ricchezza – sta sempre peggio. Sa di stare male, ma continua ad aderire al sistema abituandosi alla propria patologia. È stressato, depresso, ansioso e angosciato e quella sensazione di vuoto, che all’improvviso lo attanaglia, lo spaventa. Anche se continua a vivere in uno stato di rassegnazione, sempre più spesso comincia a domandarsi: «è giusto pagare con tutto quel malessere i beni di cui forse non ho neanche bisogno e dover soddisfare i bisogni che forse non sono affatto i miei?». Come uscirne, allora? Da cosa iniziare? Il processo di cambiamento – basato in questo libro sui concetti della psicologia positiva e quella umanistico-esistenziale – consiste nella capacità di mettere in atto un differente pensiero individuale (e, quindi, sociale) e di ricreare nuove abitudini, più ricche e realizzanti sul piano emotivo e affettivo. Ciò che costituisce un problema costituisce anche una grande opportunità di cambiamento: alleandosi con i propri sintomi si imbecca la via del ritorno a un autentico benessere psicologico.

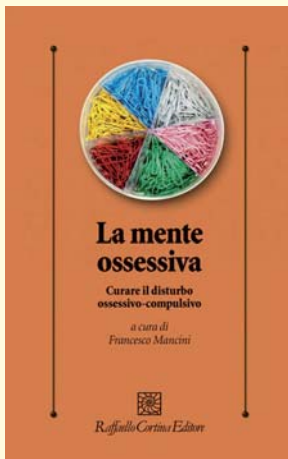
Gianni Ferrucci, psicologo, psicoterapeuta, dirigente sanitario presso l’Azienda Sanitaria Locale BAT (provincia Barletta-Andria-Trani). Laureatosi presso l’Università La Sapienza di Roma, si è specializzato in Psicologia Clinica e perfezionato in Psicosomatica, essendo stato allievo diretto di Reinald Tausch (Università di Amburgo) e Robert Carkhuff (Università del Massachusetts). Già direttore di Distretto Socio-sanitario presso la asl di Bari, ha conseguito Master presso l’Università Bocconi di Milano e la specializzazione in «Gestione e organizzazione dei Servizi Sanitari» presso l’Università Federico II di Napoli. Esperto nel settore della formazione per le tematiche della comunicazione interpersonale, è autore di diverse pubblicazioni inerenti il trattamento dei disturbi di personalità e la tecnica psicoterapeutica umanistico-esistenziale, tra cui il volume *La relazione d’aiuto* (Edizioni Magi, 2002).

Titolo: La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo

Autore: Francesco Mancini
Editore: Cortina Raffaello
Anno: 2016

Descrizione

La mente ossessiva (Curare il disturbo ossessivo-compulsivo) a cura di Francesco Mancini presenta un modello di comprensione del disturbo e della sua cura di tipo cognitivista, basato sui concetti di rappresentazioni e scopi perseguiti dalla persona. Il volume è scritto da professionisti che da vent'anni collaborano allo studio del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC): tale disturbo consiste nei tentativi di prevenire o neutralizzare una colpa che, per esperienze infantili, si percepisce come catastrofica. I tentativi, però, generano conseguenze intrapsichiche e interpersonali che mantengono e aggravano il disturbo stesso. In *La mente ossessiva* viene presentata come strategia principale per la cura del DOC, l'accettazione dei rischi percepiti dalla persona e la riduzione della vulnerabilità al senso di colpa.



Titolo: Curare i casi complessi

Autori: A. Carcione, G. Nicolò, A. Semerari
Editore: Editori Laterza

Anno: 2016
Collana: Scienze della menta

Descrizione

Nell'attività clinica è in pratica impossibile incontrare un paziente con un disturbo di personalità che non sia diagnosticabile almeno per un altro disturbo di personalità e altri disturbi psichiatrici. Già questo dato rende insostenibile l'attuale nosografia categoriale che sopravvive a se stessa per mancanza di alternative e per l'assenza di linee terapeutiche che prescindano dalle categorie.

In questo libro gli autori del Terzo Centro propongono un modello integrato di terapia che va al di là delle diagnosi categoriali e punta al trattamento dei fattori generali della patologia della personalità. In questo contesto particolare enfasi viene posta sullo sviluppo delle funzioni metacognitive e sull'integrazione di procedure e tecniche di psicoterapie diverse.

Notizie dalla Segreteria

Sede: Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria da Via Capruzzi)

Orari di apertura al pubblico della Segreteria:
tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
lunedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037 - Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it - **e-mail:** presidenza@psicologipuglia.it

Pec: segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito: <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** ordinesicologiregionepuglia

N° totale degli iscritti alla sez. A al 18/11/2016: 4777

N° totale degli iscritti alla sez. B al 18/11/2016: 11

N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 2137

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente: Dott. Antonio Di Gioia
lunedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente: Dott.ssa Vanda Vitone
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Segretario: Dott.ssa Vanna Pontiggia
Lunedì e Mercoledì
ore 17:00 - 18:00

Tesoriere: Dott.ssa Marisa Yildirim
Mercoledì ore 14:00-16:00

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

Consulenza fiscale-tributaria

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve il Lunedì dalle 15.30 alle 17.30.

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793.

Consulenza legale

Avv. Francesco Mascoli

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

Sportello di Consulenza su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali

Dott.ssa Valentina Vitale

Attivo il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 18.30.

Indirizzo di posta dedicato: sportello@psicologipuglia.it.

E' possibile fissare un appuntamento nei giorni indicati per informazioni su bandi di finanziamento comunitari, nazionali e regionali e per ricevere assistenza nella presentazione della propria idea progettuale.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede dell'Ordine in Bari alla via F.lli Sorrentino n°6.

SERVIZIO DI CONSULENZA VIA SKYPE!

L'Ordine mette a disposizione il nuovo servizio di consulenza a distanza! Per fissare l'appuntamento via Skype è necessario inviare normale richiesta (via mail o telefono) presso la Segreteria dell'Ordine, specificando che si intende utilizzare la Consulenza via Skype ed inviando il nome dell'account Skype che si utilizzerà per il colloquio.

In risposta verrà fissato l'appuntamento e contestualmente verranno inviati i riferimenti dell'account del Consulente col quale mettervi in contatto il giorno dell'incontro.

E' consigliabile una connessione stabile per garantire un buon funzionamento del servizio.

In caso di malfunzionamenti tecnici dovuti all'iscritto, il colloquio proseguirà per via telefonica.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE: Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione. Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare:

- 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati;
- 2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

E' necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.



NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

1. L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.
2. Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente. deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.
3. L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:
 - autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo

dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;

- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n°15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.



CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE:

dott. **Antonio Di Gioia**
presidenza@psicologipuglia.it
antonio.digioia.153@psypec.it

VICEPRESIDENTE:

dott.ssa **Vanda Vitone**
vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it

SEGRETARIO:

dott.ssa **Giovanna Teresa Pontiggia**
vannapontiggia@gmail.com
giovannateresa.pontiggia@pec.it

TESORIERE:

dott.ssa **Marisa Yildirim**
marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it

CONSIGLIERI:

dott.ssa **Paola Annese**
paolaannese83@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. **Andrea Bosco**
a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@psypec.it

dott. **Antonio Calamo-Specchia**
a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. **Geremia Capriuoli**
capriuoligeremia@gmail.com
geremia.capriuoli.467@psypec.it

dott. **Ferdinando De Muro**
ferdinandodemuro@libero.it
ferdinando.demuro.385@psypec.it

dott. **Massimo Frateschi**
massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa **Anna Gasparre**
gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. **Victor Laforgia**
victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa **Anna Loiacono**
loiacono-anna@libero.it
anna.loiacono.444@psypec.it

dott. **Giuseppe Saracino**
giuseppe.saracino@uniba.it
giuseppe.saracino.066@psypec.it

dott.ssa **Emanuela Soleti**
manusoleti@gmail.com
emanuela.soleti.317@psypec.it



**Servizio gratuito di
Posta Elettronica Certificata (PEC)
per gli iscritti:
ATTIVAZIONE**

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella **PEC** offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella **PEC** sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella **PEC** è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo.

Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la **PEC** è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

Psicopuglia

*Notiziario dell'Ordine degli Psicologi
della Regione Puglia*

Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine degli
Psicologi della Regione Puglia.
Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari

Autorizzazione del Tribunale di Bari
n.1173 del 3/5/94.

Direttore Scientifico:

dott.ssa Anna Gasparre

Redazione: dott. Geremia Caprioli -
dott. Antonio Calamo-Specchia - dott.ssa Paola
Annese - dott. Massimo Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**

Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di un alunno di scuola primaria
"I. C. Pascoli" - Parchitello



*Il Presidente assieme al Consiglio
dell'Ordine della regione Puglia,
il personale di segreteria
e la redazione
augura a tutti i colleghi*

Buon Natale

è Felice Anno Nuovo





Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia