

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2019
Vol. 23

ISSN 2239-4001

JEAN PIAGET

Psicologo, biologo, pedagogista e filosofo svizzero, fondatore dell'epistemologia genetica.

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE DEL PRESIDENTE

- 4 Servizio di consulenza e assistenza tecnica in materia di fondi strutturali, nazionali e regionali di interesse dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
- 7 È tempo di cambiamenti per gli Psicologi pugliesi

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 10 Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"

RICERCHE

- 12 Approccio integrato alle demenze nella pratica operativa
- 17 Genitori stra-ordinari: trovare abilità nella disabilità
- 24 Progetto di prevenzione primaria stop the game now
- 34 Cerco lavoro disperata-mente: lo psicologo come r(e)orientatore delle risorse umane marginali
- 48 La demenza FTD: Case report

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 68 Il bruco vuole diventare farfalla ma ha paura: l'adolescenza e i suoi moti psicocorporei

- 81 Superando...chiedo aiuto: i disastri e l'emergenza spiegata ai disabili mentali e psichici

- 92 Analisi delle differenze di genere nell'omicidio seriale

- 108 Criteri per la valutazione della intenzionalità del mobbing

- 112 Psicodinamica, angoscia e psicomicrotrauma

- 132 I disturbi del sonno nella Malattia di Parkinson: breve rassegna sui possibili rischi neuropsicopatologici associati

- 135 Il nudo volto dell'Altro: ritrovarsi nel dialogo

- 138 Intelligenza Organizzativa: la nuova frontiera dell'eccellenza

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

- 162 Prendersi cura della Persona prima ancora che del paziente: la dimensione Psicologica e il riconoscimento del paziente

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 166 Il trattamento riabilitativo dell'alcolismo tra spiritualità e psicoterapia: il modello della Comunità Emmanuel

- 178 Quale supervisione? L'osservazione di un gruppo di training in fase di supervisione indiretta della scuola change

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 184** Bullismo e cyberbullismo: progetto di prevenzione al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo nelle classi prime delle scuole medie "C. Galiani" e "G. Pascoli" di San Giovanni Rotondo
- 191** Contro la violenza sulle donne: il contributo di "Safiya"

SPAZIO NEOLAUREATI

- 198** La riabilitazione dei disturbi di campo visivo conseguenti a lesioni vascolari: studio preliminare sull'apprendimento percettivo modulato da neurostimolazione

RASSEGNA STAMPA

- 204** Psicologo a scuola: Antonio Di Gioia esprime soddisfazione per l'approvazione della proposta di legge
- 205** Gli psicologi compiono 30 anni: Di Gioia: "Noi specialisti della complessità della vita"
- 206** Bullismo in pieno centro a Lecce: Di Gioia: "Sono poco più che bambini, dobbiamo prendercela con i bulli o con gli adulti?"
- 207** Giornata mondiale della consapevolezza dell'autismo: Antonio Di Gioia: "Il supporto psicologico per i genitori parte negli ambienti scolastici"

- 209** Molfetta, "Stop al Bullismo": Di Gioia: "Intervenire con la formazione e promuovere la cultura è la migliore strategia"
- 210** Garantire assistenza psicologica e benessere della comunità: necessaria l'istituzione dello psicologo di base
- 211** Social in crash in tutta Europa: Psicologi Puglia: "Ricerca spasmodica del virtuale"
- 212** Morte di Antonio Cosimo Stano: Di Gioia: "Un blackout sociale che coinvolge tutti"
- 213** Suicidio poliziotto, gli psicologi pugliesi: appartenenti alle Forze dell'ordine sempre più esposti al rischio di burnout
- 214** Rassegna stampa

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 218** La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la terapia cognitiva.
- 220** Bulli, cyberbulli e vittime. Dinamiche relazionali e azioni di prevenzione, responsabilità civili e risarcimento del danno

223 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



SERVIZIO DI CONSULENZA E ASSISTENZA TECNICA IN MATERIA DI **FONDI STRUTTURALI, NAZIONALI E REGIONALI** DI INTERESSE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA.

Report di monitoraggio 2018/2019

Il servizio di consulenza e assistenza tecnica, ha lo scopo di:

- Intercettare avvisi e bandi che offrono l'accesso a finanziamenti di tipo europeo o regionale rivolti a professionisti;
- fornire informazioni specifiche in merito a tali avvisi e/o bandi e chiarirne le modalità di presentazione;
- fornire assistenza tecnica per la presentazione e la compilazione di formulari e/o progetti attraverso piattaforme on line;
- offrire spunti e stimolare la nascita di nuove iniziative imprenditoriali che si pongano in parallelo all'attività ordinaria dello psicologo libero professionista;
- fornire informazioni utili circa l'esistenza di fondi, finanziamenti, avvisi e bandi per intraprendere nuove iniziative imprenditoriali.

I destinatari sono tutti gli psicologi iscritti all'Ordine, che hanno voglia di creare e proporre validi progetti per inserirsi in nuove iniziative imprenditoriali sociali.



Al fine di favorire l'accesso allo sportello sono state attivate le seguenti azioni di comunicazione:

- L'attivazione di un indirizzo mail specifico al quale scrivere per richiedere informazioni, appuntamenti, inviare bozze di progetto, richieste chiarimenti e aggiornamenti;
- Numero telefonico dedicato essenzialmente per fissare appuntamenti;

- Possibilità di prenotare videochat attraverso Whatsapp e Facebook per gli iscritti geograficamente più lontani dalla sede dell'Ordine degli Psicologi o impossibilitati ad accedervi.

Nel corso dell'anno, e fino al 31/12/2018, sono pervenute 187 mail con svariate richieste; tutte le mail sono state riscontrate in ordine di arrivo, le richieste più frequenti erano:

- Conoscere il funzionamento dello sportello;
- Conoscere le modalità per accedere allo sportello;
- Richiesta delle informazioni generali sui bandi e gli avvisi attivi;
- Descrizione di idee e progetti da voler realizzare e richiesta di pertinenza con i bandi/avvisi in corso;
- Richiesta appuntamento presso la sede dell'ordine degli psicologi per conoscere direttamente il servizio offerto.

Gli appuntamenti fissati per consulenza e assistenza tecnica **sono stati 83** di cui **12 per contatto telefonico** e **6 per videochat** con iscritti residenti fuori dalla provincia di Bari o impossibilitati a raggiungere la sede per motivi di studio e/o lavorativi. Durante i colloqui sono state trattate le seguenti tematiche:

- Informazioni e chiarimenti sull'esistenza di finanziamenti a cui accedere attraverso la presentazione di un progetto;
- Istruzioni, consigli, guida e assistenza su come stilare un progetto;
- Definizione di idee innovative, proposte soggettive e aderenza dell'idea iniziale al bando e/o avviso a cui candidarsi;
- Conoscenza delle forme di costituzione del libero professionista per la partecipazione e la candidatura del progetto. (Es. associazione, cooperativa, srl...);
- Presentazione dei bandi disponibili (PIN, NIDI, RESTO AL SUD, BANDO FONDAZIONE MEGAMARK, LUOGHI COMUNI);
- Presentazione di altri avvisi pubblici in corso (SELEZIONE PROFESSIONISTI PER PON INCLUSIONE SOCIALE)

- Guida alla compilazione di formulari per la presentazione di progetti.

Sono state inviate n. 196 mail informative circa i bandi e/o avvisi cui presentare candidatura.

L'attività dello sportello, durante il periodo estivo si è concentrata maggiormente sulla richiesta da parte degli iscritti di maggiori approfondimenti sulla selezione relativa al PON INCLUSIONE SOCIALE, le richieste maggiori erano:

- Info relative al finanziamento PON INCLUSIONE (che cos'è, cosa finanzia, quali sono le fonti di finanziamento);
- Cosa sono le misure di inclusione REI/RED;
- Chiarimenti sul ruolo dello psicologo all'interno delle equipe per le misure di inclusione sociale REI/RED e mansioni da svolgere al suo interno;
- Approfondimento di tematiche sociali e di carattere normativo inserite all'interno del programma di studio per la selezione PON INCLUSIONE (Legge 328/2000, Regolamento Regionale 4/2007 e ss.mm. D.Lgs 147/2017 sulla misura di inclusione sociale SIA...)

In generale le attività principali dello sportello sono:

1. Attività di **front office** attraverso la programmazione di appuntamenti informativi ed esplicazione dei bandi e avvisi pubblici di interesse.
2. Attività di **back office** con la raccolta dati e la valutazione di alcuni progetti particolarmente innovativi o rilevanti per gli scopi e la motivazione rappresentata.
3. **Guida alla Lavorazione e presentazione di pratiche** PIN o NIDI o altre pratiche a seconda delle richieste dei professionisti.

L'attività di front office è quella più intensa ed è quella che raccoglie il maggior numero di accessi; dall'inizio dell'attività dello sportello, il 05/10/2016 ad oggi sono stati effettuati **426 accessi** allo sportello per la richiesta di informazioni.

L'attività di back office riguardante invece la trasmissione di link e bandi o il riscontro delle mail per chi non può effettuare l'accesso allo sportello è stata effettuata per **347 iscritti** dall'attivazione



dello sportello ad oggi.

La guida alla lavorazione e presentazione delle pratiche ha un andamento altalenante e ha visto la lavorazione di 41 pratiche di cui 37 per il bando PIN e 4 per il bando NIDI; sono stati effettivamente presentati 11 progetti come candidati per il bando PIN, destinato a giovani pugliesi innovativi e con obiettivi spalmati su tre assi: sociale, tecnologico e turistico.

Degli 11 progetti elaborati attraverso l'attività di progettazione dello sportello presentati nella annualità 2018/2019, quattro sono risultati ammessi a finanziamento e due sono ad oggi in fase di start up, mentre altri quattro presentati nei primi mesi del 2019 sono in attesa di valutazione. Altri iscritti, cinque per l'anno 2019 hanno presentato dei progetti elaborandoli personalmente ma con la guida e la consulenza dello sportello; uno è stato ammesso a finanziamento, gli altri sono in fase di valutazione.

PUNTI DI FORZA E PUNTI DI CRITICITÀ RILEVATI

Tra i punti di forza si rileva:

- Alta concentrazione della richiesta di appuntamenti e un buon livello di soddisfazione rilevato attraverso feed-back positivi degli iscritti in merito alle spiegazioni e alle informazioni fornite relativamente ai bandi e agli avvisi pubblici regionali;
- Soddisfazione dell'iscritto determinata dal poter usufruire di un servizio aggiuntivo gratuito offerto dall'Ordine degli Psicologi;
- Alta diffusione dell'informazione relativa al funzionamento dello sportello;
- Attivazione di nuovi servizi per gli iscritti ovvero:
 1. Attivazione del servizio di videochat per gli iscritti territorialmente più distanti;
 2. Attivazione della linea telefonica integrativa al servizio mail per la prenotazione di un appuntamento;
 3. Formazione in merito a materie di competenza del Welfare e di misure di sostegno al reddito in cui viene coinvolto lo psicologo attraverso equipe multidisciplinari.

Tra i punti di criticità si rileva:

- Scarsa attinenza degli obiettivi progettuali degli avvisi e dei bandi disponibili con le aspettative degli iscritti, che spesso effettuano l'accesso allo sportello per richiedere finanziamenti per l'apertura di uno studio privato. Ciò nonostante, nel corso dei colloqui, è stato stimolato il professionista a creare nuove iniziative imprenditoriali anche in concomitanza all'apertura di uno studio, dove svolgere l'attività professionale classica;
- Assenza o difficoltà nel rintracciare un elemento di innovatività;
- Difficoltà a chiudere alcune pratiche poiché durante la lavorazione intervengono fattori esterni (allungamento dei tempi nel feed-back, attività lavorativa degli iscritti, distanza territoriale...) che non ne determinano la definizione e la chiusura.

NOVITÀ PER GLI ISCRITTI

FORMAZIONE FONDI EUROPEI E LABORATORI DI PROGETTAZIONE:

Da Gennaio 2019 lo sportello sarà itinerante grazie ad una serie di iniziative dell'Ordine degli Psicologi, che permetterà agli iscritti di essere raggiunti in tutti i comuni capoluogo della Regione Puglia con incontri di consulenza e formazione per consentire agli iscritti di accrescere la conoscenza relativa ai finanziamenti europei e in materia di progettazione.

Nello specifico sono state effettuate delle giornate di formazione in materia di fondi europei sia attraverso lezione frontale che con attività laboratoriali e di gruppo inerenti la progettazione.

Si ricorda a tutti i colleghi che l'Ordine degli Psicologi Regione Puglia ha attivato un indirizzo di posta dedicato sportello@psicologipuglia.it.

Lo sportello è operativo il mercoledì e il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 18.30 presso la sede dell'Ordine. Per prendere appuntamento basta inviare una mail di richiesta.



È TEMPO DI CAMBIAMENTI PER GLI PSICOLOGI PUGLIESI

È ormai indiscutibile che la professione dello psicologo garantisce il benessere psicofisico dei cittadini e della comunità sociale.

Gli psicologi sono professionisti della salute con le risorse, competenze, tecniche, la cultura e la formazione per necessari al miglioramento globale della nostra società che cambia.

La Psicologia è orientata alla promozione del benessere e non si occupa solo di disagio, fragilità e malattia, ma anche di *potenziare* le risorse e le abilità personali dell'individuo al fine di favorire una migliore qualità di vita, di *rafforzare* le sue competenze nei diversi contesti sociali, interfamiliari e individuali, di *sostenere* le persone durante le fasi di maggiore criticità che si possono incontrare nel ciclo di vita. Questo approccio alla promozione del benessere ha rilevanti interazioni anche sulla salute fisica. Diversi studi internazionali, infatti, hanno evidenziato come il benessere psicologico e fisico siano strettamente in relazione.

Il dialogo con le istituzioni, in questi anni di consiliazione, sta cominciando a portare i suoi primi frutti. Si iniziano ad intravedere possibilità concrete di attuazione di proposte, progetti, percorsi tracciati per garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute e il

diritto all'assistenza psicologica e psicoterapeutica sancito dall'approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, infatti, è intenzione dell'attuale Consiglio dell'Ordine avviare un tavolo tecnico con l'Assessorato competente della Regione Puglia per la richiesta di convenzionamento degli studi privati.

A questo scopo è stata avviata la rilevazione dello stato esistente per qualificare e quantificare le attività psicologiche e psicoterapeutiche a favore dei cittadini pugliesi, in riferimento all'anno 2018. C'è bisogno di garantire l'assistenza psicologica e psicoterapeutica a tutti i cittadini della Puglia e il questionario, inviato nei mesi scorsi, rappresenta una rilevazione di questo bisogno.

I dati del questionario hanno l'obiettivo di proporre alla Regione Puglia una legge sul convenzionamento degli studi privati.

È con orgoglio possiamo affermare che l'Ordine degli Psicologi della Puglia ha partecipato al lungo iter di lavori nella III Commissione Sanità della Regione Puglia, che ha depositato la bozza di Legge per l'istituzione dello psicologo di base.



La collaborazione fra psicologi e medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ormai messa in evidenza da sperimentazioni e studi nazionali ed internazionali, è per la Puglia una realtà che si concretizzerà nei prossimi mesi.

Affiancare i medici e fornire prestazioni specialistiche sarà fondamentale per prevenire la cronicizzazione dei sintomi. Si potrà dimostrare quanto le nostre prestazioni, insieme alla condivisione delle diagnosi con i colleghi medici, possano determinare una sensibile riduzione della spesa farmaceutica e della spesa per l'attività diagnostica, allorché le richieste concernono disagi psicologici che affliggono un numero sempre crescente di persone che si rivolgono al proprio medico di famiglia.

È una prima sperimentazione che avvierà collaborazioni in tutto il territorio regionale, ma è anche il primo passo per un obiettivo che dovrà essere raggiunto, a livello nazionale: l'incardinamento dello psicologo nel Sistema Sanitario Nazionale Regionale, così come è avvenuto per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta.

Il 7 marzo u.s., inoltre, la Regione Puglia ha approvato il regolamento attuativo della Legge Regionale 18 ottobre 2016 n. 24, "Interventi Assistiti con gli Animali" che inserisce lo psicologo nella nuova normativa regionale in materia di "Interventi Assistiti con gli Animali".

La norma stabilisce che anziani, bambini, disabili possono usufruire di interventi terapeutici, educativi e riabilitativi realizzati da 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.

Anche in questo possiamo affermare che 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.

Le finalità sostenute a livello di normativa regionale hanno trovato riscontro e convergenza negli obiettivi perseguiti dall'Ordine regionale attraverso l'intensa e costante attività a favore della professione di psicologo.

Con l'istituzionalizzazione della figura dello psicologo nell'équipe 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.

Con la Legge Regionale 4 Dicembre 2009, n.31, la Regione Puglia ha istituito l'Unità di Psicologia scolastica allo scopo di promuovere analisi, strategie, metodi e strumenti di intervento in grado di potenziare le competenze e le capacità relazionali di chi opera nel sistema scolastico. Si tratta di una struttura che opera al servizio del sistema scolastico regionale con funzioni consulenziali e di sostegno, rivolta a tutti i soggetti che, a vario titolo, sono in esso impegnati.

L'iter normativo, fermo da oltre 10 anni, oggi potrebbe favorire l'integrazione nelle scuole della figura dello psicologo scolastico, una risorsa di

importanza rilevante nel nostro sistema educativo e che, rispetto al resto d'Europa, non era ancora stata istituzionalizzata, ma delegata a consulenze episodiche brevi. Finalmente potremo adeguarci agli standard europei e garantire il giusto supporto psicologico a studenti, genitori e docenti.

Avere un presidio fisso nelle scuole e poter fornire il giusto supporto ai ragazzi, ma anche al corpo docente, alle famiglie (spesso disorientate davanti alle nuove generazioni), rappresenta per noi un motivo di grande gioia e soddisfazione. La presenza dello psicologo all'interno degli istituti scolastici è una figura necessaria per affrontare e risolvere gran parte delle problematiche legate all'adolescenza. Non solo bullismo o violenza: nelle scuole bisogna parlare anche di amore, empatia e sessualità.

Auspichiamo una conclusione rapida ed efficace della procedura burocratica, per poter mettere in campo i nostri professionisti e le nostre competenze a disposizione soprattutto dei più giovani.

Anche l'approvazione del protocollo d'intesa tra il CNOP e l'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) siglato in Puglia il 1° ottobre 2018 e finalizzato alla promozione del benessere psicologico

dei cittadini, è stato un altro risultato raggiunto di estrema rilevanza per la nostra comunità professionale.

L'ANCI si impegnerà a promuovere presso i comuni italiani l'esercizio delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psico-educativi, al fine di assicurare il sostegno psicologico e l'orientamento a favore delle famiglie e dei cittadini seguiti all'interno dei servizi sociali. In ottemperanza al Protocollo d'intesa, già alcuni Comuni della nostra regione stanno bandendo avvisi pubblici per la selezione di psicologi che opereranno negli Enti Locali.

A sostegno di quanto detto finora, c'è da sottolineare il riconoscimento nell'ambito organizzativo del S.S.N che la nostra professione ha avuto a livello nazionale. Infatti, la recente sentenza del Consiglio di Stato non consente di operare discriminazioni tra dirigenti medici e dirigenti psicologi in quanto entrambi appartenenti al ruolo del personale sanitario e gli psicologi, come i medici, possono dirigere le strutture complesse.

Continueremo ad operare con il massimo impegno al fine di garantire il raggiungimento di ulteriori obiettivi importanti per la nostra comunità professionale.





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

(gennaio - giugno 2019)

Coordinatore
Massimo Frateschi

Componenti
Paola Annese
Ferdinando De Muro

La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo gennaio - giugno (I semestre) 2019 ha proseguito verso un ulteriore sviluppo della programmazione 2014 - 2019 con un quadro di riferimento complessivo strategico e con una metodologia pragmatica e obiettivi a breve, medio e lungo termine, onde promuovere una diffusione, sensibilizzazione, informazione della cultura e formazione psicologica, in contesti intraprofessionali, interprofessionali e nella comunità e società

civile. Infatti, nel periodo 2014 - 2018 l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha organizzato e realizzato 48 eventi formativi e patrocinato più di 400 eventi e manifestazioni grazie alla collaborazione, alla partecipazione attiva e alla dedizione professionale di tutti gli psicologi nei vari territori della regione Puglia, e di ulteriori collaborazioni interistituzionali, interprofessionali, associative della comunità e della società civile. La Commissione ha proposto costantemente uno sviluppo professionale culturale e formativo ampio e ap-



profondito basato sulla formazione continua, sulla formazione ECM, sulla psicologia scientifica, sulle evidenze scientifiche, sui modelli teorici e metodologici, sulle competenze specifiche, sugli ambiti specialistici, sui metodi e sulle tecniche riconosciute dalla comunità scientifica. Sono stati tenuti presenti costantemente i riferimenti all'indirizzo generale culturale, formativo, alle norme e alle Linee guida del CNOP. Grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva, motivata ed interessata, di tutta la comunità professionale degli psicologi, in tutta la regione Puglia, verranno proposte nuove ipotesi, idee, programmi, progetti, manifestazioni ed eventi.

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

1. Evento Formativo dal titolo: *"Psicologo oggi: sfide & opportunità. Tutto quello che c'è da sapere per esercitare al meglio la professione"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il 18 e 19 gennaio 2019, a Bari, Foggia e Brindisi;
2. Evento Formativo ECM dal titolo: *"La Terapia Cognitivo Comportamentale: dai protocolli evidence-based alle applicazioni avanzate"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC, sede di Bari" e con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "Associazione di Psicologia Cognitiva, APC, sede di Lecce", tenutosi il giorno 26.01.2019, presso la Sala Convegni Galleria Congressi, Bari.

3. Evento Formativo ECM dal titolo: *"Psicoterapia e ricerca clinica: una sfida possibile"*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "Istituto Gestalt di Puglia", tenutosi il giorno 20.03.2019, presso la Sala Convegni delle Officine Cantelmo, Lecce.
4. Evento Formativo ECM dal titolo: *"La prevenzione e l'intervento sul burnout nelle professioni d'aiuto: dal monitoraggio ai diversi approcci integrativi"* organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previsto per il 14 giugno 2019, presso l'Hotel Excelsior, 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.



APPROCCIO INTEGRATO ALLE DEMENZE NELLA PRATICA OPERATIVA INTERVENTO SU PAZIENTE, CAREGIVER E OPERATORE.

Anna De Nigris

Psicologo Psicoterapeuta Specialista
in Neuropsicologia. Docente a c/o
Università G. D'Annunzio. Socio APeS

Vincenzo Giorgio

Psicologo Psicoterapeuta
Specialista in Neuropsicologia

Gianluca Grumo

Psicologo Psicoterapeuta

Dario Sgarra

Psicologo. Socio APeS

RIASSUNTO

L'APeS è un'associazione di psicologi, presente sul territorio andriese, che mira assieme ad altri progetti, a realizzare esperienze volte ad affrontare l'invecchiamento patologico.

Il presente progetto, accogliendo l'invito dell'OMS ad affrontare la demenza nell'ottica di un approccio integrato, si propone di intervenire congiuntamente sui diversi attori coinvolti nel processo di fronteggiamento della patologia: pazienti, familiari e operatori RSA. In particolare il progetto, realizzato presso RSA Madonna della Pace di Andria, ha visto l'attivazione di tre percorsi esperienziali/laboratoriali: training autogeno per gli operatori dell'RSA, psicoeducazione per i familiari e stimolazione cognitiva per i pazienti con deterioramento cognitivo.

I risultati ottenuti sono:

- riduzione del carico assistenziale (burden) e miglioramento dell'efficienza lavorativa negli operatori;

- diminuzione del carico emotivo e dello stress percepito dai familiari;
- mantenimento dell'efficienza cognitiva e dello stato generale di salute, nonché incremento dei livelli di socialità e del tono dell'umore nei pazienti.

Seppur preliminari, tali risultati suggeriscono l'opportunità/necessità di proseguire nella direzione dell'approccio integrato alla demenza.

PAROLE CHIAVE

Demenza, Caregiver, Burden assistenziale, Training Autogeno, Stimolazione Cognitiva.

INTRODUZIONE

L'APeS (Associazione Psicologi e Società) è un'associazione di psicologi che da più di dieci anni è presente sul territorio andriese. L'associazione mira a sostenere la formazione globale della Persona, l'integrazione psicosociale, il suo star-bene all'interno dei diversi

contesti di vita e la crescita delle sue capacità di scelta autonoma, libera, consapevole e responsabile. Pertanto in linea a tali obiettivi l'associazione promuove insieme ad altri progetti, diverse esperienze volte ad affrontare l'invecchiamento patologico. Affrontare l'invecchiamento patologico è ormai impegno concreto ed ineluttabile dei governi nazionali ed internazionali da decenni. L'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, che proprio in questi anni ha adottato a Ginevra il Piano Globale di Azione sulla Risposta di Salute Pubblica alla Demenza 2017-2025, invita a considerare le demenze nell'ottica di un **approccio integrato**, che tenga conto della molteplicità degli aspetti medico-sanitari e socio-assistenziali implicati nelle demenze.

SCOPO DELLA RICERCA

Il progetto consiste in una ricerca-intervento rivolta congiuntamente a pazienti con deterioramento cognitivo, ad operatori RSA (caregivers formali) ed a familiari dei pazienti (caregivers informali). L'obiettivo generale del progetto è affrontare la demenza in modo integrato, intervenendo sui diversi attori (pazienti, caregivers formali e informali) coinvolti nel processo di cura e di fronteggiamento della patologia che porta con sé molte complicanze, non solo di natura medico-sanitaria, ma anche socio-assistenziale. Gli obiettivi specifici del progetto sono invece individuabili da un lato nella riduzione del carico assistenziale (burden) nei caregiver formali e informali e dall'altro nel miglioramento e/o mantenimento dello stato cognitivo e di benessere dei pazienti con deterioramento cognitivo.

METODOLOGIA

La presente iniziativa propone un **percorso esperienziale** rivolto congiuntamente ed in modo integrato a **pazienti con deterioramento, familiari ed operatori**. In particolare l'iniziativa prevede 3 attività:

Training autogeno per operatori

Quando parliamo di assistenza nelle demenze tendiamo a riferirci ai bisogni dell'anziano, trascurando spesso che fra gli attori della lotta alla patologia e

della promozione di una migliore qualità di vita vanno considerati gli operatori sanitari, la cui attività rischia di essere troppe volte minata dagli elevati livelli di stress ai quali sono sottoposti.

Il laboratorio rivolto agli operatori dell'RSA Madonna della Pace di Andria propone un percorso di Training Autogeno, una tecnica di rilassamento basata sulla correlazione tra stati emozionali e aspetti somatici dell'individuo;

L'obiettivo specifico del laboratorio si basa sulla condivisione e fronteggiamento dello stress lavoro-correlato (Burden assistenziale) mediante l'utilizzo di strategie e strumenti utili alla promozione del benessere psicofisico all'interno del contesto lavorativo.

I risultati attesi sono legati alla riduzione dei livelli di stress dell'operatore nonché innalzamento del tono dell'umore.

Il laboratorio è sviluppato in sette incontri di gruppo rivolti agli infermieri e OSS della RSA Madonna della Pace di Andria. Il gruppo è composto da 13 soggetti (8 infermieri e 5 OSS).

Durante il percorso il gruppo, guidato dal Dr. Sgarra Dario, ha sperimentato i differenti esercizi di rilassamento di cui si compone il Training Autogeno.

Raccolta ed analisi dei dati

All'inizio e alla fine degli incontri è stato somministrato agli operatori il questionario standardizzato CBI (Novak and Guest, Caregiver Burden Inventory, 1989). Il questionario, elaborato per i caregivers di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze correlate, valuta l'aspetto multidimensionale del carico assistenziale diviso in diverse sezioni numerate progressivamente (1.carico oggettivo, 2.carico psicologico, 3.carico fisico, 4.carico sociale, 5.carico emotivo).

Nell'analisi dei dati sono state confrontate inizialmente le medie dei punteggi complessivi ottenuti al questionario CBI rispetto alla condizione sperimentale pre/post. Successivamente sono state confrontate le medie ottenute nella stessa condizione sperimentale rispetto alle singole sezioni del carico assistenziale appartenenti al questionario CBI (carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo).



Ogni misurazione psicometrica è stata effettuata utilizzando il T-test.

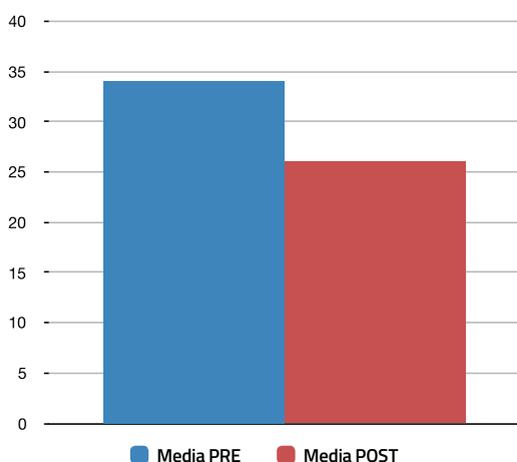


Fig. 1 - confronto dei punteggi medi pre-post intervento alla scala CBI.

L'analisi dei dati ottenuti nella prima condizione sperimentale mostra una riduzione significativa del punteggio medio al questionario CBI nella condizione pre/post (Mpre: 34,38; Mpost: 26,69; $p = 0,044$) (Fig. 1).

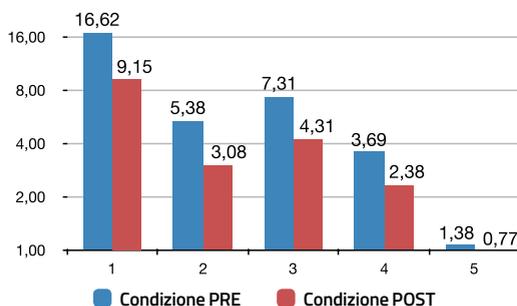


Fig. 2 - confronto dei punteggi medi pre-post intervento alla singole sezioni della scala CBI.

Nella seconda condizione sperimentale sono state confrontate le medie relative alle singole sezioni del CBI nella condizione pre/post. Nel gruppo sperimentale si osserva una riduzione qualitativa delle medie dei punteggi in tutte le singole sezioni del CBI (Fig. 2).

Il T-Test effettuato per ogni singola sezione del CBI ha

mostrato una riduzione significativa nella sezione 1 (Mpre: 16,62; Mpost: 09,15; $p = 0,00$) che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver richiesto dall'assistenza e nella sezione 3 (Mpre: 07,31; Mpost: 04,31; $p = 0,04$) che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica.

In definitiva i risultati che emergono dal laboratorio mostrano come lo sviluppo di percorsi di Training Autogeno all'interno di strutture assistenziali produca effetti benefici sulla salute psicofisica degli operatori. Il percorso di T.A. sviluppa in quest'ottica uno spazio di cura e di relazione in cui gli operatori costruiscono una maggiore consapevolezza degli effetti fisici e psicologici correlati al burden assistenziale. Inoltre la condivisione di tale "peso dell'assistenza" in gruppo permette all'operatore di percepire una rete di sostegno e di relazione con gli altri operatori in cui affrontare lo stress lavoro-correlato, migliorandone la qualità di vita e l'efficienza lavorativa

Psicoeducazione per caregivers/familiari

Gran parte delle necessità assistenziali di un anziano con demenza vengono assolte dal familiare, o più genericamente dal caregiver. Tuttavia è esperienza comune del familiare il sentirsi perso o semplicemente impreparato a questo ruolo. Di fatto, per potersi occupare dell'assistenza di un anziano con demenza, il familiare ha bisogno di essere "assistito" a sua volta. Data questa premessa, il progetto si è proposto di realizzare un percorso di psicoeducazione di gruppo per familiari/caregivers con le finalità di:

- Fornire informazioni sulla malattia e sulla sua evoluzione;
- Offrire indicazioni pratiche su come affrontare e gestire i problemi comportamentali del paziente nella vita di tutti i giorni;
- Contenimento emotivo;
- Promuovere l'aiuto reciproco nei termini di condivisione di esperienze, emozioni, suggerimenti.

I risultati attesi sono di riduzione dei livelli di stress percepito come misura dell'efficacia dell'intervento. L'intervento, condotto dal dr Vincenzo Giorgio, si è articolato in N° 4 incontri di **psicoeducazione** di

gruppo per 4 familiari di pazienti ricoverati presso la RSA Madonna della Pace di Andria.

Raccolta ed analisi dei dati

Sono stati raccolti dati relativi al carico assistenziale percepito dai familiari dei pazienti ricoverati in struttura attraverso la somministrazione del questionario standardizzato CBI (Novak and Guest 1989) e della scala Scala di Sovraccarico del Caregiver di ZARIT - Adattamento di Sandri A. e Anaya F. (2004) che consente di valutare il carico materiale ed emotivo che grava sul familiare. I dati pre e post intervento sono stati sottoposti a confronto statistico e sono sintetizzati nel grafico seguente.

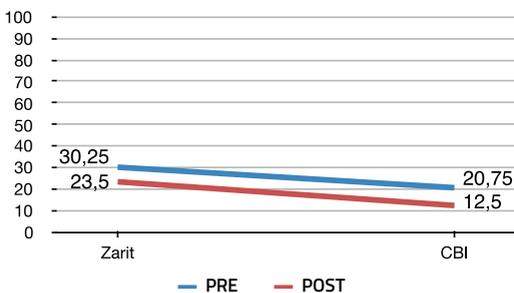


Fig. 3 - confronto dei punteggi medi pre-post intervento alle scale CBI e ZARIT.

Dal confronto pre/post intervento emerge una generale diminuzione dello stress percepito dai familiari. Analizzando più in dettaglio i dati (**Fig. 3**), emergono:

- Per quel che riguarda il confronto alla scala CBI, una diminuzione della media del punteggio iniziale, da 20,75 a 12,5. Analizzando in modo più dettagliato i 5 diversi fattori della scala emerge che il carico sociale (che descrive la percezione di un conflitto di ruolo) e il carico emotivo (che descrive i sentimenti verso il paziente) sono quelli che hanno subito il maggior decremento nei familiari.
- Per quel che riguarda il confronto alle misure della scala ZARIT, una diminuzione del punteggio medio da 30,25 a 23,5. Avendo la scala un range compreso tra 0 e 88 punti, un minor punteggio corrisponde a minor stress percepito.

I risultati preliminari di questo intervento, nonostante l'esiguo numero di partecipanti, offrono

spunto di riflessione sull'opportunità e l'utilità di fornire nelle strutture che si occupano di demenza, assistenza continua e strutturata anche ai familiari oltre che alle persone ricoverate.

Laboratorio di stimolazione cognitiva per anziani con deterioramento cognitivo

Numerose evidenze dimostrano che la stimolazione cognitiva di gruppo nei pazienti con demenza ha la duplice azione da un lato di preservare il più a lungo possibile l'efficienza cognitiva della persona, dall'altro di favorire la socialità dell'anziano, che è una delle dimensioni più duramente colpite nei casi di demenza. Nell'ambito di questo progetto è stato proposto un laboratorio di stimolazione cognitiva di gruppo al fine sia di esercitare le funzioni cognitive maggiormente soggette a deterioramento (memoria, attenzione, capacità di orientamento nell'ambiente...), sia di fornire alla persona strategie per affrontare le deficienze cognitive nella vita di tutti i giorni, nonché offrire occasione di confronto con anziani che hanno vissuti comuni.

Il laboratorio, condotto dalla dott.ssa Anna De Nigris, ha coinvolto 6 anziani con demenza di grado lieve-moderata, degenti presso RSA Madonna della Pace di Andria, e si è sviluppato in 4 incontri a cadenza settimanale:

1. **Io e gli altri: racconto la mia storia.** Esercizi per l'allenamento della memoria di nomi e volti e della memoria autobiografica.
2. **Conosciamo la nostra memoria.** Introduzione alle mnemotecniche ed applicazioni di vita quotidiana.
3. **Il mio amico Pollicino.** Strategie per la memoria dei luoghi e delle strade nell'ambiente.
4. **Eureka!** Il ragionamento induttivo ed il pensiero creativo.

Gli incontri hanno avuto un taglio prevalentemente esperienziale e laboratoriale, con esercizi, giochi di squadra, attività pratiche carta e matita e, ove possibile in base alla funzione cognitiva allenata, a computer. Tra un incontro e l'altro sono stati assegnati degli "Homework" in continuità alle attività del laboratorio.

Raccolta ed analisi dei dati

Sono stati raccolti dati relativi all'efficienza cognitiva, mediante Mini Mental State Examination (MMSE), al tono dell'umore, mediante Geriatric Depression Scale



(GDS), ed allo stato di salute, mediante Questionario sullo Stato di Salute (SF12), su ciascun partecipante, sia prima che a conclusione del laboratorio.

I dati pre e post sono stati sottoposti a confronto statistico e sono sintetizzati nel grafico seguente.

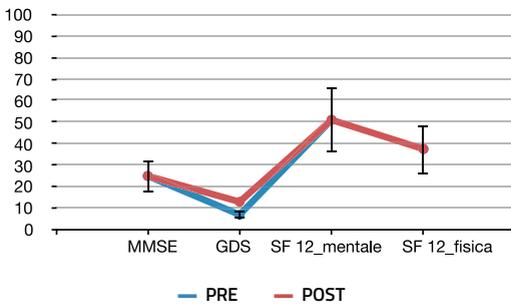


Fig. 4 - confronto dei punteggi medi pre-post intervento al MMSE, GDS, SF12

Dal confronto pre/post laboratorio emerge sostanziale stabilità nei risultati raccolti. Analizziamo più in dettaglio i dati:

- Per quel che riguarda il confronto alle misure del MMSE, non si osserva differenza tra le due rilevazioni pre e post, il che indica che l'efficienza cognitiva dei pazienti coinvolti nel laboratorio è rimasta stabile. Si tratta di un risultato confortante, poiché come è noto, la demenza è una patologia degenerativa, che implica il progressivo peggioramento delle funzioni cognitive ed in cui dunque rallentare o arrestare l'avanzamento di questo deterioramento, preservando il più a lungo possibile la funzionalità cognitiva della persona, è il solo risultato ottenibile mediante interventi di riabilitazione e/o di stimolazione cognitiva.
- Per quel che riguarda il confronto alle misure della GDS, si osserva un lieve, sebbene non significativo, miglioramento del tono dell'umore al termine della stimolazione cognitiva. Tale dato trova conferma nei resoconti dei partecipanti che hanno partecipato con interesse e con vivo entusiasmo al laboratorio ed hanno riferito al termine delle attività di essere stati molto contenti e soddisfatti dell'esperienza.
- Per quel che riguarda il confronto alle misure del SF12, si rileva stabile lo stato di salute, sia fisico che mentale, percepito. Anche in questo caso, nel contesto di un quadro degenerativo, la stabi-

lità nella percezione soggettiva di salute fisica e mentale, è un risultato incoraggiante.

- Altro dato che clinicamente merita di essere evidenziato riguarda l'aumento della socialità osservata tra i partecipanti, avendo il laboratorio creato molteplici occasioni di scambio e di confronto, anche al di là delle attività svolte durante gli incontri.

CONCLUSIONI

I risultati di questa ricerca-intervento, seppur preliminari, sono senz'altro incoraggianti rispetto all'opportunità/necessità di occuparsi di demenza in modo integrato, agendo congiuntamente su pazienti e caregivers. Tali dati meriterebbero di essere ulteriormente approfonditi mediante la prosecuzione dell'esperienza e con l'auspicio che affrontare la demenza in modo integrato diventi prassi della pratica sanitaria ed assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Apolone G., Mosconi P., Quattrococchi L., (2005). *Questionario sullo stato di salute SF12*. Guerini e Associati.
- Chattat R., Cortesi V., Izzicupo F., Del Re M.L., Sgarbi C., Fabbo A., (2011). *The Italian version of the Zarit Burden interview: a validation study*. Int Psychogeriatr Jun;23(5):797-805.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). *Mini Mental State Examination*. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.
- Marvardi M., Mattioli P., Spazzafumo L., Mastroforti R., Rinaldi P., Polidori M.C. (2005). *The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study*. Aging clinical and experimental research 2005;17(1):46-53.
- Nobili G., Massaia M., Isaia G., Cappa G., Pilon S., Mondino S. (2001). *Valutazione dei bisogni del caregiver di pazienti affetti da demenza: esperienza in una unità di valutazione Alzheimer*. G. Gerontol 2011;59:71-74.
- Novak M., Guest C., (1989). *Caregiver Burden Inventory*, Gerontologist, 29, 798-803, 1989
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. B., & Rose, T. L. (1982). *Screening tests for geriatric depression*. Clinical Gerontologist, 1, 37-44.



GENITORI STRA-ORDINARI TROVARE ABILITÀ NELLA DISABILITÀ

RIASSUNTO

La nascita di un figlio rappresenta uno dei momenti più importanti, se non il più importante, del ciclo vitale di una famiglia. Decidere di avere un figlio comporta una fase critica del ciclo vitale in cui la coppia costruisce lo "spazio fisico e mentale" per un terzo: un impegnativo passaggio dalla diade alla triade. È un periodo caratterizzato da un investimento affettivo sui nuovi nati, in cui ciascun coniuge dovrà costruire ed interiorizzare un'immagine nuova, reale e fantasmatica, di sé e del partner, includendo in essa la funzione genitoriale.

La creazione di uno spazio mentale avviene attraverso le fantasie e le aspettative dei futuri genitori rispetto al bambino che verrà e, di conseguenza, alla creazione mentale del Figlio Ideale. Una di queste aspettative riguarda sicuramente la salute del bambino.

Ma cosa accade quando sopraggiunge una diagnosi di disabilità alla nascita o se i genitori vi devono far fronte durante il corso della vita?

La scoperta della disabilità di un figlio comporta una doppia sfida evolutiva che implica, oltre alla rinegoziazione dei ruoli di coppia e all'identificazione nel nuovo ruolo genitoriale, l'elaborazione della perdita del figlio "ideale"; tale elaborazione ha la stessa

valenza, in termini di fatica e processi, di quella di un lutto e il raggiungimento di un nuovo equilibrio passa attraverso la ridefinizione di ruoli e confini da parte di tutta la famiglia.

PAROLE CHIAVE

Disabilità, coppia genitoriale, figli, resilienza, rappresentazioni di sé, terapia sistemico-relazionale

INTRODUZIONE

Avere un figlio con una forma di disabilità è un'esperienza che richiede ad entrambi i genitori una costante e continuativa attenzione ai suoi bisogni, rischiando di perpetuare, negli anni, il rapporto genitoriale con un <<figlio percepito come piccolo, anche quando cresce>> (Montobbio e Lepri, 2000; Carbonetti e Carbonetti, 1996, 2004). In tal mondo la funzione genitoriale si cristallizza come in una fase protettiva invece di passare ad una fase evolutiva che permetta la crescita del proprio figlio.

Un altro rischio è quello di identificare il proprio figlio con la sua malattia e di non riconoscerlo come persona che, come tale, oltre e prima di bisogni speciali, necessita di bisogni fondamentali comuni a tutte le persone.

**Paola Conte
Veronica Pesari**

Psicologa clinica e della salute, specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

Elena Lorusso

Psicologa, Psicodiagnosta, specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

Antonella Sciancalepore

Psicologa, Psicosessuologa, Psicologa Giuridico-forense, specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

Francesca Lacerenza

Psicologa, terapeuta EMDR, specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

Simona Borrillo

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale



In un'ottica sistemico relazionale accade spesso che le problematiche familiari convergano in un unico membro che viene identificato come "paziente designato".

Il paziente designato è il portatore del disagio di un intero sistema e ne è parte attiva, non passiva: ogni componente, all'interno di un preciso contesto, contribuisce al mantenimento della situazione problematica, la quale, con la partecipazione di tutti, si stabilizza su determinate modalità di funzionamento e di interazione. La condizione di malattia di cui si fa portavoce serve a mantenere uno stato di equilibrio dinamico e, dunque, omeostatico.

Ci siamo, dunque, chieste cosa accada nel momento in cui il paziente designato sia un paziente di fatto e quanto questo comporti il mantenimento dell'omeostasi attuando quel processo, sopra citato attraverso il quale i genitori rifiutano inconsciamente di agire un processo di evoluzione ed emancipazione. Nell'affrontare la tematica della genitorialità con figli disabili, il lavoro si propone di analizzare il tema da un nuovo punto di vista che non si soffermi unicamente sulle difficoltà legate al difficile compito di gestire la disabilità in famiglia ma che metta in luce, piuttosto, le risorse di genitori che, essendo passati attraverso tutte le fasi dell'accettazione, hanno cercato le abilità nella disabilità.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Questo studio si propone di analizzare la disabilità dal punto di vista del caregiving genitoriale, indagando come e quanto la disabilità incida all'interno di un sistema familiare e come l'apertura delle famiglie verso l'esterno possa incidere positivamente sul fattore della resilienza familiare.

Spesso le famiglie coinvolte nella difficoltà di trovarsi di fronte alla disabilità di un figlio trasmettono una forza incredibile ed una straordinaria capacità di resilienza o comunque potrebbero farlo se svincolati da rigidi schemi psichici e sociali, cristallizzati nel corso degli anni.

Questo lavoro ha come obiettivo quello di comprendere come le famiglie abbiano reagito durante il processo di accettazione e rinegoziazione dei ruoli in seguito alla scoperta della disabilità del figlio,

quali strategie abbiano messo in atto e quali risorse abbiano scoperto o creato ex novo per fronteggiare una situazione stra-ordinaria.

Per fare ciò la scelta del campione è ricaduta all'interno di un sistema associazionistico, rivestendo, quest'ultimo, un ruolo fondamentale nel creare una rete di accoglienza ed emancipazione per le famiglie.

CAMPIONE

L'associazione di volontariato, bacino del nostro campione, è il *Centro Zenith* di Andria, nata con l'intento di creare uno spazio di condivisione di emozioni, avventure e divertimento per i ragazzi con diverse forme di disabilità, tra cui una forma di disabilità psichiatrica.

Il campione intervistato è costituito da:

- 10 coppie di genitori con figli con disabilità;
- Età dei genitori: tra 40 e 71 anni;
- Età dei figli degli intervistati: tra i 19 e i 40 anni.

Il campione intervistato ha deciso liberamente di sottoporsi allo studio, sottoscrivendo il consenso informato e rispondendo in maniera puntuale e disponibile agli strumenti somministrati.

STRUMENTI

Gli strumenti utilizzati per rispondere alle nostre domande di ricerca sono stati 2:

Intervista semistrutturata "*Genitori e Disabilità*" creata ad hoc per lo studio delle dinamiche sopra citate *Caregiver Burden Inventory*, questionario self report destinato ai caregiver con lo scopo di valutare il carico assistenziale percepito dagli stessi.

METODOLOGIA

Intervista "Genitori e Disabilità"

Le risposte ottenute all'intervista "Genitori e Disabilità" sono state analizzate attraverso una griglia di valutazione creata ad hoc per lo strumento. La scala creata è volta far emergere 3 dimensioni cliniche:

- Dimensione del Contenuto: la dimensione del "*Cosa dice*";
- Dimensione Metacomunicativa: la dimensione del "*Come lo dice*";

- Dimensione Emotiva: la dimensione del *“Cosa trasmette”*.

Sulla scorta delle 3 dimensioni appena nominate è stata creata la griglia di lettura delle trascrizioni delle interviste, questa griglia si avvale a sua volta di quattro scale di codifica con lo scopo di analizzare specifiche aree di indagine. Esse sono:

1. *Ricchezza delle percezioni*

Questa scala misura le percezioni e le emozioni relative alla scoperta della disabilità del figlio. Le aspettative in gravidanza e la delusione della nascita del figlio disabile impongono alla coppia genitoriale una messa in discussione di alcuni aspetti della propria personalità inerenti all'esperienza che si sta vivendo. Essa valuta quindi il modo in cui è descritta la scoperta della disabilità, nonché vissuti, sensazioni ed emozioni che ne hanno mediato l'impatto alla rivelazione. Le emozioni e i sentimenti si riferiscono primariamente agli stati d'animo personali e condivisi nella coppia scaturiti dall'evento.

La ricchezza delle percezioni non è mediata da fattori intervenienti esterni alla genitorialità tout court.

2. *Flessibilità delle rappresentazioni di sé come genitore e strategie di coping alla disabilità del figlio*

Questa scala indaga la flessibilità della rappresentazione di sé come genitore nell'adattarsi alla situazione inaspettata. Altresì mira ad indagare il riconoscimento delle difficoltà attinenti alla disabilità di un figlio e la relativa capacità del singolo genitore, o della coppia genitoriale, ad attivare immediate e funzionali risposte mentali e comportamentali tese a fronteggiare la situazione nuova.

3. *Resilienza e fattori di auto protezione*

Questa scala muove l'indagine sulla capacità dei genitori di autoripararsi a seguito all'evento traumatico e di riuscire a riorganizzare

positivamente la propria vita attingendo elementi propri della coppia genitoriale. La resilienza infatti evidenzia l'importanza delle risorse interne all'individuo, utili a fronteggiare la situazione difficile, autoriparandosi per la sopravvivenza.

Ciò non comporta l'assenza di difficoltà né la presenza di una quota di distress genitoriale, bensì il riconoscimento del dolore emotivo quale fonte da cui attingere per poter ricostruire l'equilibrio psicofisico della famiglia.

4. *Capacità di chiedere aiuto all'esterno*

Questa scala si pone l'obiettivo di elicitarne il riconoscimento e l'elaborazione della disabilità del figlio e l'eventuale richiesta d'aiuto laddove s'intravedano possibilità di supporto al nucleo, nonché di integrazione e miglioramento della qualità di vita per il figlio disabile. Questa scala dunque implica accettazione della disabilità e valuta l'apertura verso l'esterno del sistema familiare.

Le trascrizioni delle interviste sono state analizzate attraverso le quattro scale di codifica mediante l'attribuzione di un punteggio qualitativo in 3 livelli (ridotta, discreta, notevole).

I codificatori erano in numero di 6 ed è stato concordato un punteggio univoco ed interpretativo da attribuire a ciascuna risposta.

Caregiver Burden Inventory (CBI)

Il CBI è uno strumento volto ad analizzare la natura multidimensionale del carico assistenziale percepito dal caregiver:

1. il carico oggettivo dipendente dal tempo richiesto per l'assistenza (T) che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;
2. il carico evolutivo (S) inteso come la percezione del caregiver di isolamento rispetto alle aspettative ed alle opportunità dei propri coetanei;
3. il carico fisico (F) che descrive la sensazione di fatica cronica ed i problemi di salute somatica;
4. il carico sociale (D) che quantifica la percezione di un conflitto di ruolo;



5. il carico emotivo (E) che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da anomalie comportamentali di quest'ultimo.

I dati raccolti sono stati analizzati seguendo le indicazioni fornite dagli autori (Novak et al. 1989).

ANALISI DEI RISULTATI

Intervista "Genitori e Disabilità"

A 10 coppie di genitori di figli con diverse forme di disabilità fisica e psichiatrica è stata somministrata un'intervista semi-strutturata "Genitori e Disabilità" creata ad hoc e codificata attraverso la griglia di lettura sopra nominata.

Lo strumento dell'intervista semi-strutturata ha facilitato l'emersione di quelle emozioni, ostacoli, difficoltà e fattori di resilienza, endogeni ed esogeni, delle famiglie intercettate.

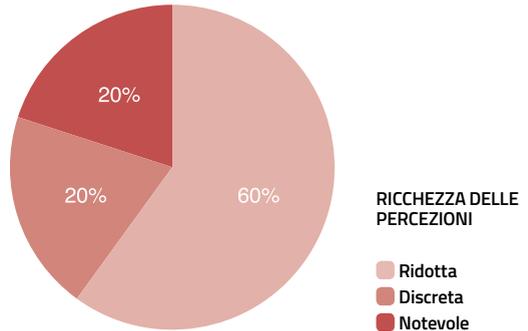
Dopo aver valutato le risposte, è stata effettuata l'analisi dei risultati emersi dall'applicazione delle 4 scale di codifica, descritte precedentemente.

1. Ricchezza delle percezioni

Dall'analisi complessiva delle risposte relative all'item riguardante la RICCHEZZA DELLE PERCEZIONI (Fig. 1) emerge una difficoltà significativa riscontrata dalle famiglie ad esprimere emotivamente il proprio vissuto, nonché un bacino di emozioni e sentimenti ridotto da cui attingere per far fronte alla disabilità del figlio.

Infatti, solo nel 20% delle famiglie si riscontra una NOTEVOLE capacità di tradurre e riportare in maniera ricca ed articolata le emozioni provate al momento della scoperta della disabilità del proprio figlio.

Il 20% delle famiglie mostra una DISCRETA ricchezza di percezioni e abilità nell'attingere da una vasta gamma di emozioni per descrivere l'evento, il restante 60% mostra invece una RIDOTTA gradazione di emozioni, emersa nel racconto della scoperta della disabilità, possibile monito su una difficoltà strutturale di elaborare e condividere vissuti psichici e stati d'animo all'interno della coppia genitoriale.

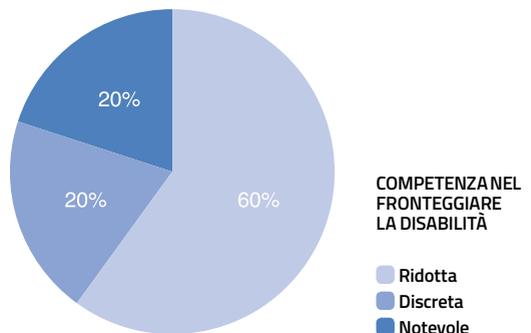


Graf. 1

2. Flessibilità della rappresentazione di sé come genitore e strategie di coping alla disabilità del figlio

Il dato presentato in Fig.2 porta a riflettere, ancora una volta, sulla difficoltà percepita e riscontrata dal 60% dei genitori intervistati a *mentalizzarsi* come coppia genitoriale/coniugale capace di sfruttare le strategie di coping individuali e familiari per affrontare la contingenza della disabilità del figlio.

Ancora una volta, solo il 20% delle coppie intervistate mostra NOTEVOLE competenza, innata o acquisita, nel fronteggiare la disabilità grazie alla messa in campo di strategie cognitive ed emotive funzionali al sistema familiare.



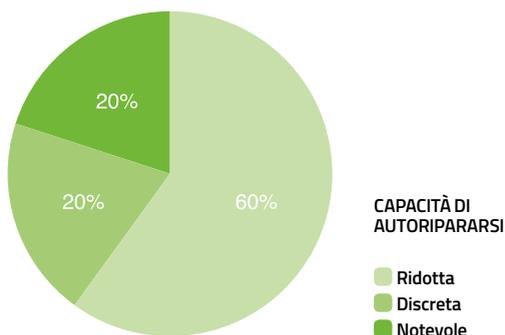
Graf. 2

3. Resilienza e fattori di autoprotezione

Il grafico (Fig. 3) mostra come il 60% delle coppie intervistate riscontri una RIDOTTA capacità di *autoripararsi* in seguito ad una ferita

traumatica e sperimenti una fragilità nel riconoscere in sé punti di forza e di resilienza, nonché fattori autoprotettivi funzionali ad una crescita psichica adeguata.

Il restante 40%, suddiviso equamente tra il livello NOTEVOLE e DISCRETO, è riuscito, invece, ad attingere, in maniera più o meno significativa, dalle proprie risorse interne la forza e la capacità di fare fronte ad una situazione complessa.

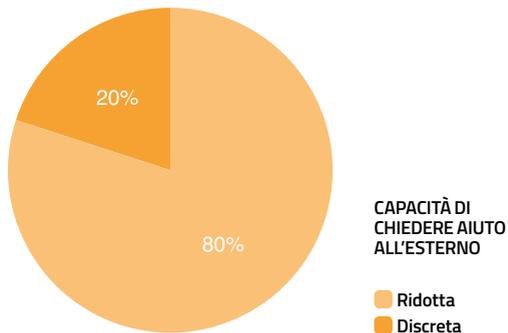


Graf. 3

4. Capacità di chiedere aiuto all'esterno

Quest'ultima scala di codifica focalizza l'attenzione sulla consapevolezza e sul riconoscimento dell'esistenza della disabilità del figlio, sulla conseguente elaborazione e sull'eventuale capacità di formulare una richiesta d'aiuto all'esterno del nucleo familiare.

Il risultato che emerge dal grafico (Fig.4) traduce un dato significativo ed emblematico dell'intero studio, in quanto sottolinea una delle difficoltà maggiori riscontrate dal campione delle interviste, riguardante l'accettazione della disabilità e l'apertura del sistema familiare verso una realtà esterna al nucleo. L'80% delle coppie intervistate ha manifestato una RIDOTTA apertura verso l'esterno, mettendo in campo un atteggiamento che privilegia un più o meno inconsapevole ripiegamento su di sé, sviluppando, in tal modo, una evidente chiusura nei confronti del mondo esterno, non considerando una risorsa la costruzione di una rete sociale supportiva.



Graf. 4

LE 3 TIPOLOGIE DI FAMIGLIA INCONTRATE

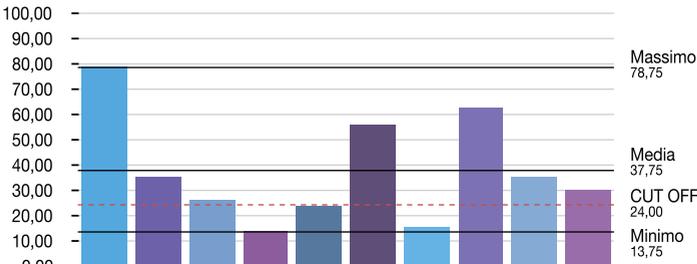
I risultati appena presentati hanno dato la possibilità di racchiudere idealmente le famiglie intervistate in 3 tipologie, sulla base delle risposte più frequenti. Esse si distinguono per: Apertura o Chiusura, Flessibilità o Rigidità, Consapevolezza o Negazione. Ciascuna categoria è stata poi assegnata ad una immagine metaforica di famiglia:

- FAMIGLIE OMBRELLO:** Caratterizzate da rigidità e chiusura nei confronti dell'ambiente esterno e da una minima flessibilità emotiva. Ciò traduce una non piena accettazione della disabilità e alti livelli di protezione interna e di ripiegamento sul nucleo familiare stesso, impedendo, di fatto, una sana crescita e differenziazione-individuazione dei loro membri;
- FAMIGLIE AQUILONE:** oscillano tra chiusura ed apertura verso l'esterno, riconoscendo quest'ultima come risorsa ma senza una reale consapevolezza. Mirano a liberarsi da schemi ristretti e spesso disfunzionali sulla disabilità, cercando di volare in alto ma riscontrano sempre qualche ostacolo che tiene ancorate le famiglie, non permettendo ad esse piena libertà di movimento e reale emancipazione da stigmi paralizzanti;
- FAMIGLIE MONGOLFIERA:** senza ricorrere ad arcaici meccanismi di negazione, tali famiglie sono riuscite a fronteggiare le difficoltà iniziali riscontrate in seguito ad una diagnosi di disabilità del figlio e a superarle insieme grazie alle capacità di tutti i membri di riconoscere e valorizzare le risorse interne e esterne al nucleo, sviluppando così notevole resilienza e significativa apertura funzionale verso l'esterno.



Caregiver Burden Inventory

In base alle risposte fornite al CBI (Caregiver burden inventory), il campione ha ottenuto un punteggio medio totale pari a 37,75, quindi il 70% delle famiglie intervistate ha ottenuto un punteggio superiore al cut-off, confermando quindi una percezione dello stress assistenziale notevole.



Graf. 5

Nello specifico delle diverse dimensioni di carico su cui il CBI va ad investigare, è evidente come la scala relativa al *carico oggettivo* abbia ottenuto i punteggi più alti con una media di 10,9. La dimensione, invece, nella quale i soggetti hanno ottenuto il punteggio medio più basso risulta essere la scala del *carico fisico*. È interessante notare, altresì, che l'unica scala nella quale si è toccato il punteggio massimo è quella che riguarda il *carico emotivo* (Tab. 1).

SCALA	MEDIA	MIN	MAX
CBI TOTALE	37,75	13,75	78,25
CARICO OGGETTIVO	10,9	4	18
CARICO EVOLUTIVO	4,8	0	10
CARICO FISICO	4,6	0	12
CARICO SOCIALE	5,1	0	11
CARICO EMOTIVO	4,8	0	20

Tab. 1

CONCLUSIONI

Le famiglie incontrate hanno messo in luce come in prevalenza la disabilità del figlio venga vissuta con minima flessibilità e una bassa consapevolezza circa gli ostacoli incontrati, attivando meccanismi difensivi arcaici e spesso disfunzionali.

L'apertura verso l'esterno, l'esercizio e lo sviluppo della capacità di richiedere aiuto esterno, attraverso la costruzione di una rete sociale significativa potrebbe, al contrario, rappresentare un'ottima base di partenza per la costruzione di un vissuto pieno, consapevole e libero da quei carichi oggettivi, evolutivi, fisici, sociali ed emotivi cristallizzati ed enfatizzati spesso all'interno di quei nuclei miopi di una visione possibilista centrata più sulle risorse dei propri membri che sui limiti.

Partendo dall'assunto secondo il quale <<le difese dal dolore e dallo stress che vengono attivate dai membri di una famiglia di fronte alla malattia e all'invalidità di un loro congiunto sono più connesse all'organizzazione difensiva di ciascun membro, cioè alla personalità globale di quel soggetto, piuttosto che all'evento traumatico in se stesso>> (A. M. Sorrentino, 2006), la terapia sistemico relazionale potrebbe costituire un valido contenitore per l'elaborazione di eventi traumatici e fungere da riparatore e/o potenziatore delle capacità genitoriali, nonché da detonatore di una resilienza individuale e familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M., (1999). La crisi della coppia, una prospettiva sistemico-relazionale. Raffaello Cortina Editore.
- Assennato S., Quadrelli M., (2012). Manuale della disabilità. Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Belli R. (a cura di), (2000). Libertà inviolabili e persone con disabilità. Franco Angeli, Milano.
- Benedetto, L., Rosano, M., & Zampino, A. (2012). Credenze genitoriali e stress nell'adattamento familiare alla disabilità. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 10, 33-52.



- Caldin, R., & Cinotti, A. (2014). Padri e figli/e disabili: vulnerabilità e resilienze. *Studium Educationis*, (3), 93-102.
- D'Atena, P., Chianura, P., & Coppi, D. (1992). La fase dell'adolescenza in famiglie con figli disabili. *Terapia Familiare*, 38, 43-55.
- Fascendini, M., Marra, S., Salmin, E., & Chiappedi, M. (2013). Stress e qualità della vita di genitori co con figli disabili. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 126(3), 727-734.
- Gardou, C., (2006). Diversità, vulnerabilità e handicap. Erikson, Trento.
- Gelati, M. (2008). Autobiografie di genitori di fronte alla disabilità. *Rivista italiana di educazione familiare*, 1(1), 56-68.
- Malaguti E., (2005). Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi, difficoltà e migliorarsi. Erikson, Trento.
- Malagoli Togliatti, M., & Lubrano Lavadera, A. (2002). Dinamiche relazionali e ciclo di vita familiare. Il Mulino, Bologna.
- Mazzoni, S., & Tafà, M. (Eds.). (2007). L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multi-metodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari (Vol. 8). Franco Angeli, Milano.
- Medeghini R., Valtellina E., (2006). Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione. Franco Angeli, Milano.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Ossola M., (2007). Mio figlio ha le ali. Storie di quotidiana disabilità. Erikson, Trento.
- Pavone M., (2009). Famiglia e progetto di vita: crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta. Erikson, Trento.
- Sorrentino A., (2006). Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap. Cortina Raffaello.



PROGETTO DI PREVENZIONE PRIMARIA

STOP THE GAME NOW

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO



RIASSUNTO

Il legame psicologico che si crea fra gioco patologico e persona compromette enormemente i rapporti sociali e familiari determinando problematiche e conflittualità che si ripercuotono sull'integrità psico-fisica dell'individuo. Il passaggio dal gioco come attività meramente ludica al

gioco d'azzardo patologico (gambling) è subdolo e graduale e presenta caratteristiche molto simili a quelle di qualsiasi altra dipendenza, tanto da essere indicata come "dipendenza senza sostanza". Lo scopo della presente ricerca è stato quello di valutare le differenze psicologiche negli adolescenti (destinatari diretti) e negli adulti (destinatari indiretti) prima e dopo l'attuazione del programma di prevenzione primaria "Stop The Game Now" utilizzando: questionari costruiti ad hoc, lezioni frontali interattive, role playing, peer education,

materiale idiografico, videoproiezioni, circle time e attivazione dello sportello di ascolto psicologico.

Il campione totale analizzato è pari a n° 2000 soggetti, precisamente n° 1900 adolescenti (destinatari diretti) e n° 100 adulti – docenti (destinatari indiretti). Lo studio ha permesso di identificare: l'incremento della consapevolezza e conoscenza delle cause, rischi e conseguenze del gioco d'azzardo; diminuzione dell'illusione di vincita; razionalizzazione degli errori cognitivi.

I soggetti tendenzialmente a rischio si sono «spostati» verso la neutralità; i soggetti consapevoli incrementano del 13,9%; i soggetti a rischio diminuiscono del 12,9%. Alla luce di quanto emerso, gli autori registrano dati significativi che sottolineano l'esigenza di un aumento di programmi in termini di prevenzione primaria contro il gioco d'azzardo patologico, evidenziando una percentuale rilevante di soggetti a rischio con scarsa consapevolezza del fenomeno, un susseguente calo degli stessi ed un incremento dei soggetti consapevoli.

Francesca Lacerenza

Psicologa, responsabile progetto "Stop The Game Now", terapeuta EMDR, specializzanda in Psicoterapia relazionale sistemica, libera professionista

Valentina Monticelli

Psicologa, coresponsabile progetto "Stop The Game Now", specializzanda in Psicoterapia strategica ad approccio breve, libera professionista

PAROLE CHIAVE

Adolescenti, consapevolezza, disturbo da gioco d'azzardo, errori cognitivi, life skills, prevenzione primaria.

INTRODUZIONE

Lo sviluppo del fenomeno del disturbo da gioco d'azzardo (DSM - 5) ha assunto proporzioni importanti di diversa natura, coinvolgendo gran parte della popolazione a livello nazionale, regionale e provinciale ed in particolar modo colpendo i minori, considerate le fasce di età più deboli. Le ricerche evidenziano la precocità dell'insorgenza di tale dipendenza, ponendo l'accento sui molteplici fattori connessi al contesto familiare, di socializzazione e delle caratteristiche individuali e psicologiche, come la ricerca d'identità, l'impulsività e l'assunzione di rischio. È necessario sottolineare la difficoltà ad individuare questa forma di dipendenza, in quanto sommersa sia per l'individualità del comportamento, sia per i segni o i sintomi che non sono evidenti e per la negazione dell'attività/minimizzazione del coinvolgimento, partendo dalla necessità incombente di attuare un intervento mirato di prevenzione primaria sul territorio.

Attualmente, ci sono chiarissime indicazioni che il gioco d'azzardo patologico sia una vera e propria forma di dipendenza, un problema di natura sociale e sanitaria, e non un mero comportamento vizioso. Inoltre, si è accertato, che i meccanismi cerebrali alla base del comportamento di dipendenza siano gli stessi sia per il gioco che per l'alcol e droghe.

La crescita "dell'offerta" delle tipologie e delle modalità del gioco (sale Bingo, sale giochi, slot-machine, giochi on line, e altri), con il conseguente aumento della platea dei giocatori ha portato verso un incremento del problema della dipendenza da gioco d'azzardo patologico, come vera e propria patologia da prevenire e curare.

Con deliberazione di Giunta Comunale della città di Barletta (BT), n. 163 del 26/08/2016, prendendo atto della pubblicazione del "Programma straordinario di intervento per la qualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia" si determinava la partecipazione allo stesso; tra gli interventi inclusi è stato inserito l'intervento denominato "Distilleria

- servizi immateriali - hub servizi sociali" della dott.ssa Lacerenza Francesca con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il 6 dicembre 2017, la proposta "CENTRARE LE PERIFERIE" si è utilmente collocata in graduatoria nazionale per beneficiare dei finanziamenti statali, pertanto l'intervento denominato "STOP THE GAME NOW", proposto dalla Psicologa, risulta finanziato da fondi statali.

Il progetto, così come stabilito, è stato erogato dalla dott.ssa Psicologa Lacerenza Francesca, in qualità di Responsabile del Progetto GAP e dalla dott.ssa Psicologa Monticelli Valentina in qualità di Corresponsabile del Progetto GAP, per un totale di n° 216 ore ripartite a sua volta in: Formazione GAP e Sportello d'Ascolto Psicologico GAP. La scelta del campione verte sulle fasce d'età più deboli, specificatamente gli adolescenti (tra gli 11 e i 18 anni circa), poiché fase del ciclo di vita ove più frequentemente emerge la dipendenza da gioco d'azzardo. Sebbene il gambling sia vietato ai minorenni, molti giovani vi si avvicinano durante questa fase, l'adolescente è maggiormente esposto al rischio di insorgenza di problematiche legate alle dipendenze, un periodo critico per la salute (soprattutto quella psichica) e la personalità è connotata da invulnerabilità, bassa autostima, propensione al risk taking, tendenza a sottovalutare i rischi e sensation seeking (ricerca di sensazioni forti).

Il progetto "STOP THE GAME NOW" si attiene al programma di Prevenzione Primaria: consulenza programmata e continuativa rivolta a tutte le scuole medie inferiori e superiori della città di Barletta (BT) - Regione Puglia. La ricerca si è sviluppata attraverso una coordinata attività di screening, monitoraggio, promozione del benessere psico-fisico ed azioni incentrate sulla "peer education" e "life skills" relativamente alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico (Gambling Disorder).

L'esigenza impellente di un programma di prevenzione primaria nasce dalle sperimentazioni condotte sino ad oggi nell'ambito delle ASL, ove emerge, come dato rilevante, che l'approccio vincente sia proprio in ambito preventivo e psico-educativo.

L'attività progettuale "STOP THE GAME NOW" è stata erogata e suddivisa in n° 48 incontri totali, di cui



n° 24 destinati alla formazione in aula presso l'Auditorium "P. Mennea" del Liceo Scientifico "C. Cafiero", e n° 24 incontri dedicati allo Sportello di Ascolto Psicologico GAP, presso il medesimo istituto scolastico. L'intervento svoltosi dal mese di novembre 2017 al mese di aprile 2018, della durata complessiva di n°6 mesi, ha coinvolto n° 10 scuole medie inferiori e superiori, precisamente:

- Liceo Scientifico statale "C. Cafiero"
- Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato "Archimede"
- Istituto Comprensivo "Musti – Dimiccoli"
- Scuola Secondaria di 1° grado "S. Baldacchini Manzoni"
- Scuola Secondaria di 1° grado "R. Moro"
- Istituto Comprensivo "P. Mennea"
- Istituto Comprensivo "Fermi – Nervi – Cassandro"
- IISS "N. Garrone"
- Istituto Comprensivo "M. D'Azeglio - G. De Nittis"
- Scuola Secondaria di 1° grado "E. Fieramosca"

Il soggetto campione totale è pari a circa n° 2.000 soggetti, n° 1900 in qualità di destinatari diretti, e n° 100 docenti/adulti in qualità di destinatari indiretti del progetto stesso.

L'attività preventiva, erogata attraverso un minuzioso programma, attuata in un'ottica di empowerment ha favorito una maggiore acquisizione del controllo sulle proprie scelte, decisioni ed azioni da parte dei soggetti più fragili; contrasto del rischio di dipendenza da gioco attraverso la realizzazione a livello comunale di indagini, studi e ricerche sui soggetti a rischio nelle scuole medie inferiori e superiori, una corretta cultura del gioco attraverso iniziative informative/comunicative a carattere generale, realizzazione in ambito scolastico di strategie di prevenzione e costruzione di atteggiamenti consapevoli sui reali pericoli del gioco d'azzardo.

METODOLOGIA

Tutte le scuole prescelte sono state informate sul progetto "STOP THE GAME NOW" tramite posta elettronica certificata (PEC), al fine di poter accedere al

programma di prevenzione primaria; alle stesse è stata richiesta la compilazione del consenso informato (*ai sensi dell'art.24 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani*) da parte di entrambi i genitori degli studenti.

Tutte le scuole hanno aderito con entusiasmo all'iniziativa, raccogliendo consensi dal corpo docenti e dalle famiglie indirettamente coinvolte.

La metodologia utilizzata (lezione frontale interattiva, role playing, peer education, materiale idiografico, videoproiezioni, circle time) include la promozione di azioni incentrate sulle life skills e attività psico-educativa attraverso la realizzazione, da parte degli studenti, di elaborati (disegni e slogan) sulla tematica trattata.

Nelle occasioni di incontro con la singola classe, mediante il confronto teorico-pratico, è stato possibile coinvolgere ciascun ragazzo, favorendo: l'informazione e la sensibilizzazione degli adolescenti / adulti sul fenomeno del gioco d'azzardo patologico; analisi e messa in discussione delle credenze e delle distorsioni cognitive che guidano il comportamento di gioco e ne sostengono il mantenimento in senso patologico. Attraverso l'elaborazione cosciente e consapevole di tali bias di ragionamento è infatti possibile mettere in atto strategie di coping volte a ridurre l'impatto dell'atteggiamento superstizioso di tipo cognitivo guidato da pensieri di tipo magico, illusioni di facile vincita e il processo psicologico del "NEAR MISS", attraverso la visione di filmati specifici che spiegano la sensazione illusoria di quasi vincita. In questa parte si è, altresì, rinforzato il rapporto di fiducia e di empatia con ciascun allievo, che ha consentito ad alcuni di loro di accedere liberamente allo sportello d'ascolto psicologico individuale.

Le fasi operative di ogni incontro di formazione sono state:

I Fase: RILEVAZIONE

- Accoglienza e presentazione del tema agli adolescenti (destinatari diretti del progetto) e al personale docente (destinatari indiretti del progetto) in modo fruibile e comprensibile; rilevazione del grado di conoscenza e di coinvolgimento relativamente alla fenomeno trattato attraverso la somministrazione di questionari costruiti ad hoc;

II Fase: INFORMAZIONE ED ELABORAZIONE

- Informazione ed approfondimento per tutti i destinatari del progetto attraverso le seguenti attività: lezioni frontali/formazione GAP per gli studenti; lezioni frontali/formazione GAP; lezioni frontali/formazione sulla Comunicazione efficace e gestione dei casi più complessi per i docenti e il dirigente scolastico; lezioni frontali/formazione sulle emozioni ed accrescimento dell'autostima per gli studenti; sportello di ascolto psicologico GAP per gli studenti, genitori, docenti e dirigente scolastico;

III Fase: POSIZIONE OPERATIVA

- Attività-stimolo (videoproiezioni, attività di gruppo, brainstorming, role-playing, simulate, focus group, dibattiti esperienziali al fine di favorire lo sviluppo e/o il rinforzo delle Life Skills (letteralmente "competenze per la vita"), ovvero tutte le capacità umane acquisite mediante informazione, comunicazione ed esperienze, utilizzate per la gestione di problematiche e situazioni a rischio incontrate nella vita quotidiana, promuovendo il superamento degli ostacoli.
- Lavoro di gruppo, in cui i destinatari hanno elaborato materiali per convincere i coetanei a conoscere i rischi e i gradi di coinvolgimento relativi al fenomeno trattato (questo approccio conduce i ragazzi da una posizione di ascolto passivo ad uno di produzione attiva, con il risultato di permetter loro di interiorizzare concetti e sensazioni legate alla negatività del fenomeno, essi così si trasformano da "discenti" a "docenti", accrescendo così il senso di responsabilità).

IV Fase: VALUTAZIONE

- Conclusione del progetto per valutare l'efficacia del percorso, attraverso la somministrazione di un questionario costruito ad hoc.
- Conclusione del progetto con gli adolescenti, attraverso un momento finale di discussione e di rielaborazione, utilizzando la tecnica del circle-time.

La continuità delle attività svolte con i destinatari diretti, realizzate in più incontri, ha costituito di per sé un importante fattore di forza che ha, sin da subito, favorito l'instaurarsi di un clima di fiducia, stima e cordialità. Allievi, docenti e famiglie, si sono avvalsi dello



sportello di ascolto psicologico (servizio erogato una volta a settimana), motivati dall'interesse di essere resi edotti dai dibattiti emersi e affrontati durante la formazione GAP in aula. Per poter accedere allo stesso, gli interessati hanno presentato il consenso informato, firmato e messo a disposizione dalla segreteria della sede ospitante.

I risultati delle osservazioni effettuate, dei colloqui con le famiglie, nonché dei colloqui individuali con gli studenti, sono stati discussi ed approfonditi, il colloquio con molti di loro ha conferito la possibilità di individuare, unitamente al Preside, i ragazzi con maggiori difficoltà emotive, con più rilevanti problematiche personali, con bassa autostima e comportamenti a rischio. Vissuti depressivi, profonda solitudine da un lato e sopraffazione/discriminazione dall'altro, insorgenza di problematiche legate al gioco (utilizzo precoce, mancato controllo familiare), difficoltà a riconoscere i propri punti di forza e di fragilità, sono stati alcuni dei risultati evidenziati a seguito dell'intervento psicologico.

Per alcuni alunni si è resa necessaria la convocazione della famiglia per un potenziamento e supporto alla genitorialità.

Per la formazione e per lo sportello di ascolto psicologico, sono stati predisposti due registri ufficiali per le presenze degli studenti e dei docenti presenti durante gli incontri di formazione.

I registri utenze sono conservati nell'archivio del Comune di Barletta.

Ciascuna scuola coinvolta, ha usufruito di n° 2 incontri con la partecipazione complessiva di n° 8 classi ripartite, a sua volta, in due giornate differenti, ad eccezione della sede ospitante: Liceo Scientifico "C. Cafiero", che ha beneficiato di n° 6 incontri totali, scelta dettata in proporzione alla quantità numerosa delle classi presenti, valorizzandone tuttavia l'intervento e la raccolta dei dati d'indagine GAP.

Il soggetto campione totale è pari a circa n° 2.000 soggetti, n° 1900 in qualità di destinatari diretti, e n° 100 docenti/adulti in qualità di destinatari indiretti del progetto in essere.

Considerato il numero significativo del campione registrato, è stato possibile raccogliere in totale circa n° 4.000 questionari d'indagine GAP costruiti ad hoc, pre e post formazione.



Fig. 1



Fig. 2

Attività psico-educativa progetto "Stop the Game Now" realizzata dagli studenti coinvolti dopo il programma di prevenzione.

ANALISI DEL CAMPIONE E DATI DI INDAGINE

Il campione totale analizzato è pari a n° 2000 SOGGETTI, precisamente n° 1900 ADOLESCENTI (destinatari diretti) e n° 100 ADULTI – DOCENTI (destinatari indiretti).

Gli studenti sono n° 1140 di sesso maschile e n° 860 di sesso femminile, rispettivamente di età compresa tra gli 11 e i 18 anni, poiché appartenenti alle scuole medie inferiori e superiori. Il campione dei docenti è prevalentemente di sesso femminile (n° 83) e in netta minoranza di sesso maschile (n° 17), tutti rispettivamente di età compresa tra i 35 e 55 anni circa.

Dopo la compilazione del questionario iniziale

d'indagine preliminare, in formato anonimo nel rispetto e la tutela della privacy, è emerso che:

INDAGINE PRE-FORMAZIONE GAP

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
71%	44%	Il giocatore d'azzardo è colui che investe molto denaro e non riesce a fermarsi
9%	15%	Il giocatore d'azzardo è colui che continua a giocare per cercare di recuperare i soldi investiti ormai persi
7%	6%	Il giocatore d'azzardo è colui che attraverso il gioco si diverte ed è fortunato
13%	35%	Il giocatore d'azzardo è colui che potrebbe avere bisogno di aiuto e supporto

Tab. 1 - Indagine aspetto psico-sociale

ADOLESCENTI	INDAGINE GAP
68%	Il giocatore si sente eccitato quando gioca
2%	Il giocatore si sente in colpa quando gioca
19%	Il giocatore si sente arrabbiato quando gioca
1%	Il giocatore si sente felice quando gioca
13%	Il giocatore si sente forte quando gioca
31%	Il giocatore si sente agitato quando gioca

Tab. 2 - Indagine aspetto psico-emozionale

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
47%	5%	Area familiare molto coinvolta
22%	20%	Area familiare abbastanza coinvolta
12%	54%	Area familiare poco coinvolta
19%	21%	Area familiare per nulla coinvolta

Tab. 3 - Indagine aspetto sistemico-familiare (Scala Likert)

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
3%	42%	Si comincia a giocare per provare nuove emozioni
3%	0%	Si comincia a giocare per moda
86%	39%	Si comincia a giocare per guadagnare soldi
7%	13%	Si comincia a giocare per curiosità
1%	6%	Si comincia a giocare per evadere dai problemi quotidiani

Tab. 4 - Indagine aspetto socio-culturale e di influenza

Dall'indagine iniziale, avvenuta prima della formazione in aula, emerge una chiara e mancata consapevolezza oltre che una disinformazione su cosa sia realmente il gioco d'azzardo patologico, con eventuali meccanismi



di difesa nelle risposte date, in particolare modo circa le domande che coinvolgono la sfera familiare e quindi l'implicazione degli stessi nel gioco d'azzardo. In seguito alla formazione in aula si evince che:

INDAGINE POST-FORMAZIONE GAP

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
8%	0%	Il gioco d'azzardo è un passatempo
23%	11%	Il gioco d'azzardo è un vizio
64%	86%	Il gioco d'azzardo è un disturbo che genera dipendenza senza uso di sostanza
5%	3%	Il gioco d'azzardo è un modo efficace per arricchirsi e guadagnare denaro

Tab. 5 - Indagine definizione di "gioco d'azzardo"

SCUOLA MEDIA INFERIORE (studenti tra i 11 e i 13 anni di età)	
ADOLESCENTI	INDAGINE GAP
65%	L'influenza del contesto socio-culturale
10%	La disponibilità di denaro da poter investire
20%	Il gioco presente già in famiglia
5%	Corrette tutte le risposte precedenti

Tab. 6 - Indagine cause gioco d'azzardo

SCUOLA MEDIA SUPERIORE (studenti tra i 14 e i 18 anni di età)	
ADOLESCENTI	INDAGINE GAP
10%	L'influenza del contesto socio-culturale
5%	La disponibilità di denaro da poter investire
25%	Il gioco presente già in famiglia
60%	Corrette tutte le risposte precedenti

Tab. 7 - Indagine cause gioco d'azzardo

DOCENTI	INDAGINE GAP
6%	L'influenza del contesto socio-culturale
3%	La disponibilità di denaro da poter investire
25%	Il gioco presente già in famiglia
66%	Corrette tutte le risposte precedenti

Tab. 8 - Indagine cause gioco d'azzardo: docenti

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
81%	92%	Il gioco d'azzardo genera pensiero ossessivo, irrequietezza, craving e "chasing" (ricorsa delle perdite)
8%	2%	Il gioco d'azzardo genera benessere psico-fisico
9%	5%	Il gioco d'azzardo genera maggiori relazioni significative fra coetanei
2%	1%	Il gioco d'azzardo genera maggiore disponibilità economica

Tab. 9 - Indagine conseguenze GAP

ADOLESCENTI	DOCENTI	INDAGINE GAP
9%	4%	Il gioco d'azzardo fra coetanei è un'opportunità per socializzare
11%	7%	Il gioco d'azzardo fra coetanei è una trasgressione
73%	83%	Il gioco d'azzardo fra i coetanei è un comportamento a rischio che colpisce gli adolescenti
7%	6%	Il gioco d'azzardo non è nulla delle risposte precedenti

Tab. 10 - Indagine del gioco d'azzardo fra i coetanei

Il dato significativo registrato muta notevolmente per i questionari compilati in seguito alla formazione GAP in aula, ovvero si evince un notevole incremento relativo alla consapevolezza e conoscenza di cosa sia il gioco d'azzardo patologico, dei rischi, dei fattori che lo causano e delle gravi conseguenze legate al fenomeno trattato e di quanto sia soprattutto diffuso fra gli adolescenti. Il contributo dei destinatari indiretti (docenti) è stato

altrettanto considerevole, le loro risposte agli item proposti hanno confermato l'inadeguata informazione iniziale sui vari aspetti e sulle gravi conseguenze procurate dal disturbo da gioco d'azzardo patologico (DSM-5), rendendone più efficace l'intervento. Le risposte ricavate dallo scoring dei questionari, che appartengono solo agli item più significativi dell'intero questionario iniziale e finale d'indagine preliminare, derivano dalle esperienze dirette e/o indirette dei soggetti intervistati. Al termine delle giornate formative, gli studenti e i docenti presenti hanno esplicitato feedback positivi, sottolineando l'attuale assenza di piani d'azione simili nel territorio comunale, provinciale e regionale. In conclusione, dalle indagini preliminari e finali GAP, si evince che, nel Comune di Barletta (su un campione totale di n°. 2000 soggetti tra adolescenti e adulti), il tasso dei giocatori a rischio prima della formazione è pari al **18,3%**, dato che diminuisce notevolmente dopo il programma di prevenzione, registrando il **5,4%** di soggetti a rischio.

Il nostro campione, inoltre, mostra il differente andamento della variabile: consapevolezza (corretta informazione, conoscenza dei fattori di rischio, il gioco in famiglia, conseguenze GAP), il tasso dei giocatori consapevoli prima della formazione è pari al **8,9%**, dato che aumenta notevolmente dopo il programma di prevenzione, registrando il **22,8%** di soggetti consapevoli. La restante parte del campione, mostra atteggiamenti nelle risposte in maggioranza neutri.

Il soggetto neutro, all'interno della suddetta indagine preliminare, rappresenta colui che tende a fornire delle risposte intermedie, ovvero che non hanno una connotazione del tutto positiva o del tutto negativa, ma non sono definibili consapevoli.

Il valore pre – formazione appare poco differente dal valore post- formazione, esso è un dato molto significativo, in relazione alla discrepanza tra pre e post formazione GAP nelle percentuali legate al rischio stesso. I soggetti che erano tendenzialmente a rischio dopo la formazione si sono «spostati» verso la neutralità andando così a mantenere una percentuale simile alla precedente, probabilmente motivata da resistenze/meccanismi psicologici di difesa, paura di esporsi, mancata consapevolezza e l'eventuale pregiudizio riguardante la figura professionale dello Psicologo.

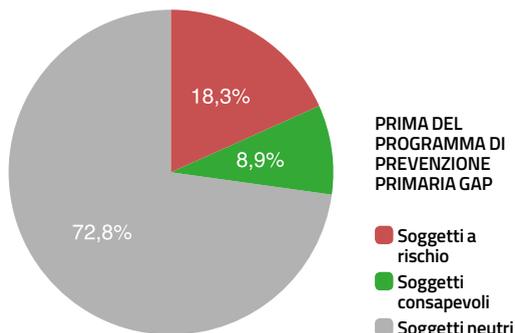


Fig. 1 - Soggetti a rischio e consapevoli prima del Programma di Prevenzione Primaria GAP

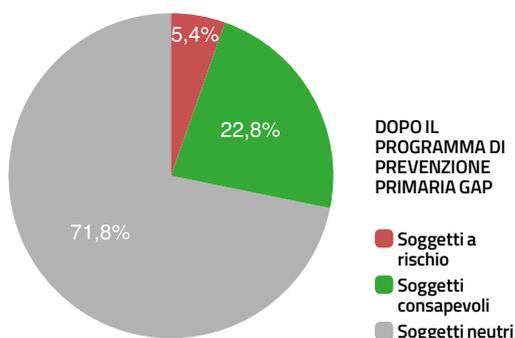


Fig. 2 - Soggetti a rischio e consapevoli dopo il Programma di Prevenzione Primaria GAP

CONCLUSIONI

Dall'indagine PRELIMINARE (prima del programma di prevenzione) emerge:

- mancata consapevolezza,
- disinformazione su cosa sia realmente il gioco d'azzardo e dei rischi correlati;
- esplicito interesse verso il gioco d'azzardo;
- relazione significativa della sfera familiare con il gioco d'azzardo.

Dall'indagine FINALE (dopo il programma di prevenzione) emerge:

- incremento consapevolezza e conoscenza delle cause, rischi e conseguenze del gioco d'azzardo;
- razionalizzazione degli errori cognitivi;
- diminuzione dell'illusione di vincita (near miss);

- i soggetti tendenzialmente a rischio si sono «spostati» verso la neutralità;
- i soggetti consapevoli incrementano del **13,9%**;
- i soggetti a rischio diminuiscono del **12,9%**.

Alla luce di quanto emerso, si registrano dati significativi che sottolineano l'esigenza di un incremento di programmi in termini di prevenzione primaria contro il gioco d'azzardo patologico, evidenziando una percentuale rilevante di soggetti a rischio con scarsa consapevolezza del fenomeno, ed un susseguente calo dei soggetti a rischio ed un incremento dei soggetti consapevoli.

Con il progetto "STOP THE GAME NOW" si ottengono i seguenti risultati:

- Maggiore acquisizione e consapevolezza dei rischi e delle conseguenze connesse alle varie forme di gioco d'azzardo; attraverso modelli e strategie efficaci per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico, con particolare attenzione alla diagnosi precoce (early detection), al gioco d'azzardo online e all'influenza disfunzionale della pubblicità;
- Maggiore conoscenza ed approfondimento del fenomeno del gioco d'azzardo da un punto di vista epidemiologico, con particolare riferimento al gioco d'azzardo problematico e a quello patologico;
- Calo della percentuale dei giocatori a rischio (giocatore problematico).

Il progetto, nonostante il breve periodo di attuazione, necessita di una doverosa e costante azione prolungata nel tempo, tale da sensibilizzare ed informare la cittadinanza tutta sulla tematica del gioco d'azzardo patologico, per ridurre i fattori di rischio, attraverso un primo intervento di prevenzione strategica, al fine di contrastare in modo consapevole e significativo la diffusione di tale dipendenza. I risultati ottenuti da tale ricerca sono stati presentati nel mese di Giugno 2018 dinanzi alle autorità territoriali del Comune di Barletta (BT).

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A. (American Psychiatric Association) (2014). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Alonso-Fernandez F. (1999). La dipendenza del gioco. In A.A.V.V., Le altre droghe, EUR, Roma.

- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J. & Kaufman, F. (2006). Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 195–208.
- Black, Donald W.M.D., Moyer, Trent M.D. & Schlosser, Steven M.A.T. (2003). Quality of life and family history in Patological Gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Volume 191 – Issue 2 – pp. 124-126.
- Caretti, V. (2013). GAP: antisocialità e psicopatia. Nuove prospettive per la diagnosi e l'intervento nelle dipendenze senza sostanze. Congresso Nazionale GAME OVER. Quando l'azzardo non è più un gioco, Firenze, 13 Giugno.
- Capitanucci D. (2004). Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo da gioco d'azzardo patologico. "Hans Dubois" Editore, Svizzera.
- Carlevaro T. (2004). Psicoeducazione per chi ha problemi di gioco eccessivo: Manuale per lo specialista. Hans Dubois Editore, Bellinzona, Svizzera.
- Celafoni C. (2014). Vite in gioco oltre la slot-economia. Città Nuova, Roma.
- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychological approaches. *Philosophical Transaction of the Royal Society*, 365, 319 – 330.
- Del Miglio, C., Couyoumdjian A., Patrizi M. (2005). Dipendenze comportamentali negli adolescenti: viegiochi e gioco d'azzardo, in *psicologia clinica dello sviluppo*, IX, n.2 pp.231 – 247.
- ESPAD Italia 2016 – 2017 studi: gioco d'azzardo tra I 15 - 19enni.
- Giusti E. - Bruni F. (2009). Rischio suicidio. Prevenzione e trattamento integrato nelle relazioni d'aiuto, pp.128.
- Giusti, E., Cittarelli, N. (2016). Ricerche e terapie sul gioco d'azzardo. Roma, Sovera Edizioni.
- Grant J.E., Potenza M.N. (2010). Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento, Trad it M. Clerici Springer, Milano.
- Guerreschi C. (2006). Il gioco d'azzardo e gli adolescenti. Campo Marzo Editore San Lazzaro di Savena.
- Guerreschi C. (2012). Non è un gioco. San Paolo, Milano.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003). Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling. Torino: Centro scientifico editore.
- Lavanco G. (2013). La salute e i suoi problemi emergenti, Pacini Editore, Pisa.
- Marazziti D., & Ravizza L. (2000). Il gioco d'azzardo patologico: ma è davvero un gioco?. Londra: Martin Dunitz.
- Mazzocchi, S. (2005). Mi gioco la vita – Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi.
- McCormick R. A., Russo A.M., Ramirez L. F., & Tabler, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment, *American Journal of Psychiatry*, 140, pp 215-218. In Croce M., Zerbetto R., (a cura di) Il gioco & l'azzardo. Milano: Franco Angeli, 2001.
- Montanaro C., Longo C. (2005). L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Franco Angeli, Milano.
- Pellerano, F., (2015). Azzardopatia: smettere di giocare d'azzardo. Torino, Edizioni Amrita.
- Roy A., Adinoff B., & Roehrich L. (1988). Pathological Gambling: a psychobiological study. *Archives of General psychiatry*, 45, pp. 369 – 373.
- Rosenthal, R. J. (1997). The gambler as a case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of persevity. In *Psychoanalytic Review*, pp. 503 – 616. Cit. in *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Capitanucci D., Marino V., Milano: Franco Angeli, 2002.
- Scabini E. (1991). L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo. Milano, Franco Angeli.
- Serpelloni G., Rimondo C. (2012). Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione, in *Italian Journal on Addiction*, n.3 – 4, pp 7 – 44.
- Shaffer H.J., Kidman R. (2010). Gioco d'azzardo patologico e sistema sanitaria, in *Il Gioco d'azzardo patologico* Grant JE, Potenza MN, Springer.
- Wenzel, M., McMillen, J., Marshall, D., & Ahmed, E. (2004). Validation of the Victorian Gambling Screen. Report to the Gambling Research Panel. Melbourne, Victoria. Australian National University.
- Whelan J. P., Steenbergh T. A., Meyers A. W. (2010). Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico. Giunti, Firenze.

SITOGRAFIA

- www.dsm5.org
- www.vinciamoilgioco.org



CERCO LAVORO DISPERATA- MENTE

LO PSICOLOGO COME R(CE)ORIENTATORE DELLE RISORSE UMANE MARGINALI

RIASSUNTO

In un mondo lavorativo italiano che, soprattutto al Sud, crea identità professionali frammentate e incerte, la Rivoluzione Tecnologica, da un lato aumenta la "liquidità" (Bauman, 2003) lavorativa, dall'altro crea spazi virtuali, in cui fare rete per gestire l'insicurezza. La ricerca indaga, attraverso uno studio pilota, come luoghi online come i siti di Domande e Risposte (*Q&A site*), diventano, per i lavoratori italiani emarginati, degli ambienti di condivisione e tentativi di risoluzione dei dubbi. Partendo dall'ipotesi secondo cui dalle domande è possibile comprendere quali sono i dubbi delle Risorse Umane italiane all'epoca della flessibilità lavorativa, nello studio, sono state, raccolte 36

domande e 81 risposte in italiano postate in uno dei più famosi siti di Q&A, ovvero Quora, confrontate con 35 domande e 86 risposte in inglese. La metodologia utilizzata nello studio è quanti-qualitativa: per quanto riguarda l'analisi quantitativa, sono state effettuate una *Sentiment Analysis* (Pang & Lee, 2008) e un'*Emotional Analysis*; per la parte qualitativa, è stata effettuata un'analisi delle strategie di mitigazione (Caffi, 2007). La prevalenza del sentiment positivo nelle domande in italiano, a cui sono sottese emozioni positive che indicano un senso di speranza, ma anche emozioni di paura, unite ad una elevata presenza di strategie di mitigazione lenitiva rispetto alle domande in inglese, confermano la presenza di

Concetta Papapicco

PhD in Scienze delle
Relazioni Umane Università di Bari
Psicoterapeuta in Formazione
Post-Razionalista

incertezze nei lavoratori italiani che riguardano persino la richiesta di consigli su come trovare lavoro. Lo studio fornisce le basi per la progettazione di nuove prospettive di intervento dello Psicologo delle Risorse Umane per integrare i lavoratori emarginati.

PAROLE CHIAVE

Flessibilità lavorativa, Q&A site, metodologie quantitative-qualitative, Psicologo delle Risorse Umane.

INTRODUZIONE

La trasformazione dei sistemi professionali e produttivi comporta un aumento della disuguaglianza e dell'instabilità delle carriere lavorative che, in molti contesti, si riflette in un aumento di Risorse Umane precarie e poco remunerate, soggette a mancata protezione sociale e di rappresentanza, in un ridimensionamento dei diritti sociali dei lavoratori e delle loro famiglie. Sono soprattutto le fasce più "esposte" dell'offerta di lavoro quelle più a rischio di lavoro instabile, precario, poco tutelato e protetto. Ma nei contesti dove è più difficile garantire forme istituzionali diffuse di protezione e di diritti, i nuovi rischi di insicurezza sociale riguardano una grande fetta di lavoratori, anche molto qualificati, che si confrontano con un sistema occupazionale sempre più frammentato e instabile.

In particolare, l'avvento della globalizzazione ha portato all'apertura del mercato del lavoro e alla ricerca, da parte delle aziende, di una nicchia in cui inserirsi. Questa situazione ha influito sulla flessibilità del lavoro a seguito anche di fenomeni come l'*offshore*, le *joint venture*, l'*outsourcing* e alla richiesta ai lavoratori di competenze trasversali e di adattamento ai nuovi contesti che comportano transazioni verticali o orizzontali delle risorse umane. In questo assetto, emergono in letteratura nuovi costrutti che descrivono l'evoluzione della carriera che passa da tradizionale a '*protean career*' (Hall & Mirvis, 1994) e '*boundaryless career*' (Arthur & Rousseau, 1996). La carriera versatile (*protean career*) è stata definita da Hall e Marvis (1994) come l'insieme

degli obiettivi soggettivi di carriera attraverso comportamenti vocazionali; il costrutto, invece, di carriera senza confini (*boundaryless career*) è stata definita da Arthur (1996) come l'insieme delle dimensioni di carriera soggettive e oggettive su diversi livelli di analisi, che includono posizioni organizzative, mobilità, flessibilità, ambiente di lavoro, le opportunità e, allo stesso tempo, enfatizza il collegamento tra promozioni organizzative e percorsi di carriera.

Le conseguenze di questa "liquidità" (Bauman, 2003) lavorativa coinvolgono diversi momenti della vita professionale di una Risorsa Umana, dall'entrata nel mercato del lavoro all'uscita. L'entrata nel mondo del lavoro è segnata da offerte di lavoro con richieste di requisiti discorsivamente poco chiare, che possono disincentivare la partecipazione ai processi di selezione da parte di candidati qualificati. Anche la vita professionale all'epoca della flessibilità lavorativa è caratterizzata da continui cambiamenti: al lavoratore sono richieste maggiori specializzazioni, una predisposizione alla mobilità, un'attenzione alle *soft skill*, ma soprattutto la capacità di essere responsabili dell'avanzamento di carriera e della formazione. Infine, l'uscita dal mondo del lavoro o da un determinato contesto professionale è più frequente sia tra lavoratori giovani, sia tra lavoratori anziani. La disoccupazione, quindi, cambia volto e mina le stesse fondamenta della società, svela le fragilità delle politiche del lavoro ma, nel contempo, diventa un'occasione propizia per un ripensamento globale della società (Zucchetti, 2005). Oggi, a cadere nel limbo del lavoratore sono anche persone ben corazzate sia dal punto di vista formativo sia dell'esperienza professionale acquisita (Dovis e Saraceno, 2011; Siza, 2009).

In questo panorama, soprattutto in Italia, si registra un incremento di Risorse Umane appartenenti alla generazione "*Job-less*" (Schreft e Singh, 2003), ovvero quella porzione di capitale umano senza un'occupazione, inevitabilmente tagliata fuori dal mercato del lavoro. Si tratta, comunque, di identità professionali capaci di



raccontarsi e generare senso parlando di Sé e della realtà professionale in cui sono immersi o vorrebbero far parte. Tenendo in considerazione che, per capire i meccanismi dell'esclusione dal lavoro non è più sufficiente il solo bilancio delle competenze, la dettagliata ricognizione sulle capacità professionali e trasversali. È necessario interrogarsi sul capitale sociale di cui la persona dispone, il patrimonio di premesse culturali e relazionali che la guidano, le vicende che hanno caratterizzato prima, e orientato il suo modo di essere nel/al mondo (lavorativo). È necessario, per cui, indagare le traiettorie di senso che il mondo professionale assume per ogni singola persona e, per questo, il rapporto con il lavoro va narrato e va ascoltato.

Come esito, diventa, per questo, importante non emarginare i lavoratori, ma occuparli, rilanciando il dialogo sociale: dove per dialogo si intende l'ascolto di lavoratori emarginati per comprendere quali sono i loro bisogni, nell'intento di renderli più competenti e responsabili della propria carriera. Se da un lato la globalizzazione mirava alla creazione di un "villaggio com-unitario", dall'altro ha creato una discrepanza tra Paesi poveri e ricchi con un indebolimento dell'identità nazionale e culturale. Questo ha ripercussioni su particolari target di popolazioni, soprattutto dove si verifica una marginalizzazione del sistema globale. Questa esclusione generazionale è stata definita da Tsakoglou e Papadopoulos (2002) come svantaggio cumulativo cronico, inteso come un accumulo sullo stesso soggetto di una pluralità di rischi sociali. Gli autori studiano, quindi, i processi e i meccanismi di esclusione e li localizzano in differenti sfere sociali. Tali meccanismi sono relazionali, multidimensionali e includono: i processi istituzionali e meccanismi di protezione dei diritti civili, sociali e i processi economici, come la ristrutturazione del mercato del lavoro. Tali dimensioni, inoltre, interagiscono tra loro e negli anni più recenti in termini di "desaffiliation" (Castel, 1995) per designare l'esito finale di un processo di progressiva esclusione dal contesto sociale generale. Si tratta dunque, di un problema di natura

dinamica perché implica che le persone non sono escluse solo a causa della loro situazione attuale, ma anche per la mancanza di prospettive per il futuro.

Il fenomeno del JobLess è stato anche indagato in una prospettiva politica, nella quale si discute su come intervenire in Italia per ridurlo. In questa prospettiva, ci si interroga su come utilizzare programmi di investimento provenienti dall'Unione Europea. Ma la lotta contro la disoccupazione e la povertà non può ridursi ad un semplice intervento economico e politico. È necessario, perciò, modificare la prospettiva sul fenomeno del JobLess in Italia, considerando la generazione senza lavoro come delle risorse che non solo potrebbero produrre o sulle quali investire, ma delle risorse umane, capaci di raccontarsi. Dalle narrazioni e, nello specifico dai discorsi, è possibile ascoltare le "voci" dei lavoratori emarginati, al fine di comprendere in che modo vivono questa mancata entrata nel mondo del lavoro, quali sono i loro reali bisogni professionali e, di conseguenza, quanto si sentono responsabili della carriera. In tal senso, la narrazione diventa uno strumento utile e poco invasivo, per affrontare un tema particolarmente delicato, un mezzo attraverso cui può emergere l'identità professionale dell'enunciatore senza vincoli e preoccupazioni. Ed è proprio raccontandosi che queste Risorse Umane "invisibili" in un Paese che non è per giovani, ma neanche per lavoratori esperti, descrivono se stessi e danno significato all'esperienza professionale in termini di "schiavitù", "povertà", "svalutazione della professionalità" e "discriminazione" (Papapicco & Quatera, 2018). Nell'epoca della flessibilità lavorativa, la disoccupazione cambia volto, assume il volto "umano" del disagio della singola esperienza che si riflette nella costruzione dell'identità e nel senso di appartenenza. La *tab 1* riassume alcune caratteristiche demografiche di categorie di lavoro marginale nel 2016 e di come siano costituite da strati di popolazioni molto differenti tra di loro, ma accomunate da una concentrazione nelle fasce d'età più giovani:

	Part-time "povero"	semi-dipendenti	freelance dipendenti	insiders
GENERE				
Uomo	22,3%	38,8%	64,6%	63%
Donna	77,7%	61,2%	35,4%	37%
ETÀ				
Sotto i 25 anni	16,7%	20,9%	5,4%	3%
Tra i 26 e i 36 anni	23,6%	35,3%	31%	18,7%
Sopra i 37 anni	59,7%	43,8%	63,6%	78,2%
LIVELLO FORMATIVO				
Scuola media	48,4%	16,3%	23,5%	27,2%
Secondaria (2 anni)	7,2%	5,3%	6%	7,7%
Secondaria (4/5 anni)	35,9%	43,4%	29,3%	42%
Laurea o più	8,5%	34,9%	41,1%	23,1%
Lavoratori sovra-qualificati	19,4%	19,8%	13,2%	13,3%
ALTRO				
Ore settimanali (mediana)	15	21	40	40
Lavoratori che pensano di perdere il lavoro nei prossimi sei mesi	26,8%	34,6%	11,4%	3,2%
Lavoratori che pensano sia facile trovare un lavoro come questo	12,4%	17,3%	14,5%	5,8%
Totale sulle Forze di Lavoro	2,55%	1,29%	0,6%	54,8%

Tab. 1 - Elaborazione Istat su Forza lavoro (2016)



In questa eterogeneità demografica dei lavoratori marginali coinvolti, emerge la presenza di giovani e lavoratori anziani italiani. I giovani italiani, infatti, sono definiti spesso 'choosy', letteralmente 'esigenti', ma nel senso negativo 'bamboccioni', poiché alcuni dati statistici mostrano una percentuale in aumento di trenta/quarantenni che non hanno un lavoro e vivono con i genitori, oppure che evitano di cercare lavoro o non si formano, i cosiddetti "Not (engaged) in Education, Employment or Training" (N.E.E.T.). Si registrano interventi finanziari derivanti dall'Unione Europea che, però, non portano ad un vero inserimento nel mondo del lavoro. Si tratta di ambiziosi progetti di intervento che però, non in tutti i casi si traducono nell'effettiva entrata nel mercato del lavoro, poiché è richiesto un livello alto di esperienza che i giovani non possiedono. Dall'altro lato, i lavoratori con alto livello di esperienza, in questo panorama di flessibilità, potrebbero vivere il disagio della riqualificazione, in caso di licenziamento o *downsizing*. Le conseguenze di questi eventi per un lavoratore anziano diventano un vero e proprio dramma, poiché risulta difficile adeguare la modalità di lavoro appresa in un contesto aziendale del quale si è fatto parte ad uno completamente nuovo che, quindi, segue differenti logiche del

mercato del lavoro. Come soluzione per questi lavoratori svantaggiati, lo Stato provvede a fornire sostegni economici, come ammortizzatori sociali.

Tuttavia il lavoro rimane un elemento primario nella definizione della struttura sociale, nonché un'esperienza centrale nelle biografie individuali (Dore, 2005). Il lavoro è l'attività fondamentale dell'uomo con cui aggiunge valore al mondo e a se stesso. Il politico Trentin (1997) parla di un lavoro intriso di capacità polivalenti, capace di arricchire il saper essere di ciascun lavoratore. Uno strumento, quello del lavoro, unito alla conoscenza perché inteso come "merce che deve pensare" (ivi, p.17) che permette cioè alla persona di adattarsi ai mutamenti e agli imprevisti della flessibilità. Qui si collega il problema della mercificazione del lavoro contrapposta ad una immagine del lavoratore come soggetto pensante, attore attivo di quel processo produttivo che conserva storicamente il carattere di esperienza centrale per l'autodeterminazione individuale. Il lavoro, quindi, è fondativo della personalità perché gli consente di sentirsi attore della scena sociale, quindi la mancanza di lavoro depriva la persona di una parte di sé e del proprio capitale sociale (Bourdieu, 1980; Putnam, 2001) poiché la pone in una relazione di disagio con gli altri. Invero, oltre alla



globalizzazione, questa insicurezza occupazionale si è amplificata anche dopo l'esplosione della Rivoluzione Digitale. Se da un lato l'evoluzione digitale ha portato a nuove richieste nel mercato del lavoro, soprattutto in seguito all'introduzione di strumenti sempre più *smart* ma anche in seguito all'emergere di generazioni di nativi digitali (Prensky, 2001) e l'adeguamento alla tecnologizzazione degli immigrati digitali (Riva, 2014); dall'altro la Rivoluzione Digitale ha creato nuovi spazi di confronto e sostegno per i lavoratori naviganti 2.0. Un esempio sono i siti di "Domande e Risposte", spazi virtuali in cui gli utenti intrattengono delle discussioni pubbliche, nelle quali poter formare reti di relazioni online e offline. Questi ambienti virtuali offrono l'opportunità di entrare in contatto velocemente con altri utenti di Internet e superare le barriere spazio-temporali, tipiche di una relazione faccia a faccia; infatti la "connessione" diventa la nuova e privilegiata forma di interazione per l'uomo del Terzo Millennio. Questi ambienti virtuali, in cui sono create delle relazioni, sono caratterizzati da una "natura transattiva", da processi di condivisione e da pratiche di negoziazione. Dagli anni Novanta in poi, infatti, gli Internauti non consumano passivamente le informazioni messe a disposizione dal web, ma si trasformano in "spettatori" e "commentatori" (Pulcini, 2006), cioè utenti che modificano o creano i contenuti esistenti in base ai propri bisogni comunicativi e che non temono di esporre le proprie opinioni su blog o social network riguardo tematiche specifiche. Inoltre, queste tecnologie innovative hanno fornito diverse occasioni di collaborazione e creazione di reti di utenti, generando spazi virtuali in cui ogni utente è artefice di pratiche di significazione.

L'INCERTEZZA LAVORATIVA NEI SITI Q&A: UNO STUDIO PILOTA

Con la Rivoluzione Digitale si assiste ad un incremento di Internet *user* che cercano informazioni o chiedono aiuto in siti di Domande e Risposte (*Q&A site*). La partecipazione in questi spazi virtuali è motivata dall'interesse dei partecipanti nei confronti di un argomento trattato in una relazione di reciprocità e pro-socialità. I topic trattati si presentano come contenuti digitali che possono essere considerati pratiche psico-discorsive, modulate nel formato "domande-risposte". Uno dei

siti di domande e risposte più famosi è Quora. Inc (<https://it.quora.com/>), fondato nel 2009, è uno spazio virtuale che, a differenza degli altri, è basato sulla condivisione: gli utenti, infatti, possono discutere di qualsiasi argomento inserito in macroaree tematiche. Un aspetto fondamentale comune, che rientra nella politica di tutti i siti di Q&A è la moderazione da parte di un amministratore, nominato per ogni discussione, che ha il compito di far rispettare il codice comportamentale online, definito *netiquette* (Mintu-Wimsatt, Kernek, & Lozada, 2010). L'intervento degli amministratori può avvenire su tre fronti:

- voti positivi/negativi: gli amministratori possono dare una valutazione alle risposte sulla base della rilevanza o dell'utilità. In questo modo, si garantisce la qualità del contenuto postato, poiché più una risposta riceve voti positivi, maggiore la sua "*online visibility*" (Morales et al., 2014) nei *feed* degli utenti. Al contrario, se una risposta riceve voti negativi, essa viene omessa e non sarà mostrata nei *feed*;
- segnalazioni: gli amministratori possono segnalare plagi, molestie, spam, conflitti. Questo tiene sotto controllo i contenuti che non rispettano la *netiquette*;
- suggerimenti di modifica: gli amministratori possono offrire suggerimenti per migliorare una risposta, proponendo delle modifiche. Le modifiche proposte sono visibili anche all'autore originale della risposta e possono essere approvati e pubblicati oppure respinti, mantenendo una logica di collaborazione.

Uno degli argomenti più trattati su Quora riguarda l'ambito lavorativo. Nello studio, si è posta l'attenzione sulla sezione di domande e risposte poste da italiani in lingua italiana e domande in inglese poste da utenti non italiani su argomenti concernenti l'ambito lavorativo, partendo dall'ipotesi che i lavoratori italiani sono più incerti rispetto ai lavoratori del mondo e che dalle domande è possibile comprendere quali sono i dubbi delle Risorse Umane italiane all'epoca della flessibilità lavorativa. Sono state, infatti, raccolte 36 domande e 81 risposte in italiano e 35 domande e 86 risposte in inglese. Quora fornisce un collegamento diretto con il profilo dell'utente che ha posto la domanda o ha risposto e questo vantaggio ha consentito di valutare la provenienza e la



professione degli utenti. Inoltre, sono state scelte le domande più recenti con più visualizzazioni e più commenti. Per soddisfare questi obiettivi, è stata utilizzata una metodologia quanti-qualitativa; per quanto riguarda l'analisi quantitativa, è stata effettuata una *Sentiment Analysis* (Pang & Lee, 2008). Questa è una metodologia utile per estrapolare dai testi una polarità (positiva, negativa o neutra) e l'emozione prevalente negli estratti testuali considerati. Sono stati utilizzati due software: *Sentistrength* per la *Sentiment Analysis* e il *Tone Analyzer* del gruppo IBM per l'*Emotional Analysis*. Per la parte qualitativa, è stata effettuata un'analisi delle strategie di mitigazione (Caffi, 2007) per valutare la presenza o assenza di espressioni dell'incertezza e, in caso di presenza, in quale modalità. La ricerca quantitativa che ha permesso l'estrazione del *sentiment* si è concentrata maggiormente sulle domande per capire quali sono i più importanti dubbi dei lavoratori in un contesto di flessibilità del lavoro. L'analisi qualitativa, invece, si è concentrata su domande e risposte. In primo luogo, è stata condotta una analisi del *sentiment* con *Sentistrength*, da cui è stato ottenuto un *sentiment* prevalentemente positivo per le domande italiane, come mostrato in **Fig. 1**:



Fig. 1 - Prevalenza di sentiment positivo nelle domande dei lavoratori italiani

Il grafico mostra la prevalenza e l'intensità di ogni domanda connotata di positività. Le domande con intensità maggiormente positiva sono evidenziate nel grafico.

Es. 1 *Quali sono alcuni segnali che stanno superando alla grande il colloquio di lavoro?*

Es. 2 *Sarebbe opportuno cambiare l'approccio nei colloqui dopo averne fatti tanti senza successo? Mi sono posto sempre in maniera disponibile, sincera ed educata, se invece fossi un po' più sfrontato? Cercano sempre personale superqualificato e professionale, loro non ti fanno sapere nemmeno l'esito del colloquio.*

Al contrario, il *sentiment* delle domande in inglese è risultato prevalentemente negativo, come mostrato in **Fig. 2**:

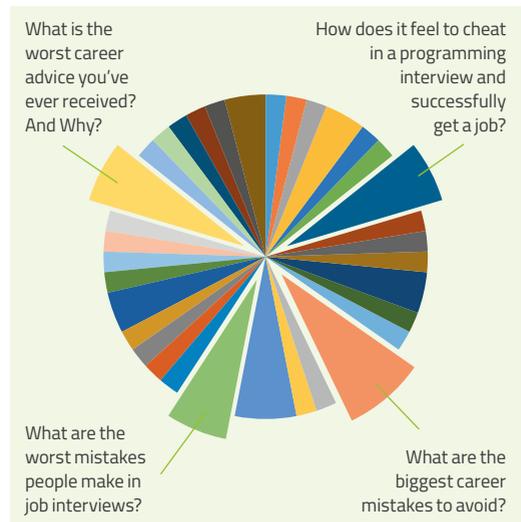


Fig. 2 - Prevalenza di sentiment negativo nelle domande dei lavoratori non italiani

Il grafico mostra la prevalenza e l'intensità di ogni domanda connotata di negatività. Le domande con intensità maggiormente negativa sono evidenziate nel grafico.

Es. 3 *"What are the biggest career mistakes to avoid?"*

Es. 4 *"What is the worst career advice you've ever received? And Why?"*

- Es. 5** "What are the worst mistakes people make in job interviews?"
- Es. 6** "What are the warning signs to exit an insulting job interview?"
- Es. 7** "How does it feel to cheat in a programming interview and successfully get a job?"

La positività delle domande in italiano, rispetto a quelle poste in inglese, denota una diversa significazione e fruizione di questi spazi virtuali, poiché la positività è indicatore di una chiara volontà di chiedere aiuto in questi ambienti online e, di conseguenza, la fiducia nella possibilità di risolvere le proprie incertezze grazie all'alterità. Partendo da questo primo dato, al fine di valutare quali emozioni si nascondono dietro il *sentiment* delle domande, è stata condotta una *Emotional Analysis* con il software Tone Analyzer IBM. Nelle domande italiane, si evidenzia una prevalenza di neutralità e gioia in alcuni quesiti, in cui è probabile trovare un senso di speranza per il lavoratore che cerca consigli. Si evidenzia, però, nell'esempio 8, che una delle emozioni risultate come output è la "paura", come mostrato in **Fig. 3**:

- Es. 8** *I social network sono la nuova frontiera per ottenere un colloquio di lavoro? È davvero diventato inevitabile mischiare la vita privata con il lavoro?* **Sentiment 1**

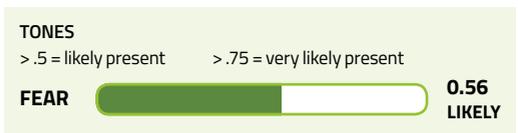


Fig. 3 - risultato dell'Emotional Analysis dell'esempio 8

In questo caso particolare, l'estratto è carico di paura, legata al fatto che i reclutatori possano visualizzare il profilo social del potenziale candidato per mettere alla prova le proprie capacità, quindi si teme una limitazione della libertà del lavoratore nella gestione di una pagina social personale.

Al contrario, l'emotività prevalente sottesa alle domande inglesi, con *sentiment* negativo, è la tristezza, come mostrato nelle seguenti *Figg.*:

- Es. 9** *How can I figure out what I really want to do with my life after college?* **Sentiment -1**

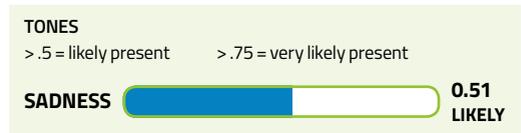


Fig. 4 - risultato dell'Emotional Analysis dell'esempio 9

- Es. 10** *What do I do? I am 31 years old, no career, no home, no partner, and no money in my bank account?* **Sentiment -1**

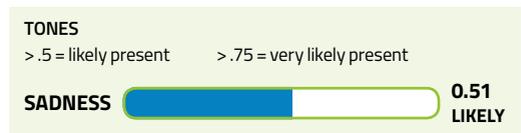


Fig. 5 - risultato dell'Emotional Analysis dell'esempio 10

Dalle domande raccolte in italiano e in inglese, sono state create due *WordCloud*, letteralmente 'nuvole di parole', strumenti utili soprattutto nel marketing per mostrare visivamente e in modo più efficace dei dati di consumo. Invero, maggiormente chiarificatrici, le *WordCloud* consentono di vedere immediatamente quali sono gli argomenti più discussi nelle domande italiane e in quelle inglesi, come mostrato nella *Figg.*:



Fig. 6 - WordCloud topic domande italiane sul lavoro



Fig. 7 - WordCloud topic domande inglesi sul lavoro

Come si può notare dalla *WordCloud*, i dubbi delle Risorse Umane italiane, “consumatori di incertezze”, riguardano la necessità di ottenere consigli utili per trovare un impiego o affrontare situazioni negative come il licenziamento o la disoccupazione, al contrario della *WordCloud* delle domande in inglese, si affrontano temi legati maggiormente alla possibilità di carriera o su come acquisire competenze. Nella nuvola di parole italiana, le parole ricorrenti nelle domande sono “Trovare un lavoro”, “licenziato” e “colloquio”; al contrario della *WordCloud* delle domande inglesi dove emerge, in primo piano, la ricorrenza di “Ricco”. È da tener conto, però, che diverse sono le tipologie di domande. Considerando la tassonomia di Morris, Teevan, & Panovich (2010), si rintracciano tre tipologie di domande con rispettivi esempi in italiano e inglese riassunte nella **Tab. 2:**

RECOMMENDATION	How do I pass a behavioral interview?	Qual è il modo migliore per descriversi in un colloquio?
OPINION	What job should I get if I want to be rich?	Come posso migliorare il mio curriculum se non lavoro da anni?
FACTUAL KNOWLEDGE	As a job seeker, what is something you have done that has helped you get more interviews?	Quali sono i metodi consigliati per cercare lavoro in Italia?

Tab. 2 - tipologie di domande dei lavoratori su Quora, partendo dalla tassonomia di Morris, Teevan & Panovich, 2010

Come mostrato nella *Tab. 2*, è possibile trovare domande di raccomandazione, domande di opinione e domande sulla conoscenza fattuale sia per l’italiano che per l’inglese. I più comuni tipi di domande sono quelle di raccomandazione e quelle di opinione; entrambe richiedono informazioni soggettive, ma una domanda di opinione richiede una valutazione di un elemento specifico, mentre una domanda di raccomandazione è una richiesta di suggerimenti aperta. Le domande sulla conoscenza fattuale, d’altra parte, hanno risposte oggettive. A tal proposito, un indizio in più deriva dalle risposte e i commenti alle risposte: le risposte italiane hanno uno stile più analitico e sono fornite da esperti aziendali, inclusi reclutatori o responsabili delle risorse umane. Al contrario, le risposte alle domande inglesi sono legate a espressioni come “secondo...” o “per me”, basate sull’esperienza personale, quindi più vaghe. Il fatto che i moderatori degli spazi di Q&A italiani valutino come attendibili le risposte fornite da esperti del settore, giustificerebbe la necessità di chiarire la situazione di incertezza sul lavoro.

A supporto delle analisi quantitative, sono state condotte analisi qualitative che hanno evidenziato la presenza di una serie di strategie di mitigazione in numero maggiore nelle domande italiane. La mitigazione è utile nelle comunicazioni di cortesia, ma può mostrare un senso di incertezza degli enunciatori, riducendo le responsabilità degli interlocutori, ma facilitando il raggiungimento di diversi obiettivi di comunicazione. È quindi funzionale per uno sviluppo interazionale “prudente”, al fine di evitare rischi di rifiuto, censura o di conflitto, tipico del mancato rispetto della *netiquette* dei siti di domande e risposte. Gli utenti, con queste strategie, mirano anche ad ottenere sia il distacco cognitivo che quello emotivo dall’atto linguistico completo. Un particolare tipo di mitigazione frequente, rilevato dall’analisi qualitativa nelle domande italiane è la “mitigazione lenitiva” (Caffi, 2007). Si tratta di mitigazioni che funzionano per

ridurre l'intensità degli atti linguistici, diminuendo la potenziale minaccia per se stessi e evitando il rifiuto. Questo tipo di strategia di mitigazione si verifica con l'uso di un periodo ipotetico, perché gli utenti tendono a immaginare una possibile situazione in cui costruiscono una premessa prima di porre la domanda vera e propria, come nel seguente esempio:

Es. 11 *"Se sapessi di venire licenziato in due settimane, cosa faresti?"*

Un altro mezzo è l'uso del condizionale, come mostrato nell'esempio:

Es. 12 *"Sarebbe opportuno cambiare l'argomento nei colloqui dopo averne fatti tanti senza successo?"*

Un'altra strategia è l'uso di atti indiretti come le domande preliminari, utilizzate per esprimere un concetto in modo velato, come nell'esempio:

Es. 13 *"Quali sono le aziende e / o mansioni lavorative che si possono svolgere da casa in modo autonomo? Che cosa mi consigliate?"*

In particolare, vi è un uso frequente di verbi modali, come "avere" e "potere", che attivano le funzioni di presupposizione; questi verbi, infatti, esprimono incertezza e, se usati in modo condizionale, indicano la debolezza degli indizi contestuali, come nei seguenti esempi:

Es. 14 *"Nel caso in cui **dovessi** rispondere a un annuncio per un lavoro in Italia ma scritto in inglese, sarebbe meglio inviare CV e lettera di presentazione in italiano o in inglese?"*

Es. 15 *"Come **posso** fare affinché sia il mio primo impiego a "trovare" me e non viceversa?"*

L'uso di strategie di mitigazione giustificerebbe il sentiment positivo nelle domande italiane, poiché è utilizzata una retorica attenuata, cortese. Quindi, nella flessibilità del lavoro, i siti di domande e

risposte diventano un'opportunità per gestire le insicurezze chiedendo aiuto a persone più esperte o che semplicemente si trovano nella stessa situazione di incertezza.

PROGETTAZIONE DI INTERVENTO DELLO PSICOLOGO DELLE RISORSE UMANE

La creazione di nuovi spazi di significazione e gestione delle insicurezze professionali, permette di pensare ad innovative modalità di intervento dello Psicologo delle Risorse Umane. L'idea del progetto nasce dall'analisi dell'attuale situazione lavorativa che vede una generale difficoltà nella ricerca di un'occupazione di particolari parti di popolazione, comprendente i giovani che devono immergersi nel mondo del lavoro, i lavoratori anziani che devono riqualificarsi, i *Not in Employment, Education or Training* (N.E.E.T), le persone appartenenti a categorie protette. La disoccupazione non dipende solo dalla situazione di crisi economica che l'Italia e, in particolare il Sud, sta vivendo, bensì da uno spostamento della responsabilità di carriera dal datore di lavoro verso il singolo. È, quindi, necessità nella società attuale dare voce ai lavoratori in situazioni difficili nell'ottica di ascoltarli per capirli, al fine di far prendere coscienza del fatto che le decisioni di carriera, in una situazione di flessibilità lavorativa, sono unicamente responsabilità del lavoratore. L'idea progettuale nasce dalla rilevazione problematica secondo cui, la mancata aderenza alle nuove logiche del mercato di lavoro che prevede flessibilità, formazione continua e investimento sulle competenze trasversali è una delle cause della disoccupazione e marginalizzazione, con aumento del tasso di disincentivazione nella ricerca di lavoro.

La soluzione proposta nell'idea progettuale è la creazione di un sostegno reticolare delle risorse umane emarginate da parte di qualificati Psicologi delle Risorse Umane, che ascolteranno le "voci" dei lavoratori in difficoltà, sostenendoli e accompagnandoli nel percorso di ricerca del lavoro, riqualificazione, formazione e certificazione di competenze trasversali, sostegno burocratico e orientamento.



In particolar modo, l'idea progettuale prevede che **Contr.u.atto**, il cui logo è rappresentato in **Fig. 8**, abbia la struttura di una piattaforma rivolta a lavoratori in difficoltà dell'Area Pugliese.

Fig. 8 - Logo dell'idea progettuale di intervento psicologico

La piattaforma è progettata in diverse sezioni che costituiscono le difficoltà maggiori dell'attuale mondo del lavoro, come emerso dallo studio pilota. Alla piattaforma sarà possibile iscriversi gratuitamente, creando un proprio curriculum virtuale dove verranno messe in evidenza, oltre alla formazione e alle esperienze lavorative, anche le competenze trasversali e le ancore di carriera, elementi utili per essere competitivi per le aziende. La creazione completa del profilo avverrà dopo il primo colloquio con l'hr di riferimento, il quale, a conclusione del percorso, valuterà il profilo dell'utente con un sistema di *feedback*, in modo che possa ottenere visibilità per le aziende.

Dopo il contatto dell'utente con uno psicologo delle risorse umane, potranno essere individuate le necessità e difficoltà, indirizzando il lavoratore verso la corretta sezione. Tra le altre sezioni e quindi servizi ci saranno:

- **JOB ADS**, aiuto nell'analisi degli annunci di lavoro: la comunicazione ambigua negli annunci di lavoro potrebbe disincentivare la partecipazione di candidati qualificati nei processi di selezione. L'esperto di risorse umane sarà in grado di supportare l'utente nella lettura, comprensione e analisi delle reali richieste dell'azienda che recluta;
- **Q&A**: non una semplice sezione di domande ricorrenti (FAQ), bensì un momento di condivisione di esperienze, di collaborazione che vedranno l'intervento di esperti come moderatori e risolutori di dubbi;

- **SOSTEGNO CV**: la scrittura del proprio curriculum vitae non è un momento scontato per la vita professionale, in quanto il curriculum costituisce il "biglietto da visita" per entrare nel mondo del lavoro. Esperti hr aiuteranno l'utente nella scrittura del proprio curriculum conoscendo le necessità del mercato del lavoro e rendendo competitivo il futuro candidato;
- **FORMAZIONE**: la formazione avrà un'attenzione sulle competenze trasversali con sistemi di certificazione (ad esempio: leadership, lavoro in team, diversity management, gestione delle emozioni...);
- **BILANCIO COMPETENZE**: sezione dedicata all'orientamento dei lavoratori che devono riqualificarsi o devono prendere decisioni sul proprio percorso di carriera. L'esperto Hr, con accurati e scientifici strumenti, sarà in grado di sostenere e orientare la risorsa in base alle sue competenze;
- **SIMULAZIONE SELEZIONI**: sezione dedicata a *role playing*, in cui verranno simulati colloqui e processi di selezione, sostenendo il futuro candidato evidenziando necessità, punti di forza e di debolezza nella gestione di un colloquio;
- **CATEGORIE PROTETTE**: sezione dedicata a lavoratori in particolari condizioni che saranno sostenuti da esperti in *diversity management*;
- **SERIOUS GAME**: in questa sezione, in modo ludico, gli utenti potranno sperimentare e certificare competenze trasversali e ancore di carriera che potranno essere inserite per completare il profilo virtuale, che se riceverà feedback positivo, potrà costituire il trampolino di lancio per il contatto con le aziende.

La piattaforma ha come *mission* l'intento di creare un ambiente protetto per i lavoratori in difficoltà in un periodo storico lavorativo abbastanza complesso, con l'obiettivo di rendere il lavoratore capace di gestire la propria carriera e di adattarsi all'attuale flessibilità lavorativa. Perseguendo le sfide della digitalizzazione e dell'umanizzazione del lavoro, si mirerà pian piano a creare un'agenzia del lavoro online che andrà a costituire una

mediazione tra lavoratori e aziende, con la futura possibilità di estendere il servizio a diverse zone dell'Italia.

In conclusione, l'obiettivo generale del progetto, come traspare dal nome stesso della piattaforma, che indica la possibilità dell'essere in "contatto" per le risorse, è quello di promuovere un'ottica di empatia e umanizzazione del rapporto con il mondo del lavoro, ma soprattutto con l'introduzione di un'esperienza di supporto "con-tatto" da parte dello Psicologo delle Risorse Umane.

CONCLUSIONE

La flessibilità lavorativa in Italia, soprattutto al Sud, ha creato nuove marginalità: Risorse Umane che sviluppano identità professionali frammentate nella precarietà. In questo panorama, i lavoratori emarginati italiani e non italiani creano nuovi spazi di significazione, dove poter "ricomporre" le proprie identità incerte, affidando i dubbi riferiti all'ambito lavorativo ad un'alterità. Questi nuovi spazi sono ambienti virtuali, in cui poter porre domande e incontrare altri in grado di risolvere le incertezze. Nello studio pilota proposto, si analizzano le modalità di interazione, nel formato della Domanda e Risposta, raccolte su Quora, sia in lingua italiana sia in lingue inglesi. Partendo dall'ipotesi che i lavoratori italiani sono più incerti di quelli non italiani, lo studio dimostra, attraverso metodologie quanti-qualitative, che il mondo online, da un lato aumenta la flessibilità, dall'altro il sostegno virtuale altrui aumenta la speranza e la fiducia dei lavoratori italiani emarginati. In base ai risultati ottenuti dallo studio pilota, il contributo ha fornito un nuovo volto dello Psicologo delle Risorse Umane, come r(e)orientatore delle nuove marginalità, combattendo la disoccupazione con l'umanizzazione del rapporto tra Risorsa Umana e mondo del lavoro, potendo, così, restituire un progetto professionale futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Arendt, H. 1958. *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Arthur, M. B., & Rousseau, D. M. (Eds.). (1996). *The boundaryless career: A new employment principle for a new organizational era*. New York: Oxford University Press.
- Barel, Y. 1990. "Le Grand Intégrateur", dans *Connexions*, n. 56. In *Nouveau Manuel, Sciences économiques et sociales*. Paris: La Découverte.
- Bauman, Z. (2003). *Intimations of postmodernity*. routledge.
- Bauman, Z. (2003). *Una nuova condizione umana* (Vol. 13). Vita e pensiero.
- Bauman, Z. (2001). *Voglia di comunità*. Roma-Bari: Laterza.
- Bauman, Z. (2002). *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza.
- Bauman, Z. (2007). *Vite di scarto*. Roma-Bari: Laterza.
- Beck, U. 2000. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci.
- Becker, G. 1964. *Human Capital*. New York: Columbia University Press.
- Bertaux, D. 1998. *Les récits de vie*. Paris: Nathan.
- Bertolini, S., Torrioni, P.M. 2015. *La flessibilità come opportunità e vincolo. Un approccio multidisciplinare*. Torino: CELID.
- Bimbi, F. 2005. *Madri sole. Sfide politiche e genitorialità alla prova*. Roma: Edizioni Lavoro.
- Bourdieu, P. 1980. *Le capital social - Notes provisoire*. In «*Actes de la recherche en sciences sociales*».
- Branca, G., Piga, M.L. 2015. *I nodi della programmazione condivisa*. Milano: FrancoAngeli.
- Bresciani P.G., a cura di (2012). *Capire la competenza. Teorie, metodi, esperienze dall'analisi alla certificazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Briscoe, J. P., Hall, D. T., & DeMuth, R. L. F. (2006). *Protean and boundaryless careers: An empirical exploration*. *Journal of Vocational Behavior*, 69(1), 30-47.
- Briscoe, J. P., Hall, D. T., & DeMuth, R. L. F. (2006). *Protean and boundaryless careers: An empirical exploration*. *Journal of Vocational Behavior*, 69(1), 30-47.
- Bruner J. S. (1991), *La costruzione narrativa della*



- realtà, in M. Ammaniti, D. N. Stern (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari
- Bruni, L. 2004. *L'economia, la felicità e gli altri. Un'indagine su beni e benessere*. Roma: Città Nuova.
 - Caballer, V., La Rosa, M. 1995. *Innovazione e formazione nel settore sociosanitario*. Milano: Franco Angeli.
 - Caffi, Claudia (2007), *Mitigation*, Amsterdam - London, Elsevier.
 - Calefato, F., Lanubile, F., Raffaella, M., & Merolla, N. N. (2015). Success Factors for Effective Knowledge Sharing in Community-based Question-Answering. *Proc. of the International Forum on Knowledge Asset Dynamics (IFKAD 2015)*, 1431-1441.
 - Carr, S. C., Inkson, K., & Thorn, K. (2005). From global careers to talent flow: Reinterpreting 'brain drain'. *Journal of World Business*, 40(4), 386-398.
 - Castel R., (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris: Fayard.
 - Cesareo, V. 1996. *La società flessibile*. Milano: FrancoAngeli.
 - Chuang, S. W., & Chen, C. H. (2013). Critical Discourse Analysis of Images in Print Job Ads.
 - Collins, R. 1979. *The Credential Society: an Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press.
 - Docquier, F., and H. Rapoport. (2012) "Quantifying the Impact of Highly Skilled Emigration on Developing Countries," in *Brain Drain and Brain Gain—The Global Competition to Attract High-Skilled Migrants*, edited by T. Boeri, H. Brücker, F. Docquier, and H. Rapoport. Oxford: Oxford University Press.
 - Donati, P. 2001. *Il lavoro che emerge. Prospettive del lavoro come relazione sociale in una economia dopo-moderna*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Dore, R. 2005. *Il lavoro nel mondo che cambia*. Bologna: il Mulino.
 - Dovi, P., Saraceno, C. 2011. *I nuovi poveri. Politiche per le disuguaglianze*. Torino: Codice Edizioni.
 - Gallino, L. 2001. *Il costo umano della flessibilità*. Roma-Bari: Laterza.
 - Gallino, L. 2007. *Il lavoro non è una merce. Contro la flessibilità*. Roma-Bari: Laterza.
 - Gallino, L. 2014. *Vite rinviate. Lo scandalo del lavoro precario*. Roma-Bari: Laterza.
 - Goffman, E. 1961. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc.
 - Grubel, H.G. 1994 "Brain Drain, Economics of, in Husent and Postlethwaite" (eds.), *The International Encyclopedia of Education*, Vol. I, Oxford, pp. 554-561.
 - Hall, D. T. (2002). *Protean careers in and out of organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
 - Harper, F. M., Raban, D., Rafaeli, S., & Konstan, J. A. (2008, April). Predictors of answer quality in online Q&A sites. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 865-874). ACM.
 - Méda, D. 1997. *Società senza lavoro. Per una nuova filosofia dell'occupazione*. Milano: Feltrinelli.
 - Mininni, G. & Manuti, A. (2017). A rose is more than a rose...the diatextual constitution of subjects and objects. *De Gruyter Mouton*, 37 (2): 243-263.
 - Mininni, G. (2010). The method of dialogue: transaction through interaction. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 44(1), 23-29.
 - Mintu-Wimsatt, A., Kernek, C., & Lozada, H. R. (2010). Netiquette: Make it part of your syllabus. *MERLOT Journal of Online Learning and Teaching*, 6(1), 264-267.
 - Morales, A., Borondo, J., Losada, J. and Benito, R. (2014). Efficiency of Human Activity on Information Spreading on Twitter. *Social Networks* 39:1-11.
 - Moro, R. 2005. *La valutazione delle politiche pubbliche*. Roma: Carocci.
 - Morris, M. R., Teevan, J., & Panovich, K. (2010, April). What do people ask their social networks, and why?: a survey study of status message q&a behavior. In *Proceedings of the SIGCHI conference on Human factors in computing systems*(pp. 1739-

1748). ACM.

- Pang, B., & Lee, L. (2008). Opinion mining and sentiment analysis. *Foundations and trends in information retrieval*, 2(1-2), 1-135.
- Papapicco, C. and Quatera, I. (2018) Anonymous Unemployed 2.0: The Needs of Forgotten Italian Workers. *Open Access Library Journal*, 5: e4978. <https://doi.org/10.4236/oalib.1104978>
- Paul, S. A., Hong, L., & Chi, E. H. (2012). Who is authoritative? understanding reputation mechanisms in quora. *arXiv preprint arXiv:1204.3724*.
- Polanyi, K. 1944. *The Great Transformation*. Boston: Beacon Press.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 1. *On the horizon*, 9(5), 1-6.
- Pulcini, E. (2006). *Click TV. Come Internet e il digitale cambieranno la televisione*, Milano, Angeli.
- Putnam, R. 2001. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York:

Simon & Schuster.

- Riva, G. (2014). *Nativi digitali: crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*. Il Mulino.
- Schreft, S. L., Singh A., 2003, "A closer look at Jobless Recoveries. *Economic Review*, Federal Reserve Bank of Kansas City.
- Siza, R. 2009. *Povert  provvisorie*. Milano: FrancoAngeli.
- Trentin, B. 1997. *La citt  del lavoro: sinistra e crisi del fordismo*. Milano: Feltrinelli.
- Tsakoglou P., Papadopoulos F., "Aggregate level and determining factors of social exclusion in twelve European countries", in: *Journal of European Social Policy*, 12(3).
- Zucchetti, E. 2005. *La disoccupazione: letture, percorsi, politiche*. Milano: Vita e Pensiero.

SITOGRAFIA

- <https://it.quora.com/>





LA DEMENZA FTD CASE REPORT

RIABILITAZIONE
MULTIDISCIPLINARE
NEUROPSICOLOGICA
E COMPORTAMENTALE

Mariella Errico
Psicologa - Psicoterapeuta

RIASSUNTO

L'argomento del presente lavoro è stato lo studio delle modificazioni cognitive e comportamentali in un paziente affetto da demenza fronto-temporale con variante comportamentale in seguito a trattamento non farmacologico. L'obiettivo è stato quello di identificare un trattamento utile al rallentamento della patologia osservando

modificazioni cognitive, emotive e funzionali.

Nella prima parte del lavoro sono state espresse brevemente le basi relativamente agli studi recenti della degenerazione lobare frontotemporale con variante comportamentale.

Nella parte sperimentale, invece, si è valutato il livello di compromissione relativamente alle funzioni cognitive e comportamentali e soprattutto

l'efficacia dell'approccio riabilitativo integrato.

Il trattamento si è caratterizzato per l'utilizzo della **Working memory training** e contestualmente è stato creato ad hoc un training cognitivo di tipo supportivo che ha comportato la stimolazione della memoria, dell'attenzione, delle funzioni esecutive, dell'orientamento, del linguaggio, della pianificazione, del controllo e inibizione delle risposte impulsive, del ragionamento logico, del problem solving e dell'abilità prassica.

Significativo è stato il lavoro rivolto anche alla rete supportiva del paziente in questione, il caregiver, con l'obiettivo di trasmettere la conoscenza di alcuni aspetti relativi alla patologia di cui è affetto il paziente stesso, accogliere le preoccupazioni e contenere le emozioni del caregiver, fornire informazioni e metodi utili nella gestione del paziente, fornire sostegno e sollievo alle attività di cura e favorire e migliorare lo sviluppo di un rapporto più sereno fra familiare e paziente.

Successivamente è stata valutata l'efficacia del ciclo di training cognitivo svolto nell'arco di sei mesi, sulla performance cognitiva e funzionale. I risultati, infatti, hanno mostrato come il ciclo intensivo di CT (training cognitivo) in associazione alla terapia farmacologica, ha permesso di migliorare la prestazione ai test che coinvolgono principalmente le funzioni esecutive di controllo e di mantenere preservate le funzioni strumentali e quotidiane.

Questo studio, pertanto, ha permesso di verificare l'efficacia della WM training e del training supportivo in un paziente con demenza frontotemporale di grado medio, evidenziando il miglioramento del quadro cognitivo e funzionale globale.

LA RIABILITAZIONE DELL'ESECUTIVO CENTRALE NEL TRAUMA CRANICO LIEVE (SERINO, 2006)

Nel 2006 Serino e collaboratori, evidenziano come pazienti con TCE lieve presentavano, ancora nella fase cronica del trauma, un complesso schema di deficit cognitivi, che coinvolgevano la WM, l'attenzione divisa, le funzioni esecutive, e deficit di memoria a lungo termine, che dipendevano da una compromissione del sistema esecutivo centrale. Secondo Baddeley (1986, 2003), il CE gestisce diverse funzioni cognitive. In effetti, questo

sistema sembra avere un ruolo nella ripartizione delle risorse tra le attività simultanee dell'attenzione, nel coordinamento delle funzioni cognitive durante la risoluzione dei problemi e nella lavorazione e l'organizzazione delle informazioni in entrata da immagazzinare nella memoria a lungo termine. Coerentemente con questo modello teorico, utilizzando analisi di regressione, gli autori hanno riscontrato come i pazienti cadessero ai test che coinvolgevano il funzionamento del CE come i compiti di attenzione divisa, funzioni esecutive e della memoria a lungo termine.

Sulla base di questi risultati, hanno ipotizzato che un trattamento riabilitativo che agisce sul CE può essere efficace nel migliorare contemporaneamente tutte le funzioni cognitive dipendenti da esso, cioè, WM, attenzione divisa, memoria a lungo termine e funzioni esecutive, lasciando inalterate quelle funzioni non coinvolte in questo sistema, come l'attenzione sostenuta e la velocità di elaborazione (Serino 2006).

Nove pazienti con trauma cranico lieve con deficit di WM hanno eseguito il working memory training (WMT). Il trattamento consisteva in tre compiti di memoria di lavoro, cioè il PASAT (Gronwall 1981) e due versioni alternative di questo compito (Ciaramelli 2006). Il WMT è stato preceduto da un allenamento di stimolazione generale (GST), durante il quale i pazienti hanno eseguito semplici compiti di decisione, che richiedevano esigenze esecutive basse e progressivamente familiarizzato con l'ambiente di test.

L'efficacia del training è stata valutata sia in relazione alle prestazioni ai test neuropsicologici che nel contesto della vita quotidiana attraverso due questionari di autovalutazione circa il funzionamento nella vita quotidiana:

- Rivermead Head injury Follow-up Questionnaire (RHFUQ);
- Patient Competency Rating Scale (PCRS).

Il training proposto prevedeva 4 sessioni a settimana per circa 4 settimane con ripetute somministrazioni di diversi esercizi, quali:

- PASAT (vengono presentati dei numeri oralmente ad un ritmo di circa 1-2 secondi; il soggetto deve sommare coppie di numeri, sommando ogni



numero al precedente. In questo modo, il primo numero verrà sommato con il secondo, il secondo con il terzo, il terzo con il quarto e così via. Ad esempio: se i primi due numeri sono 5 e 6 il paziente dovrà rispondere 11, se il terzo numero è 3 il paziente dovrà rispondere 9 e così via);

- **COMPITO DEI MESI** (è prevista una presentazione uditiva di una sequenza di mesi nel quale il paziente deve paragonare l'ultimo e il penultimo mese ascoltati e dire ad alta voce quello che viene prima nell'ordine dei mesi dell'anno, ad esempio: se i primi due mesi presentati sono gennaio e giugno i pazienti dovranno dire gennaio e se il terzo mese presentato è agosto dovranno dire giugno);
- **COMPITO DELLE PAROLE** (è prevista una presentazione uditiva di una sequenza di parole per cui il paziente deve estrarre la terza lettera dalla penultima parola udita e produrre una parola che comincia con quella lettera, ad esempio: se le prime due parole presentate sono spaghetti-pomodoro i pazienti possono dire aglio in riferimento a "sp-A-ghetti" e se la terza parola è sole potrebbero dire per esempio mare in riferimento a "po-M-odoro").

Nella presentazione degli stimoli l'intervallo tra gli stimoli (da 4000 ms a 1800ms) veniva ridotto quando il paziente raggiungeva un livello di performance (numero di risposte corrette) compreso tra 1 e -1 deviazioni standard da quella dei controlli normali (criterio normale).

In primo luogo è stato riscontrato un miglioramento significativo della working memory dopo il training che successivamente ha esteso il suo effetto generalizzandolo anche ad altre funzioni cognitive dipendenti dal sistema esecutivo centrale. In particolare è stato evidenziato un miglioramento delle performance per compiti di attenzione divisa suggerendo una maggiore capacità di distribuire il carico attentivo tra le attività simultanee. I pazienti hanno mostrato un miglioramento anche in prove di fluency verbale ed in un test di pianificazione (Torre di Londra).

LA RIABILITAZIONE DELLA WORKING MEMORY

A differenza di Serino, l'attività di addestramento della memoria di lavoro, nello specifico, è stata condotta attraverso il Working Memory training (WMT)

comprendente i seguenti livelli:

- Livello 0. Familiarizzazione-compito mesi
- Livello 1. Working memory training-compito mesi
- Livello 2. Working memory training-compito parole trissillabiche
- Livello 3. Working memory training-compito parole quadrisillabiche

CONSEGNA

Livello 0. Familiarizzazione – compito mesi

Nel compito "mesi" è chiesto di confrontare ogni volta l'ultimo mese ascoltato con il penultimo ed in seguito di dire ad alta voce quale dei due decorre prima nell'arco dell'anno.

Il paziente sente pronunciare il nome di alcuni mesi uno alla volta. Il suo compito è quello di tenere a mente l'ultimo mese che sente in quanto lo dovrà confrontare con il successivo che sentirà e dovrà dirmi quale dei due decorre prima nell'arco dell'anno. Dopo sentirà un altro mese e questa volta dovrà confrontare quest'ultimo con il penultimo che ha sentito.

Punteggio: Si passa alla lista successiva solo dopo aver risposto in modo esatto all'80% delle risposte. Sono concessi 6 errori.

CONSEGNA

Livello 1. Working memory training-compito mesi (4000 - 3000 - 2600 - 2200 - 1800)

Nel compito "mesi" è chiesto di confrontare ogni volta l'ultimo mese ascoltato con il penultimo ed in seguito di dire ad alta voce quale dei due decorre prima nell'arco dell'anno.

Il paziente sente pronunciare il nome di alcuni mesi uno alla volta. Il suo compito è quello di tenere a mente l'ultimo mese che sente in quanto lo dovrà confrontare con il successivo che sentirà e dovrà dirmi quale dei due decorre prima nell'arco dell'anno. Dopo sentirà un altro mese e questa volta dovrà confrontare quest'ultimo con il penultimo che ha sentito.

CONSEGNA

Livello 2. Working memory training-compito parole trissillabiche (4000 - 3000 - 2600 - 2200 - 1800)

Alla presentazione di ogni parola il soggetto deve produrre una parola nuova che inizia con la terza lettera

dell'ultima parola ascoltata. Il compito richiede di stare attenti alle parole pronunciate e scartare ogni volta la parola pronunciata dal soggetto stesso. Si chiede al soggetto di stare attenti alla scelta della terza lettera alla ripetizione di parole già pronunciate e a non pronunciare nomi di persone e di città.

Punteggio: Si passa alla lista successiva solo dopo aver risposto in modo esatto all'80% delle risposte. Sono concessi 6 errori. Si considerano errori: la scelta errata della terza lettera; le omissioni, le ripetizioni.

CONSEGNA

Livello 3. Working memory training-compito parole quadrissillabiche (4000 - 3000 - 2600 - 2200 - 1800 - 1500)

Alla presentazione di ogni parola il soggetto deve produrre una parola nuova che inizia con la terza lettera dell'ultima parola ascoltata. Il compito richiede di stare attenti alle parole pronunciate e scartare ogni volta la parola pronunciata dal soggetto stesso. Si chiede al soggetto di stare attenti alla scelta della terza lettera alla ripetizione di parole già pronunciate e a non pronunciare nomi di persone e di città.

CASE REPORT

INFORMAZIONI CLINICHE

Il Sig. V. C. giunge presso gli ambulatori del Centro U.V.A. (Unità Valutazione Alzheimer) del reparto di Neurologia dell'Ospedale "A. Perrino" di Brindisi, accompagnato dalla moglie, in data 11/07/2017, per una valutazione neurologica e neuropsicologica allo scopo di valutare l'eventuale presenza di un quadro di compromissione delle funzioni cognitive. Ad una prima valutazione clinica si evince nel paziente la presenza di caratteristiche comportamentali di tipo ossessivo-compulsivo con tendenza all'iperoralità e comparsa contestuale di apparente declino cognitivo. Il paziente esprime da subito una certa curiosità nell'affrontare la valutazione neuropsicologica di screening poiché manifesta, da circa due anni, deficit di memoria recente.

Il Sig. V. C. riferisce di essersi rivolto precedentemente, in data 29/06/2017, privatamente presso lo stesso neurologo del Centro U.V.A., inviato dalla

moglie preoccupata dei continui cambiamenti di umore del marito. Contestualmente riferisce di aver eseguito una TAC cranio, in data 23/01/2017, dalla quale emerge un iniziale approfondimento dei solchi cerebrali prevalentemente in sede frontale.

La moglie riferisce di aver precedentemente richiesto, nel 2014, una valutazione psichiatrica per i continui sbalzi d'umore del marito; scatti d'ira, rabbia etero rivolta, tristezza, iperattività, scarsa empatia, appiattimento emozionale, irragionevolezza, dalla quale era emersa la necessità di stabilizzare il paziente con una terapia farmacologica a base di Paroxetina e Minias. In data 28/11/2017, il paziente effettua la Tomoscintigrafia PET/TC cerebrale con somministrazione endovenosa di radiofarmaco, 18F-flutemetamol, per una valutazione della densità in ambito cerebrale delle placche neuritiche di beta-amiloide. L'indagine PET-TC non dimostra aree di abnorme accumulo nelle sedi dei lobi frontali e cingolato anteriore, cingolato posteriore e precuneo, lobi temporo-parietali insula inclusa, lobi temporo-laterali e regione striatale. L'indagine, perciò, è indicativa di assenza o presenza di poche placche di beta-amiloide e pertanto incoerente con una diagnosi di AD. *La diagnosi avanzata è Demenza fronto-temporale con definite alterazioni comportamentali di tipo ossessivo-compulsivo.*

In considerazione di tutti i dati clinici sopracitati il paziente presentava caratteristiche che soddisfacevano i seguenti criteri:

Criteri diagnostici della Demenza FTD nel DSM V

- a) Sono soddisfatti i criteri per il disturbo neurocognitivo maggiore o lieve.
- b) Il disturbo ha esordio insidioso e progressione graduale.
- c) 0 1 o 2;
 - 1. **Variante relativa al comportamento;**
 - a) Tre o più dei seguenti sintomi;
 - 1. Disinibizione comportamentale.
 - 2. Apatia e inerzia.
 - 3. Perdita di simpatia o empatia.
 - 4. Comportamento perseverante, stereotipato o compulsivo/ritualistico.
 - 5. Iperoralità e cambiamenti nella dieta



- b) Declino prominente nella cognitiv  sociale e/o nelle abilit  esecutive.
- 2. **Variante relativa al linguaggio**
 - a) Declino prominente nella capacit  di linguaggio, in forma di produzione del linguaggio, *word finding*, denominazione degli oggetti, grammatica o comprensione delle parole.
- d) Relative difficolt  dell'apprendimento e della memoria e della funzione percettivo-motoria.
- e) L'alterazione non   meglio spiegata da malattie cerebrovascolari, da un'altra malattia neurodegenerativa, dagli effetti di una sostanza o da un altro disturbo mentale, neurologico e sistemico.

Criteria diagnostici della Variet  Frontale Comportamentale (Neary et al. 1998)

1. Caratteristiche diagnostiche principali

- a) Esordio insidioso e progressione graduale
- b) Declino precoce nella condotta sociale interpersonale
- c) Deterioramento precoce nella regolazione della condotta personale
- d) Precoce indifferenza emotiva
- e) Precoce perdita di consapevolezza di malattia

2. Caratteristiche diagnostiche di supporto

a) Comportamento

- 1. Declino nell'igiene e nella cura personale
- 2. Rigidit  mentale e inflessibilit 
- 3. Distraibilit  e incostanza
- 4. Iperoralit  e modificazione delle abitudini alimentari
- 5. Comportamento perseverativo e stereotipato
- 6. Comportamento d'uso

b) Linguaggio

- 1. Alterazione della produzione verbale
 - f) Eloquio spontaneo limitato e ridotto
 - g) Discorso ininterrotto
- 2. Stereotipia del linguaggio
- 3. Ecolalia
- 4. Perseverazioni
- 5. Mutismo

c) Segni fisici

- 1. Riflessi primitivi
- 2. Incontinenza

- 3. Acinesia, rigidit  e tremore
- 4. Pressione sanguigna bassa e instabile

d) Esami

- 1. Neuropsicologia: compromissione significativa ai test frontali in assenza di severa amnesia, afasia o disturbi di tipo percettivo e spaziale
- 2. Elettroencefalografia: EEG convenzionale normale a fronte di una demenza clinicamente evidente
- 3. Neuroimaging (strutturale e/o funzionale): anomalit  predominanti a carico dei lobi frontali e/o temporali anteriori

Pertanto la terapia farmacologica richiede l'integrazione e l'assunzione dei seguenti farmaci:

- Paroxetina, 20 mg;
- Quetiapina EG, 25 mg;
- Minias, 1 mg (Lormetazepam);
- Depas, 0,5 mg gocce (Etizolam).

Per problemi invece legati a difficolt  di funzionamento prostatico, il paziente assume:

- Avodart, 0,5 mg (Dutasteride);
- Urorec, 8 mg (Silodosina).

ANAMNESI COGNITIVA E PSICOLOGICA

Per la raccolta anamnestica ho utilizzato principalmente il colloquio clinico con il supporto di un Questionario anamnestico, con lo scopo di aiutarmi ad avere un quadro completo della situazione. Disporre di materiale scritto nel lavoro scientifico   necessario affinch  si possano affrontare i vari problemi e le varie situazioni problematiche in maniera pi  approfondita. Il Sig. V. C.,   un uomo di 62 anni, diplomato in agrotecnica, disoccupato e residente nella provincia di Brindisi. Vive con la moglie ed il cugino anziano della moglie. Ha conseguito nei tempi accademici il diploma di agrotecnico ed ha svolto presso un'azienda privata, per circa 25 anni, il tecnico disinfestatore, fino a 2 anni fa, nel 2016, quando iniziarono a comparire i primi sintomi legati al disturbo comportamentale di tipo compulsivo tali da destituirlo dal servizio.

Sposato da 36 anni, con una donna pi  grande di lui di 10 anni, un'insegnante di scuola d'infanzia in pensione.

Non ha avuto figli biologici dal matrimonio ma, con la moglie hanno adottato una bambina brasiliana quando quest'ultima aveva circa 1 anno; ora è sposata, vive in Emilia Romagna e ha 32 anni, senza figli.

Riferisce di occuparsi per la maggior parte del tempo libero della pulizia della casa.

Il paziente riferisce la necessità di occuparsi per più volte al giorno della pulizia di una parte della casa, occupata da tre cani di grossa taglia, riferendo inoltre di *"...non poterne fare a meno"*. Utilizza per questo litri e litri di candeggina allo scopo di disinfestare il luogo in questione. Nato a Genova, figlio primogenito di 4 fratelli, un fratello più piccolo di 2 anni, una sorella più piccola di 4 anni e una sorella più piccola di 6, ma trasferito nei primi mesi di vita in provincia di Brindisi.

Non sa il perché sia nato a Genova, nessuno dei due genitori glielo ha mai raccontato e lui non lo ha mai chiesto, riferisce solo che subito dopo la madre, con lui, si trasferisce in provincia di Brindisi dove conosce il padre, separato dalla sua precedente moglie. Quando si conobbero il padre era un agricoltore e la madre lavorava in un tabacchificio, quest'ultima abbandonò il suo lavoro per dedicarsi anche lei all'agricoltura. Ricorda un'infanzia relativamente tranquilla.

Con la sua famiglia viveva a Serranova, una piccola frazione tra il mare e la campagna della provincia di Brindisi.

Ricorda che in quella casa di campagna viveva con la madre, il padre, i suoi fratelli ed uno zio, il fratello della madre. Avevano una piccola fattoria, con un cavallo, mucche, oche, galline ed un esteso terreno agricolo di cui se ne occupava, quando non era a scuola, con il padre, la madre ed i suoi fratelli.

Ricorda la nonna, la mamma del padre, che viveva in un paese limitrofo al suo, a cui era affezionato (*"mi coccolava"*) ma che era venuta a mancare quando lui era ancora piccolo.

Vedeva spesso anche gli altri nonni, riferisce di essere stato legato affettivamente anche alla madre della madre, erano sempre insieme tutti e tre.

Amava giocare a calcio, passava il tempo libero a giocare in un piazzale sconnesso, nei pressi della sua casa, con altri bambini.

Riferisce il rapporto con i suoi genitori come un buon rapporto, ma subito dopo riferisce di essere

stato costantemente rimproverato nella sua infanzia dalla madre, la quale si dimostrava abbastanza violenta non solo a livello verbale ma anche fisico (*"quando facevo qualcosa di sbagliato, mi schiaffeggiava malamente"*); al contrario accadeva con il padre. Era molto rigido ma non lo ha mai picchiato (*"bastava un suo sguardo...e io mi immobilizzavo"*).

Menziona le abitudini che aveva con la madre, cioè occuparsi della gestione della famiglia; solo lui ne era coinvolto come figlio: *"ero il fratello maggiore, spettava a me!"*.

Descrive il padre come una brava persona, ma rigida e giustifica la rigidità come un qualcosa di necessario perché altrimenti non si era abbastanza educati.

Ricorda che non ancora maggiorenne i suoi genitori si separano, a causa della dipendenza dall'alcol del padre. Lui e i suoi fratelli restano a vivere nella casa di campagna con la madre e lo zio.

Nel 1977 il padre muore a causa di una malattia cronica e degenerativa del fegato e il paziente diventa il capofamiglia, prendendo il suo posto. Le responsabilità aumentano e lui, terminati gli studi, cerca di barcamenarsi in svariati lavori pur di assicurare il sostentamento alla famiglia.

Ricorda il giorno del funerale del padre, la vive con forte preoccupazione, una situazione preoccupante in cui da quel momento tutto sarebbe dipeso da lui, tutto sarebbe stato di sua responsabilità.

In quel periodo incontra l'attuale moglie, la seconda esperienza con una donna, la prima finita male.

Si allontana dalla famiglia di origine ritrovando nella famiglia della moglie l'ideale di famiglia accudente che aveva sempre cercato.

COLLOQUIO CON IL CAREGIVER

La moglie riferisce che da circa 2 anni, il paziente presenta pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi poiché necessita di dover sterilizzare più volte al giorno, con l'uso della candeggina, una parte della casa occupata dalla presenza dei suoi tre cani di grosse dimensioni (*"se li accarezza pensa di essere stato contaminato"*). Da circa 1 anno, oltre a quanto sopracitato, il paziente mette in atto lo stesso comportamento compulsivo rivolgendo la medesima "attenzione" anche alla pulizia della stufa a pellet, costantemente utilizzata



per il riscaldamento dell'ambiente domestico, anche questo più volte al giorno e con un ordine preciso di svolgimento. Esplicita, inoltre, nel far questo, di avere costantemente il dubbio di non averlo eseguito bene. Non solo, il paziente necessita del controllo ripetuto su determinate cose, ad esempio, rubinetti dell'acqua, gas.

Il paziente ha perso totalmente interesse nella compagnia degli amici e nella vita sociale in genere. È in grado di cambiare idea se la situazione lo richiede ed è eccessivamente rigido nelle sue convinzioni.

Per questo, il comportamento del Sig. V. C. causa alla moglie forti tensioni familiari con continue limitazioni nella vita quotidiana.

Unitamente vengono riferiti continui cambiamenti d'umore caratterizzati da forte ira, rabbia, iperattività, impulsività, iperoralità, scarsa empatia, appiattimento emozionale, irragionevolezza, oltre che difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno, tali da indurre la moglie a richiedere visite specialistiche con la speranza di una diagnosi che possa giustificare un tale cambiamento.

MODELLO DI ATTACAMENTO

Per la valutazione dell'attaccamento ho usato oltre che il colloquio clinico, l'Interview Attachment Latency, intervista semistrutturata allo scopo di indagare lo stile di attaccamento.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby fornisce un modello della costruzione del Sé. Infatti, fin dalla nascita il neonato grazie alla relazione con le figure di attaccamento costruisce le sue prime rappresentazioni riguardanti il sé, gli altri e la relazione. Queste rappresentazioni sono un insieme di aspettative e di valutazioni ed equivalgono a schemi cognitivi veri e propri.

Esiste un sistema comportamentale che regola l'attaccamento, il cui obiettivo è di ottenere vicinanza ad una figura di riferimento capace di fornire nutrimento e protezione. Il sistema comportamentale è costituito da schemi percettivo-motori innati, seguono, dunque, regole innate di comportamento. Le abilità che il bambino man mano acquisisce (motorie, di linguaggio o cognitive) vengono messe al servizio del sistema comportamentale, per ottimizzare l'attaccamento reciproco con le figure significative. Gli schemi percettivo-motori

innati si trovano ad interagire e ad essere influenzati dall'ambiente e questo induce una modificazione (tramite il meccanismo dell'accomodamento) degli schemi stessi. Questi divengono, grazie a questo meccanismo e grazie alle progressioni cognitive acquisite durante lo sviluppo, veri e propri schemi cognitivi. Questi ultimi costituiscono dei modelli rappresentativi delle figure di attaccamento, di sé e della relazione di attaccamento, tramite i quali, il bambino prima e l'adulto poi, organizza la sua condotta e la modalità di esperire la realtà. Le strutture cognitive sviluppate nella relazione di attaccamento si manterrebbero piuttosto stabili nel tempo e sembra che influenzino il formarsi e il mantenersi degli schemi di conoscenza di sé e degli altri anche in età adulta. Si suppone, dunque, che le esperienze di attaccamento sperimentate durante lo sviluppo esercitino una influenza consistente nella costruzione del Sé che, in ogni caso, è una struttura modificabile.

Uno dei concetti base della teoria cognitiva è che l'individuo si rappresenta la realtà tramite dei significati personali. Decodifichiamo gli elementi con cui entriamo in relazione nel nostro sistema di riferimento interno. Per questo gli stimoli ambientali sono selezionati, percepiti e codificati secondo categorie che permettono di comprenderli e descriverli e, infine, vengono sottoposti ad elaborazioni cognitive, attraverso significati soggettivi.

Di conseguenza nel nostro caso, il paziente, selezionando e dando significato agli stimoli ambientali, si è creato delle informazioni che ha organizzato in rappresentazioni cognitive e che hanno poi formato la sua struttura cognitiva.

Quest'ultima è cambiata durante l'arco evolutivo, perché è variata in funzione della relazione tra l'ambiente ed il paziente. La sua organizzazione cognitiva di tipo ossessivo, ha mantenuto negli anni una coerenza interna ed un equilibrio con l'ambiente che ha continuamente oscillato tra adattamento, assimilazione e accomodamento.

Nello specifico, nella vita del Sig. V.C. la presenza di una figura di attaccamento sicuro, dove era tollerato l'errore, dove era libero di accedere in maniera incondizionata alla figura, dove la stessa era percepita come sicura e accettante, sembra essere stata assente.

Il paziente definisce, durante la seduta, discreto il

rapporto con entrambi i genitori. Definisce buono il rapporto con il padre ma ambivalente e privo di qualsivoglia dimostrazione d'affetto. L'assenza di contatto fisico con il genitore in questione che reagiva con ambivalenza alla presenza del paziente ha fornito un attaccamento privo di calore, sicurezza e protezione, garantendo una presenza continuativa ma con difficoltà nel tradurre i messaggi tattili e verbali.

Si desume pertanto come la sensazione di sé si sia sviluppata su un doppio binario; avverte simultaneamente agio e disagio. Di conseguenza sono presenti fluttuazioni emotive che oscillano tra, rassicurazione nei momenti in cui il paziente è chiamato alla soddisfazione dei bisogni familiari (*sottomissione acritica del volere del genitore*) e uno stato di insoddisfazione ed incertezza nei momenti in cui richiedeva attenzioni affettive.

Ritroviamo, quindi, la presenza di una figura genitoriale ambivalente, il padre, con una forma di autoritarismo caratterizzato dall'incapacità di assumere un atteggiamento nei confronti del figlio, è assente la tendenza naturale ad esprimere amore, bloccata da regole e convinzioni personali secondo cui l'espressione di tale amore porta alla perdita di autorevolezza. Con la madre invece ricorda di essere sempre stato emotivamente più vicino, o meglio di essere stato sempre alla costante ricerca di contatto con la stessa, madre che era presente nel momento del bisogno ma che lo allontanava e lo picchiava ripetutamente quando sbagliava (*"era violenta con me...ma sentivo la necessità di stare sempre con lei...ero innamorato di lei"*). Si evidenziano pertanto tratti ambivalenti e contestualmente tratti disorganizzati.

Ricorda quando aveva 8 anni di essersi procurato un vistoso taglio sul sopracciglio ed in quel caso la madre vedendolo sanguinante gli disse: *"come è possibile che tu debba crearmi sempre tante preoccupazioni"* e lo picchiò, creando in lui un forte senso di colpa nel pensare solo di destare tormenti nella madre.

Manifesta pertanto modelli di comportamento contraddittori, disorientati e disorganizzati, come un'esigenza d'attaccamento molto evidente, seguito improvvisamente da evitamento e congelamento.

Il paziente ricorda poi comportamenti ripetuti della madre nella pulizia compulsiva della casa così come

le sue sorelle. Riconosce in questo una possibile causa del suo essere ossessivo rispetto alla disinfezione della sua casa attuale, mentre il padre, riferisce di non aver influito in questo, lui era dedito al bere ed aveva paura delle sue reazioni (*"quando beveva non lo contraddicevo mai perché altrimenti erano guai"*).

Proprio per questa imprevedibilità, il paziente ha costruito un forte senso di colpa e quando parla dei suoi genitori esplicita rabbia e accondiscendenza. Il paziente ha attribuito a se stesso il merito o la colpa della vicinanza di entrambi.

ASSESSMENT E VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Nelle prime sedute mi sono dedicata alla raccolta anamnestica per stabilire la natura e la gravità del problema.

Attraverso la somministrazione di un protocollo neuropsicologico, creato ad hoc, sono riuscita, visti i suoi tratti ossessivi, ad interessare il paziente ai vari compiti di abilità e contemporaneamente ad indagare le aree cognitive deficitarie.

Visto il suo temperamento gioviale, non mi è stato difficile costruire una relazione terapeutica positiva volta alla costruzione della sua storia di vita, ma anche volta a raccogliere informazioni circa episodi significativi relativi all'esordio dei sintomi.

Per valutare il quadro sintomatologico e della personalità del paziente sono stati somministrati i seguenti test:

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Si è deciso di somministrare l'MMPI-2 allo scopo di indagare e successivamente valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

I risultati del test non hanno permesso la formulazione di un profilo valido. Gli indicatori di validità sono stati esacerbati, nello specifico si denota un'incongruenza nelle risposte fornite e una tendenza a rispondere in maniera acquiescente indipendentemente dal contenuto.

Pertanto si è ritenuto opportuno somministrare il Cognitive Behavioral Assessment (CBA 2.0) come di seguito riportato.

CBA 2.0 (Cognitive Behavioral Assessment 2.0) Profilo



SCHEDA	Test	Omissioni	Punti Z	Percentile
Scheda 2	S.T.A.I. X1	0	5,61	69
Scheda 3	S.T.A.I. X2	0	4,11	79,5
Scheda 5	E.P.Q./R - E	0	-1	0,8
	E.P.Q./R - N	0	2,1	84,9
	E.P.Q./R - P	0	1,45	64,3
	E.P.Q./R - L	0	5,25	70
Scheda 6	Q.P.F./R	0	5,9	84,1
Scheda 7	I.P. - F	0	2,27	67,2
	I.P. - PH	-	4,22	96,9
	I.P. - 1	0	0,45	23,8
	I.P. - 2	0	3,88	97,9
	I.P. - 3	0	-0,09	35
	I.P. - 4	0	1,96	88,3
	I.P. - 5	0	0,05	28,9
Scheda 8	Q.D.	0	2,08	89,4
Scheda 9	M.O.C.Q./R	0	3	96,4
	M.O.C.Q./R - 1	0	2,04	90,6
	M.O.C.Q./R - 2	0	3,29	96,4
	M.O.C.Q./R - 3	0	0,82	81,4
Scheda 10	S.T.A.I. X1 - R	0	6,31	82,4
	S.T.A.I. DIFF	0	0,47	58,3
Indice	S.T.A.I. ACC	0	INSUFFICIENTE	
Indice	INDICE IR	0	INSUFFICIENTE	

Tab. 1 - Scale Primarie

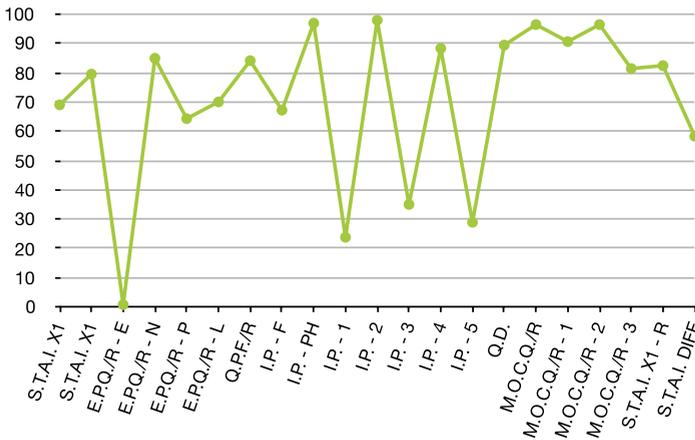


Fig. 1 - Scale Primarie

Il profilo rivela che il paziente appare ansioso, preoccupato, con umore disforico, facilmente eccitabile, irritabile, particolarmente esposto a disturbi psicosomatici, disturbi del sonno e difficoltà di concentrazione. Le intense reazioni emotive del paziente tendono ad interferire seriamente con la sua capacità di adattamento. Risulta inoltre essere schivo, tendente all'introversione, con appiattimento emozionale e non desideroso delle stesse. Si interessa alle cose di ogni giorno con particolare serietà e tende ad un modo di vita uniforme.

Presenta uno stile cognitivo-comportamentale di tipo passivo oltre la presenza di ansia sociale ed evitamento di situazioni sociali. Si denota pertanto scarse capacità assertive, evitamento di eventi sociali in particolare situazioni che comportino critiche e rifiuto sociale, riferendo di provare moltissima paura nei confronti di determinati stimoli.

Giudica elevato il proprio livello di attivazione generale e le proprie reazioni di carattere psicofisiologico. Vi è quindi la presenza di un "lamento somatico", difficoltà di espressione lineare del linguaggio e sensazioni di formicolio e addormentamento con contrazioni e scosse muscolari in alcune parti del corpo.

Sono rilevabili in modo significativo pensieri intrusivi e comportamenti compulsivi, in particolare comportamenti e preoccupazioni legati a controlli ripetuti e superflui, nello specifico il paziente mette in atto comportamenti atti a controllare e ricontrollare le cose prive di alcuna necessità. Ancora più significativi sono i com-

portamenti e le preoccupazioni legate alla pulizia. Il paziente mette in atto comportamenti e lamenta preoccupazioni legate al bisogno di pulizia e alla paura di essere contaminato, con frequenti pensieri irragionevoli.

BDI (BECK DEPRESSION INVENTORY)

Si rileva nel paziente un livello di depressione compatibile con la normalità (percentile 70). Per quanto concerne le manifestazioni somato-affettive si rileva un risultato percentuale di 85. Si rilevano pertanto manifestazioni somato-

che-affettive di disforia al confine con aspetti di tipo patologico e si denota una vulnerabilità del paziente rispetto agli aspetti somato-affettivi della depressione. Relativamente al versante degli aspetti cognitivi il paziente raggiunge un punteggio in percentili di 85. Allo stesso modo di quanto sopra citato sono presenti manifestazioni cognitive al confine con aspetti di tipo patologico, per i quali il paziente è vulnerabile agli aspetti cognitivi della depressione.

SCID-5 CV (Quadro generale) e SCID-5 PD

Il quadro generale del paziente non rileva episodi depressivi maggiori attuali e pregressi, né episodi maniacali e/o ipomaniacali attuali e pregressi. Si è reso pertanto necessario indagare attraverso il questionario per lo screening della personalità e la scheda relativa al disturbo ossessivo-compulsivo di personalità in cui si rileva nel paziente un forte pattern pervasivo per l'ordine, perfezionismo e controllo a spese di flessibilità, apertura ed efficienza.

Eccessivamente preoccupato per i dettagli, le regole, l'ordine e l'organizzazione al punto di invalidare la propria quotidianità. Non da meno mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti prefissati allungandone eccessivamente i tempi di conclusione. Unitamente è eccessivamente coscienzioso, scrupoloso, intransigente e per questo riluttante a delegare i compiti e a collaborare con altri a meno che questi ultimi si sottomettano alle sue regole.



Valutazione cognitiva	Risultato	P.E /Cut-off	Note	Area
MMSE	26/30	24/30	Norma	Generale
F.A.B.	3,5/18	0/4	Deficitario	
Clock Drawing Test (CDT)	9/10	7	Norma	
15 parole di Rey - imm	13,4	0/4	Deficitario	Memoria dichiarativa episodica
15 parole di Rey - diff	4	0/4	Deficitario	
15 parole di Rey - riconoscimento	13	F. R. 10	Deficitario	
Test di Memoria di prosa	5,6/16	1/4	Limite	Capacità visuo-prassiche
Figura complessa di Rey - copia	15,75	28	Deficitario	
Figura complessa di Rey - diff	6,75	6.2	Limite	
TEST DI CORSI	3,75	1/4	Limite	Memoria verbale
FORWARD DIGIT SPAN	5,92	4/4	Norma	
BACKWARD DIGIT SPAN	0	0/4	Deficitario	
Trail Making Test – Parte A	109	0	Deficitario	Attenzione divisa e selettiva
Trail Making Test – Parte B	245	1	Limite	
Trail Making Test – B - A	136	1	Limite	
Matrici attente	15	0/4	Deficitario	Accesso al lessico
Fluenza Verbale	16,3	0/4	Deficitario	
Fluenza Categoriale	24	0/4	Deficitario	
Test Cancellazione di lettere	Risultato	P.E /Cut-off	Note	Area
Totale errori di omissione	12/104	<5	Deficitario	Capacità visuo-spaziali
Diff. Errori di omissione destra-sinistra	2/53	<3	Norma	
Totale errori di commissione	0/208	0	Norma	
Test di Cancellazione di campanelle	Risultato	P.E /Cut-off	Note	
Totale errori di omissione	3/35	<5	Norma	
Diff. Errori di omissione destra-sinistra	1/15	<5	Norma	
Totale falsi positivi	0/280	0	Norma	
Line Cancellation Task	Risultato	P.E /Cut-off	Note	
Tempo impiegato	71,37	<96,30	Norma	
Accuratezza (hits)	59	>59	Limite	
WISCONSIN CARD SORTIN TEST (WCST)	Punteggio grezzo	Punteggio standard*	Punteggio equivalente	Classificazione*
NUMERO DI PROVE SOMMINISTRATE	128	/	/	/
NUMERO TOTALE DI RISPOSTE CORRETTE	33	/	/	/
PUNTEGGIO GLOBALE	128	123,9	0\4	DEFICITARIO
NUMERO TOTALE DI ERRORI	95	/	/	/
ERRORI PERSEVERATIVI	92	91	0\4	DEFICITARIO
ERRORI NON PERSEVERATIVI	3	-1.3	4\4	NELLA NORMA
FALLIMENTO NEL MANTENERE IL SET	0	0	4\4	NELLA NORMA
Valutazione comportamentale	Risultato	P.E /Cut-off	Note	Area
ADL	6	6	Preservate	Autonomia funzionale
IADL	5	5	Preservate	Depressione
GDS	3	15	Norma	Consapevolezza
CIRS	5	8	Limite	Valutazione Neuropsichiatrica
NPI	Frequenza 4 quasi costantemente	Gravità 3 severi Somm farmaci	Stress emotivo 4 severo	
FBI (Frontal Behavioral Inventory)Punteggio (A): totale	24/36	0	Deficitario	
FBI Punteggio (B): totale	13/36	0	Deficitario	
FBI Punteggio totale (A+B)	37/72	0	Deficitario	

Tab. 2 - Valutazione Neuropsicologica

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA PRE-TRATTAMENTO

Per valutare il quadro neuropsicologico il paziente è sottoposto ad una prima valutazione neuropsicologica. Decido pertanto di eseguire un esame neuropsicologico utilizzando un approccio olistico andando ad indagare tutte le aree della cognitiv  (Tab. 2).

Alla valutazione neuropsicologica il paziente si presenta vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio.

La cognitiv  generale, al MMSE, risulta apparentemente nella norma ma nella valutazione di approfondimento emergono numerose lacune nelle componenti esecutive, nell'attenzione selettiva e divisa, nella memoria dichiarativa episodica, nelle capacit  visuo-prassiche.

Nello specifico:

Memoria dichiarativa episodica:

presenta delle difficolt  nella codifica delle informazioni che risulta scarsa e lacunosa nonostante le ripetizioni.

In questo senso, il paziente palesa una difficolt  nel trattenere le informazioni appena ascoltate mostrando di non applicare alcuna strategia mnemonica efficace.

A lungo termine tale difficolt  si traduce in un completo oblio della traccia ed il riconoscimento conferma ulteriormente il deficit della memoria in quanto il paziente confonde il ricordo con informazioni non presenti nella traccia originaria divenendo cos  confabulante.

Memoria a breve termine:

misurate negli span verbali e visuo-spaziali evidenzia una discreta ritenzione in quest'ultima e scarsa elaborazione nella manipolazione (working memory) delle tracce a breve termine.

Funzioni esecutive:

nell'indagine di tale dominio emerge completamen-

te il deficit prevalente e predominante del paziente.

A far emerge tale danno   la prestazione ottenuta al test WCST nel quale il paziente diviene completamente perseverante evidenziando inflessibilit  cognitiva, incapacit  di sganciarsi da una risposta non corretta ed una totale rigidit  cognitiva.

La prestazione nel test, infatti,   invasa da risposte perseveranti che evidenziano come il paziente, nonostante i feedback, dell'esaminatore, continua a mostrare un ragionamento scorretto e perseverante.

All'interno di dominio si associano difficolt  nell'accesso al lessico, che risulta tipicamente ridotto in entrambe le vie e tempi di esecuzione lenti che aumentano quando deve gestire due compiti contemporaneamente.

Capacit  visuo-prassiche:

direttamente associate al dominio sopra descritto, nella figura di rey il paziente mostra una scarsa pianificazione e programmazione degli elementi grafici sfociando in una prestazione deficitaria.

Risultano invece nella norma le capacit  di esplorazione visuo-spaziale che non evidenziano deficit di lateralizzazione e le capacit  linguistiche (indagate in tutte le componenti Tabella 2).

Nella valutazione comportamentale:

sono presenti modificazioni comportamentali legati alla perdita di interesse nelle attivit  sociali, appiattimento emozionale, asportaneit , difficolt  di concentrazione, con presenza di perseverazioni, ossessioni e iperoralit .

A tale quadro si associa una fluttuante consapevolezza del proprio quadro cognitivo.

Valutazione funzionale:

  riferita nella norma ma i familiari iniziano a supervisionare alcune attivit  strumentali complesse.



Prova		Punteggio grezzo	Punteggio corretto	Cut-off
Denominazione	Viventi	6/7	5,8/7	≤ 3,829
	Non viventi	7/7	---	≤ 5
	Totale	13/14	12,8/14	≤ 9,969
Comprensione di frasi	Totale	8,8	7,9/8	≤ 6,157
Comprensione di parole	Viventi	6/6	5,9/6	≤ 5,048
	Non viventi	6/6	5,9/6	≤ 4,876
	Totale	12/12	11,9/12	≤ 10,258
Ripetizione di parole e non parole	Parole	6/6	5,9/6	≤ 4,928
	Non parole	3/4	2,8/4	≤ 0,483
	Totale	9/10	8,7/10	≤ 6,349
Ripetizione di frasi	Frase prevedibili	2/3	1,9/3	≤ 1,001
	Frase imprevedibili	2/3	1,9/3	≤ 0,784
	Totale	3/6	2,8/6	≤ 2,455
Lettura	Parole	12/12	11,9/12	≤ 10,106
	Non parole	4/4	3,9/4	≤ 2,228
	Totale	16/16	15,8/16	≤ 13,489
Scrittura	Unità informative	3/6	2,779/6	≤ 2,132
	Numero totale di parole	42	38,873	≤ 5,908
	Numero di nomi/numero totale di parole	0,11	---	≤ 0,15
	Numero di verbi/numero totale di parole	0,2619	0,2589	≤ 0,105
	Numero totale di strutture sintattiche corrette/ numero totale di strutture sintattiche	0,83	---	≤ 0,75
	Numero di errori ortografici	2	2,293	≤ 4,776
	Numero di errori semantico-lessicali/ numero totale di parole	0	---	≤ 0,033
Associazione semantica	Totale	4/4	3,895/4	≤ 1,166
Descrizione di figura	Unità informative	6/8	---	≤ 3
	Numero totale di parole	50	44,068	≤ 42,428
	Numero di nomi/numero totale di parole	0,26	---	≤ 0,198
	Numero di verbi/numero totale di parole	0,2	0,204	≤ 0,115
	Numero di frasi	9	11,103	≤ 3,553
	Numero di subordinate/numero totale di frasi	0	---	= 0
	Numero di sequenze autocorrette/ numero totale di parole	0	---	≤ 0,121
	Numero di errori fonologici/ numero totale di parole	0	---	≤ 0,0186
	Numero di errori semantico-lessicali/ numero totale di parole	0,02	0,0177	≤ 0,035

Tab. 3 - SAND (Screening for Aphasia in NeuroDegeneration); tutti i valori rientrano nella norma, non si riscontrano patologie

TREATMENT STUDY

Il trattamento del Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) come variante comportamentale relativa al Disturbo neurocognitivo frontotemporale (FTD)

Relativamente al trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, come variante comportamentale, si evince la variante della contaminazione.

Nello specifico il paziente emette dei comportamenti compulsivi rispetto al lavaggio dello spazio utilizzato dai suoi cani. Come detto nei paragrafi precedenti, il paziente riferisce la necessità di occuparsi per più volte al giorno della pulizia del suddetto spazio ed utilizza per questo litri e litri di candeggina allo scopo di disinfestare il luogo in questione.

Valutazione funzionale

La valutazione funzionale è consistita nel raccogliere dal paziente, ma anche dal suo caregiver (la moglie), informazioni dettagliate sui trigger che sviluppano le ossessioni e le risposte comportamentali che vi associa, compresa una completa descrizione di tutti i rituali compulsivi comportamentali.

Pertanto, si è proceduto stabilendo quali informazioni dovevano essere raccolte e come dovevano essere organizzate per ottenere una concettualizzazione del problema e un programma efficace di trattamento (Modulo valutazione funzionale della sintomatologia del DOC, cfr. Appendice).

Valutazione degli stimoli ossessivi

Sono stati identificati con il paziente tutti gli stimoli, situazioni, luoghi che hanno evocato la paura ossessiva della contaminazione e l'impulso a mettere in atto i rituali. Si è cercato di spingere il paziente a fornire informazioni relative all'individuazione della situazione scatenante lo stato ansioso, gli evitamenti e cosa fa sì che lo spinga a mettere in atto i rituali.

L'ansia è risultata scatenata da idee, pensieri, dubbi e impulsi ricorrenti che il paziente ritiene sconvolgenti, repellenti ed inaccettabili; pensieri di contaminazione in concomitanza con dubbi relativi alla possibilità di fallire nello svolgimento del suo rituale.

Di fatto, il paziente teme che l'ansia, e soprattutto le sensazioni corporee legate all'ansia, persisterà o aumenterà in una spirale fuori controllo se non porta a termine il rituale legato alla sterilizzazione dello "spazio" in questione.

Poiché questo tipo di paura non è stata chiara al paziente è stato molto difficile, o meglio fallimentare, tentare di far comprendere che quello che sentiva temere era in realtà la sensazione di sentirsi molto ansioso.

Questo, in effetti, è stato il primo limite riscontrato, il campanello d'allarme, rispetto all'ipotesi nata in precedenza e cioè alla sperimentazione di un trattamento DOC conseguente ad una malattia neurodegenerativa.

Automonitoraggio

Per facilitare la valutazione funzionale è stato chiesto al caregiver (la moglie del paziente) di utilizzare, tra una seduta e l'altra, un modulo di automonitoraggio (vd. Appendice) per registrare nell'arco della giornata i rituali emessi. Il monitoraggio è stato utile per avere un quadro chiaro del tempo che è stato speso per compiere i rituali e anche la frequenza giornaliera degli stessi.

Il paziente nonostante abbia limitatamente compreso ed identificato le ossessioni e i rituali di cui non ne era pienamente consapevole, resta resistente al trattamento. Infatti si evince come risponde in maniera positiva alle istruzioni date inizialmente ma, con il passare delle sedute, riporta la sua difficoltà nel resistere all'impulso, emettendone esattamente una quantità doppia.



METODOLOGIA DI INTERVENTO

La metodologia di intervento si è focalizzata su due aspetti:

1. Training cognitivo
2. Metacognizione e psicoeducazione.

Viste le difficoltà manifestate e valutate del paziente nei processi cognitivi ed in particolare nell'attenzione e funzioni esecutive, si è reso necessario pianificare un training cognitivo ad hoc.

Le sedute di training sono state svolte bisettimanalmente, hanno avuto una durata di un'ora e mezza e sono state svolte presso il domicilio del paziente.

Trattandosi di un paziente con deterioramento cognitivo in atto si è deciso di utilizzare un training supportivo.

Il percorso ha integrato in modo flessibile spunti provenienti da metodi come:

- ROT (Terapia di Orientamento alla Realtà) ideata da Folsom negli anni '60: lavorare per ri-orientare la persona rispetto a sé, alla propria storia personale e al contesto circostante evitando l'isolamento e rinforzando la partecipazione alla rete sociale e ambientale;
- Tecniche di memory training: esercizi strutturati per domini cognitivi;
- Approccio cognitivo-comportamentale: con l'obiettivo di rafforzare comportamenti positivi e limitare le reazioni e i comportamenti mal adattivi. Tale approccio ha previsto che siano identificati gli antecedenti e le reazioni ambientali conseguenti ad un comportamento non adattivo, cercando di modificare antecedenti e risposte ambientali, al fine di ottenere una modificazione comportamentale in modo più funzionale al contesto.

1. Il training cognitivo ha comportato l'utilizzo di esercizi volti a stimolare e potenziare le funzioni cognitive quali:
 - Memoria: memoria di lavoro, memoria visuo-spaziale, memoria semantica, episodica e autobiografica, procedurale;

- Orientamento: temporale, spaziale;
- Funzioni esecutive: organizzazione sequenziale;
- Pianificazione;
- Attenzione: uditiva, visiva, selettiva, selettiva spaziale sostenuta, divisa;
- Controllo e inibizione di risposte impulsive;
- Linguaggio: comprensione, produzione, apprendimento, accesso al lessico e alla semantica;
- Ragionamento logico;
- Problem solving;
- Abilità prassica.

2. La metacognizione e la psicoeducazione
Gli obiettivi del training cognitivo sono stati rivolti anche alla sua rete supportiva, il caregiver. In particolare ci si è proposto di:

- Trasmettere la conoscenza di alcuni aspetti relativi alla patologia di cui è affetto il paziente;
- Ascoltare, accogliendo preoccupazioni e contenendo le emozioni del caregiver;
- Fornire informazioni e metodi che possono essere utili nella gestione del paziente;
- Fornire sostegno e sollievo alle attività di cura;
- Favorire e migliorare lo sviluppo di un rapporto più sereno fra familiare e paziente.

Non meno importante è risultato l'*ambiente*, considerato in questo studio come strumento fondamentale ed essenziale di lavoro ed utilizzato come strumento di riabilitazione.

Ha assunto pertanto criteri protesici e riabilitativi, ricordando inoltre che in soggetti affetti da decadimento cognitivo la dimensione affettiva di legame con l'ambiente assume un'importanza significativa.

Lo spazio, e più in generale l'ambiente, ha rappresentato una risorsa terapeutica ma anche il contenimento di possibili cause di episodi scatenanti disturbi comportamentali.



Per questo la scelta ambientale è stata anche condizionata dalle caratteristiche del paziente e dalla gravità della compromissione cognitiva.

Uno spazio organizzato in senso “protesico” ha contribuito a fornire rassicurazione e facilitazioni rispetto alle difficoltà di orientamento, alle lacune della memoria e ai deficit funzionali.

Gli stimoli e gli elementi ambientali sono stati semplificati sulla base delle abilità cognitive e percettive del paziente e di conseguenza sono risultati fruibili e facilitanti.

Pertanto elementi caratterizzanti il lavoro con il paziente in questione sono stati primariamente la familiarità degli ambienti e degli oggetti, la flessibilità, la sicurezza e il comfort.

Gli obiettivi nello specifico sono stati i seguenti:

- Favorire l'utilizzo e il mantenimento temporaneo delle funzioni residue;
- Promuovere esperienze gratificanti che sostengano l'autostima e l'immagine personale;
- Rinforzare le abilità cognitive presenti (come l'attenzione, la concentrazione, la memoria, il linguaggio, il ragionamento, le abilità prassiche ed esecutive, ecc.), favorendone un utilizzo validante;
- Agire sui sintomi non cognitivi (disturbi comportamentali, ansia e depressione), migliorando il senso di autoefficacia, autostima e integrazione interpersonale;
- Mantenere e migliorare l'autonomia nelle attività di vita quotidiane, e la funzionalità in generale;
- Migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver, favorendo il benessere psicologico;
- Offrire supporto e sollievo al caregiver;
- Riconoscere l'individuo nella sua complessità e contenere le emozioni negative tipiche di chi è affetto da deterioramento cognitivo;
- Offrire uno spazio dove poter esprimere, individualmente, le proprie ansie relative la consapevolezza del deficit e la propria condizione di fragilità;
- Promuovere sensibilizzazione e psico-educazione sul declino cognitivo e sul training cognitivo al caregiver.



Valutazione cognitiva	Risultato	P.E /Cut-off	Note	Area
MMSE	29/30	24/30	Norma	Valutazione generale
FAB	14,5/18	12.3/18	Norma	
Clock Drawing Test (CDT)	9,5/10	7	Norma	
15 parole di Rey - imm	37,4	3/4	Norma	Memoria dichiarativa episodica
15 parole di Rey - diff	12	4/4	Norma	
15 parole di Rey - Ric.	15	F. R. 5	Limite	
Test di Memoria di prosa	7,6/16	1/4	Limite	
Figura complessa di Rey - copia	28,25	28	Norma	Capacità visuo-prassiche
Figura complessa di Rey - diff	10,25	6.2	Norma	
TEST DI CORSI	3,9	1/4	Limite	
FORWARD DIGIT SPAN	5,92	4/4	Norma	Memoria a breve termine
BACKWARD DIGIT SPAN	2,87	1/4	Limite	
Trail Making Test – Parte A	102,75	0	Deficitario	Attenzione selettiva e divisa
Trail Making Test – Parte B	227,74	1	Limite	
Trail Making Test – B - A	124,99	1	Limite	
Matrici attentive	48	3/4	Norma	
Fluenza verbale	19,3	1/4	Limite	Accesso al lessico
Fluenza categoriale	30	2/4	Norma	
Aprassia costruttiva	3	3/3	Norma	Aprassia costruttiva
Valutazione comportamentale	Risultato	P.E /Cut-off	Note	Area
ADL	4	6	Limite	Autonomia funzionale
IADL	4	5	Lieve	
GDS Geriatric depression scale	5	15	Norma	Depressione
CIRS	5	8	Limite	Consapevolezza
NPI	Frequenza 4 quasi costantemente	Gravità 3 severi Somm farmaci	Stress emotivo 4 severo	Valutazione Neuropsichia-trica

Tab. 4 - Valutazione Neuropsicologica post trattamento (ESAME NEURO-PSICOLOGICO POST TRATTAMENTO)

RISULTATI E CRITICITÀ

I risultati hanno dimostrato come un trattamento specifico e intensivo, in associazione alla terapia farmacologica, rallenta la progressione della patologia degenerativa in atto mantenendo un benessere che si estende nell'arco dei sei mesi, sia nell'aspetto cognitivo sia funzionale.

Qualitativamente questi dati vengono confermati dal caregiver che vede il suo caro più presente e reattivo e con più iniziativa.

Analizzando gli aspetti migliorati nel training a livello Neuropsicologico nel follow-up eseguito risultano migliorate le seguenti funzioni cognitive:

- **Attenzione e funzioni esecutive**
- **Memoria immediata e apprendimento**
- **MLT visuo-spaziale**
- **Accesso al lessico**
- **Attenzione selettiva visiva**

A livello qualitativo, la relazione terapeutica instaurata con il paziente, ha fatto emergere le preoccupazioni relative alle proprie difficoltà cognitive aumentando la consapevolezza delle proprie difficoltà.

Tale dato se da un lato ha scatenato un disperato bisogno di rassicurazione dall'altro ha trovato risposta nella condivisione e nel contesto protettivo della relazione psicologica dove il paziente si è accorto di essere compreso.

È stato interessante notare come senza lavorare sulla conoscenza approfondita della persona, della storia di vita e di malattia e delle caratteristiche individuali, sulla promozione di un clima positivo, sulla promozione di performance non giudicanti sostenendo l'autostima, sul senso di autoefficacia e immagine personale, sul favorire l'apprendimento senza errore incoraggiando alla messa in gioco senza la necessità di raggiungere una performance

predefinita, il paziente abbia avuto un risultato positivo sugli aspetti psicologici in questione.

È risultato importante, affrontare esplicitamente tali aspetti legati al declino cognitivo e funzionale con un approccio caratterizzato da modalità relazionali incoraggianti, supportive, ironiche e di "sdrammatizzazione", dove si è riuscito a cogliere il senso profondo del disagio psicologico e restituire al paziente il senso di valore umano unico di quanto ha trasmesso.

L'uso consapevole ed attento dell'ironia ha costituito un approccio costruttivo.

Ha aiutato a scoprire nuovi aspetti di una situazione, ha spinto il paziente ad essere creativo nella ricerca di soluzioni, ha offerto prospettive meno stereotipate di percezione dei problemi, a volte estremamente rassicurante.

Quest'ultimo aspetto è risultato essere un tassello importantissimo del lavoro con il paziente in questione.

L'unica criticità riscontrata nel metodo integrato proposto è che pur riuscendo a rallentare la progressione della patologia e a mantenere invariato il quadro delle abilità funzionali, non ha prodotto modificazioni della componente comportamentale relativa alle perseverazioni di carattere ossessivo limitato dalla neurodegenerazione in atto.

CONCLUSIONI

Questo lavoro si è posto l'obiettivo di verificare se un training cognitivo integrato potesse produrre apprendimento e modificazioni delle abilità cognitive in un paziente affetto da Demenza Fronto-temporale. Unitamente a tale scopo si è misurato, a livello qualitativo, se il miglioramento ottenuto con il training potesse generalizzarsi anche ad un periodo successivo.



I dati ottenuti, seppur limitati dal tempo, confermano il primo obiettivo rafforzando un concetto già noto in letteratura, che insiste sull'idea che la riabilitazione cognitiva in pazienti con malattie degenerative, può rappresentare un periodo protesico per il paziente (che ne beneficia a livello cognitivo) e per i caregiver nella gestione del paziente e dei primi sintomi emersi.

Il secondo obiettivo è ancora limitato dal poco tempo trascorso dalla fine del primo ciclo e si avvierà a breve ad un primo riscontro neuropsicologico (follow-up a 6 mesi).

L'approccio integrato, che ha visto come

protagonisti il lavoro cognitivo sul paziente, il supporto psicologico della psicoterapia cognitivo-comportamentale ed infine il coinvolgimento del caregiver come parte attiva, ha prodotto un sostegno, una "protesi" appunto, (Jones, 1999), che si è costruita sul comportamento funzionale, sull'incoraggiamento e adattamento positivo all'ambiente, sulle competenze residue, l'espressione individuale allo scopo finale di stimolare il più possibile il senso di autoefficacia, individualità e l'autonomia personale.

L'intento del presente lavoro è stato, dunque, proporre un approccio integrato nella cura del paziente con demenza al fine di mantenere il più a lungo

possibile l'autonomia e il miglioramento della qualità della vita del paziente.

In conclusione, il lavoro con il paziente C.V. mi ha portato a notare il forte incremento dei casi di demenza riscontrato in questi anni di lavoro nel territorio della provincia di Brindisi.

Tale dato deve farci riflettere su quanto risulti prioritario individuare nuove strategie non farmacologiche, e contestualmente interventi psicosociali utili a prevenire o ritardare l'insorgenza delle malattie neurodegenerative.

BIBLIOGRAFIA

- Arighi A, Fumagalli GG, Jacini F, Fenoglio C, Ghezzi L, Pietroboni AM, et al. (2012). *Early onset behavioural variant Frontotemporal dementia due to the C9ORF72 hexanucleotide repeat expansion: psychiatric clinical presentations*. J Alzheimers Dis 31: 447-452.60.
- Baddeley A. (2003). Working memory: Looking forward and looking back. *Nature Neuroscience Reviews*;4:829-839.
- Baddeley, A. D. (1986). Working memory. Oxford, England: Clarendon Press.
- Bergamaschi S., Iannizzi P., Mondini S., Mappelli D. (2008). *Demenza. 100 esercizi di stimolazione cognitiva*, Cortina Raffaello Editore, Milano.
- Ciaramelli E, Serino A, Benassi MG, Bolzani R. (2006). Standardization of three working memory tests. *Giornale Italiano di Psicologia*.
- Dubois B., Feldman H. H., Jacova C., DeKasky S.T., Barberger Gateau P., Cummings J., Delacourte A., Galasko D., Gauthier S., Jicha G., Magura K., O'Brien J., Pasquier F., Robert P., Rossor M., Salloway S., Stern Y., Viesser P. J., Scheltens P., (2007). 'Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS ADRDA criteria' *Neurology*, 6: 734-746;
- Gorno Tempini M.L. et al., (2011). 'Classification of primary progressive aphasia and its variants' *Neurology* 2011; 335-346;
- Graff, M. J. L., Adang, E. M. M., Vernooij-Dassen, M. J. M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., ... Olde Rikkert, M. G. M. (2008). *Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study*. *BMJ*, 336, 134-138
- Gronwall D, Wrightson P.(1981). Memory and information processing capacity after closed head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1981;44:889-895.
- Jones M., (1999). *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, Ed. Carrocci Faber, Roma.
- Kitwood T.,(1997).*Dementia Reconsidered: The Person Come First*, Open University Press, Buckingham,.
- Lädavas E., Berti A., (1995). *Neuropsicologia*, Ed. Il Mulino, Bologna.
- Mesulam MM (1982). *Slowly progressive aphasia without generalized dementia*. *Annals of Neurology* 11: 592-598.19.
- Pick A (1892). *Über die Beziehungen der senilen atrophie zur aphasie*. *Prager Medizinische Wochenschrift* 17: 165-167.11;
- Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, et al. (2011). *Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia*. *Brain* 134: 2456-2477.22;
- Ratnavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR (2002). *The prevalence of frontotemporal dementia*. *Neurology* 58: 1615-1621.34;
- Serino A, Ciaramelli E, Di Santantonio A, Malagu S, Servadei F, Ladavas E. (2006). Central executive system impairment in traumatic brain injury. *Brain Injury* 2006;20:23-32.
- Snowden J.S. (1989). Neary, D., 'Progressive language dysfunction and lobar atrophy'. *Dementia*, 4, 226-231.
- Snowden J.S., Goulding, P.J. y Neary, D. (1989). 'Semantic dementia: a form of circumscribed cerebral atrophy'. *Behavioural Neurology*, 2; 167-182.



IL BRUCO VUOLE DIVENTARE FARFALLA MA HA PAURA L'ADOLESCENZA E I SUOI MOTI PSICOCORPOREI

Rosa Iannone

Psicologa Psicoterapeuta Docente
della Scuola Europea di Psicoterapia
Funzionale SEF

RIASSUNTO

L'adolescenza è una delicata transizione la cui tematica di fondo è il bisogno di essere contemporaneamente come tutti gli altri e come nessun altro. È affrontata dal Neo Funzionalismo e come fenomeno complesso che ha le sue peculiarità che vanno comprese dagli adulti in un'ottica preventiva ma non patologica. Ne viene data un quadro generale e un diagramma che mostra la particolare configurazione del Sé in adolescenza su tutti i piani del Sé. Nel difficile compito della costruzione dell'identità interviene l'interrelazione di fattori biologici, cognitivi e sociali.

Al cambiamento fisico si associano esperienze relazionali ed emozionali molto intense, una ricerca continua di nuovi equilibri nei rapporti con il mondo e con sé stessi. Tematica di grande rilievo in tale periodo è la sessualità e le relazioni affettive. Vengono indagati i funzionamenti di fondo connessi alla sessualità. Sono accennati i fattori interagenti con le condotte sessuali, la differenziazione maschile e femminile dell'atteggiamento verso questa attività, le pratiche più frequenti e sempre nell'ottica di auto, sostegno e prevenzione si fa riferimento all'atteggiamento degli adulti e delle istituzioni.

PAROLE CHIAVE

Adolescenza, sessualità giovanile, Neo funzionalismo, Funzionamenti di Fondo.

Come diceva Victor Hugo l'Adolescenza è la più delicata delle transizioni: ribellarsi e conformarsi al tempo stesso. La tematica di fondo è il bisogno/desiderio di essere contemporaneamente come tutti gli altri e come nessun altro. Un adolescente imita gli altri, si identifica con i coetanei, desidera, ad esempio, vestirsi come loro ma contemporaneamente cerca la propria identità, vuole essere originale e unico. In definitiva è alla ricerca del suo posto nella società e della scoperta di sé.

Ma da dove deriva davvero la tanto temuta, da genitori, insegnanti, adulti di riferimento, la tipica ribellione adolescenziale?

In primis i cambiamenti biologici, che confluiscono per lo più nella tematica della sessualità ma anche tutto ciò che è stato definito dal Neo- Funzionalismo "*fattori e condizioni al contorno*": i media, i social network soprattutto, sottopongono questa generazione di adolescenti a stimoli che diventano addirittura più forti del normale sviluppo biologico; più che la crescita fisica, anticipano atteggiamenti, comportamenti, pulsioni.

La *corrente psicologica del Neo Funzionalismo*, il cui fondatore è il Prof. Luciano Rispoli, affrontando lo studio sull'individuo, nella logica della complessità e della multidimensionalità dalla nascita all'età adulta, ha ben specificato un'analisi funzionale dell'adolescenza, una sorta di fotografia dell'adolescenza, fase evolutiva assai complessa e articolata. L'adolescente, dinanzi ad un complesso sistema di compiti di sviluppo, si trova ad affrontare una vera e propria riorganizzazione del Sé, un cambiamento su tutti i piani del Sé: cognitivo, emotivo, morfologico-posturale in un contesto in cui interagiscono fattori di ordine biologico, sociale, psicologico e culturale.

ADOLESCENZA E COMPLESSITÀ

Nei trattati di psicologia dello sviluppo l'adolescenza è considerata quella fase della vita umana, generalmente compresa tra i 12 e i 18 anni, nel corso della quale l'individuo acquisisce competenze e requisiti necessari per assumere le responsabilità di adulto.

Esistono differenti definizioni di adolescenza originate dalla necessità di sintetizzare la complessità di questa età. Come la stessa etimologia indica "adolescere" significa crescere, un passaggio dalla vita infantile con i suoi processi funzionali a quella adulta passa attraverso uno sconvolgimento sia fisico che psichico. Sui vari manuali modelli di comprensione l'attenzione è talvolta rivolta alle trasformazioni fisiologiche, altri di tipo sociologico prendono in esame le dinamiche di inserimento nel tessuto sociale, altri presentano modelli prettamente psicologici nei quali, per lungo tempo, il riferimento è stato imposto dalla visione psicoanalitica, con riferimento, quindi, agli aspetti dinamici dell'adolescenza in cui le tematiche adolescenziale vengono interpretate nell'ottica di esplosione libidica, conflitti tra lo, ideale riattualizzato e lo destabilizzato, di meccanismi di difesa.

Si è parlato di identità, di identificazioni (E. Erikson); si è fatto riferimento ad un corpo reale e un corpo simbolico; definita come fase di separazione dall'oggetto materno, un lutto da elaborare rispetto alla perdita di oggetti infantili o di narcisismo quasi patologico. Quindi, diversi assi sono stati presi variamente in esame intorno ai quali avverrebbero i *rimaneggiamenti adolescenziali*.

Rispetto alla concezione *<adolescenza come crisi >* sono state rivolte delle critiche: una di esse è basata sulla confusione che spesso è stata ingenerata tra normalità e patologia una seconda critica si è basata sull'analisi di questionari somministrati in cui è emerso che esistono gruppi di adolescenti diversi, non tutti problematici.

Innegabile che in questo processo di transizione entrano in gioco diversi fattori di natura fisiologica, psicologica e sociale e l'integrazione di questi fattori denota il *carattere di complessità* di questo periodo. I tempi cronologici della sua permanenza sono soggettivi e individuali e passano attraverso <pubertà> e <adolescenza>, poli su quali si muove lo sviluppo dell'individuo in questa fase. La pubertà fa riferimento essenzialmente a una tappa fisiologica, una trasformazione da corpo infantile a corpo adulto. L'adolescenza, invece, riconduce all'ottica della complessità: un fenomeno psicologico e sociale che si estende fino all'inserimento dell'individuo nel mondo professionale e sociale che lo circonda.



I CAMBIAMENTI DEL SÉ NELL'ADOLESCENZA: LA VISIONE FUNZIONALE

Il prof. Luciano Rispoli evidenzia che questo periodo della vita è al centro dell'attenzione degli studiosi sia perché costituisce un lungo periodo della vita sia perché è indubbiamente un momento delicato per la formazione della personalità ed è fondamentale il concetto, che l'autore esprime, quello secondo cui esiste una continuità fra infanzia adolescenza e fra adolescenza ed età adulta.

Lo studio dell'adolescenza, visti i molti fattori di diversa natura e loro interazione (fisiologica, biologica, culturale, psicologica e sociale), richiede un approccio multidimensionale secondo la logica della complessità. La prospettiva della Psicologia Funzionale va proprio in questa direzione: guarda cioè all'unitarietà della persona, ma non in modo vago e indistinto, ma altresì nella sua globalità. L'adolescente, infatti, è considerato una persona completa con una specifica configurazione del Sé. (Rispoli, 2004)

Il *Quadro generale dell'adolescenza* (L. Rispoli) verte su alcuni punti fondamentali che sono stati studiati e osservati:

1. Esiste *continuità* tra le varie fasi di vita senza frattura tra esse. Alla luce di nuove conoscenze non è sostenibile l'idea che il bambino o l'adolescente siano "in attesa di diventare un adulto" che abbia un "Sé immaturo" anche se alcune sue funzioni fisiologiche ormonali si stanno velocemente modificando. Partendo dal concetto che il Sé della persona è presente, organizzato ed integrato sin dall'inizio della vita l'adolescente va visto come una *persona completa*, un individuo con caratteristiche sue peculiari e il processo di maturazione va inteso come processo di espansione del Sé che dura tutta la vita.
2. La condizione adolescenziale non è di per sé patologica.
3. Gli adolescenti hanno la necessità di essere capiti nei loro bisogni per cui le condizioni caratteristiche dell'adolescenza vanno comprese dagli adulti, le trasformazioni in atto vengano comprese, rispettate e facilitate piuttosto che ostacolate.
4. Fondamentale un intervento preventivo come modo di comportarsi degli adulti nei confronti

degli adolescenti in una prospettiva di *integrazione* tra le figure adulte che interagiscono con gli adolescenti, tra le varie professionalità che li prendono in carico, tra differenti discipline scientifiche.

(tratto dall'articolo "Mutamenti del Sé in adolescenza: una prospettiva di integrazione" di L. Rispoli)

CHI SONO IO

È innegabile che in questa lunga fase di vita avvengono cambiamenti, trasformazioni oggettivamente rilevabili, che mettono il giovane al centro di una diafrasi tra Sé e il mondo: il "bruco" non è ancora farfalla ma sente evidenti movimenti di trasformazione e il contesto pur notando modifiche su vari piani da un lato non cede il controllo su un essere che fino a ieri era ancora un cucciolo e dall'altro ne vorrebbe subito atteggiamenti nuovi, adulti e responsabile.

L'interrelazione di fattori di cambiamento biologici, cognitivi e sociali fa sì che in adolescenza la domanda "chi sono io?" diventi molto rilevante.

Quindi, compito difficile è la *costruzione dell'identità*. Al cambiamento fisico si associano esperienze relazionali ed emozionali molto intense, una ricerca continua di nuovi equilibri nei *rapporti con il mondo e con sé stessi*. Il cambiamento fisico provoca dinamiche relazionali diverse rispetto a quelle che intratteneva da bambino. Da un lato l'adolescente non accetta più di essere totalmente dipendente dalla famiglia e dall'altro le varie forme di sostegno socio-affettivo che fino a quel momento gli sono state date da adulti di riferimento cambiano modalità: le richieste che gli sono rivolte si modificano, ci si aspetta da lui un comportamento adulto, ma allo stesso tempo c'è la percezione che il ragazzo non sia capace di essere autonomo. In rapporto a questo mutamento nelle relazioni l'adolescente modifica il proprio atteggiamento verso sé stesso e il mondo. Altri cambiamenti avvengono perché l'adolescente pone maggior attenzione nei confronti del mondo circostante, ciò è dovuto sia all'aumento di stimoli esterno sia in rapporto al proprio mondo interno che provoca un incremento di interesse nei confronti di sentimenti e stati d'animo.

Altra considerazione è che l'acquisizione di *maggior autonomia*, la *forza fisica*, il *nuovo aspetto morfologico* gli permettono di intraprendere nuove attività e nuovi stili di condotta che mettono in discussione il sistema di rappresentazioni e di schemi che hanno regolato le relazioni con il proprio corpo, con il gruppo dei pari e le istituzioni fino a quel momento. Le certezze consolidate vengono messe in discussione e spesso deve affrontare giudizi familiari negativi. In un momento critico come questo si verifica una vera riorganizzazione del Sé grazie ad una fitta rete di relazioni e scambi in cui il soggetto, consapevole almeno in parte dei numerosi cambiamenti in atto, verifica il proprio valore e costruisce il concetto di Sé, il proprio senso di identità.

Nella riorganizzazione del Sé dell'adolescente sono coinvolte due dimensioni in rapporto tra loro: la costruzione dell'identità, che fa riferimento al processo; e il concetto di Sé, che si riferisce al contenuto, entrambi collegate alla stima di Sé dove l'elemento unificante è il sentimento d'identità, una qualità dell'esperienza globale di Sé. Tale qualità diviene fondamentale nel periodo adolescenziale per la ricchezza di cambiamenti, su tutti i livelli e per i compiti a cui l'adolescente è chiamato ad adempiere. Nella logica della complessità esiste quindi una interdipendenza tra processi identitari e il concetto di Sé.

Nello sguardo all'adolescenza è molto utile evitare una visione limitata, che rischia di trascurare aspetti importanti della vita degli adolescenti, evitare soprattutto di rivolgerci a questa epoca della vita per tentare soluzioni e atteggiamenti pedagogici, ancora più errato sarebbe avere una visione dell'adolescenza assimilabile ad una sorta di patologia, cioè uno sguardo che ne evidenzia aspetti negativi.

Il *Neo Funzionalismo* ci offre uno *sguardo multifocale*, di integrazione, tale prospettiva che deriva da studi, osservazioni ed esperienze di psicoterapia da circa 40 anni permette di guardare all'*unitarietà* della persona all'interazione psiche-corpo senza scindere questi due aspetti e senza parcellizzare la persona. Con tale ottica possiamo guardare all'organizzazione del Sé dell'adolescenza: quali ne siano le caratteristiche generali, i cambiamenti in atto, i rapporti tra varie funzioni e vari livelli.

Se nericava un quadro d'insieme che permette di *comprendere* i processi in cui è impegnato un adolescente. Da tale visione e comprensione discende la possibilità di attivare interventi educativi, tranquillizzanti per gli adulti alle prese con il "bruco" che sta per perire e con quella farfalla che sta per nascere e permette di aiutare il giovane a fare tale passaggio evitando traumi e drammi.

Saper riconoscere i processi di crescita nella loro peculiarità significa già agire sull'individuo, sul gruppo, sulla famiglia, sulle istituzioni. Il primo passo dopo la comprensione dei bisogni di fondo dell'adolescente è quello di accogliere le sue reali necessità e i suoi funzionamenti di fondo.

Da ciò detto è possibile tracciare un diagramma relativo alle condizioni caratteristiche dell'organizzazione del Sé in adolescenza sui vari piani funzionali dell'individuo proprio nell'ottica della multidimensionalità e dell'unitarietà dei processi.

Come già detto, le innumerevoli trasformazioni, in cui è impegnato il giovane, non si identificano con patologie ma sono condizioni caratteristiche di questa fase di vita, coloriture tipiche, modalità specifiche di percezione, prevalenze di determinate sfumature emotive: una particolare e caratteristica *configurazione del Sé*, (come la definisce L. Rispoli) che si può tradurre in un *Diagramma dell'adolescenza*, una sorta di <fotografia>.

Il *piano Cognitivo* è caratterizzato da una grande attenzione rivolta a comprendere i cambiamenti e a gestire un corpo diverso, sensazioni nuove e desideri prorompenti. Grande rilievo assumono i pensieri, le fantasie e le immaginazioni che riguardano queste novità. La progettualità è rivolta al momento immediato per realizzare l'incontro, le prime conquiste, l'accettazione e l'ammirazione dei coetanei. I ricordi del passato diminuiscono notevolmente lasciando spazio ai ricordi più recenti. Il sistema dei valori, specie per quanto riguarda sé stessi, la propria identità, il proprio ruolo sessuale, risente dei cambiamenti, quindi non è stabilmente positivo. Da ciò derivano i dubbi su sé stessi e le proprie capacità. Presente ansia di riuscire a controllare tutti questi cambiamenti; e dal momento che risulta difficile riuscire a farlo solo con l'aiuto



della razionalità si usa una scorciatoia, già usata nell'infanzia, il pensiero magico: è data attenzione a coincidenze strane, ai segni del destino.

Sul *piano Emotivo* si riscontrano rapidi e travolgenti innamoramenti, sentimenti forti di autonomia che si traducono spesso in oppositività, ribellione per ridisegnare i propri confini e le nuove conquiste, in moti di rudezza per nascondere la fragilità ed il bisogno di aiuto ancora presenti ma non riconosciuto o accettato per timore di debolezza e per orgoglio. In realtà il ragazzo ha ancora un grande bisogno di sentirsi sostenuto, di potersi appoggiarsi e farsi sorreggere anche se con modalità differenti, soprattutto con molta discrezione. Negli adolescenti come negli adulti c'è timore: i primi ad abbandonarsi a questi bisogni, i secondi a riconoscerli e di conseguenza nei ragazzi aumenta il senso di incomprensione, di inadeguatezza, che li porta ad indurirsi e a negare la necessità di sostegno.

Sul *piano posturale* l'adolescente si ritrova con un corpo in rapida crescita e trasformazione, con un intenso aumento della sua forza fisica, che stravolge il modo con cui egli aveva percepito sino a quel momento sé stesso in relazione agli adulti. I movimenti del corpo, specie quelli ampi, tendono a diminuire, soprattutto nelle ragazze: esse assumono atteggiamenti più composti e più trattenuti.

Le posture subiscono cambiamenti, divengono meno sciolte e disinvolte.

Sul *piano Fisiologico* la pubertà si traduce in una funzione del piano fisiologico in interazione con le altre funzioni; ci sono grandi cambiamenti all'interno degli apparati fisiologici, che portano esplosione ormonale e della sessualità, accompagnati dal cambiamento della voce e dell'odorato della pelle. Vi è una necessità del giovane di capire quanto gli sta accadendo, che si traduce in grande attenzione per quello che accade nel proprio corpo e all'interno di sé a discapito delle percezioni esterne, ciò causa talvolta senso di svagatezza e di distanza dalla realtà.

L'adolescente, quindi è impegnato in numerosi cambiamenti e nuove modalità di rapporto con sé stesso e l'ambiente ma alla base ci sono anche influenze ambientali che incidono nel plasmare i funzionamenti individuali di fondo.

LA CONTRADDIZIONE MASCHIO-FEMMINE NELLA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ

Un aspetto ben osservato ed evidenziato dal Neo Funzionalismo, che porta a conseguenza sulla personalità, sugli atteggiamenti e sulle dinamiche relazionali, è che il processo di crescita dei bambini e degli adolescenti, avvenga in modo differenziato tra maschi e femmine. Tali processi, infatti, non sono costituiti dalla sola componente biologica ma anche da una serie di messaggi, regole e atteggiamenti che vengono trasmessi, spesso in modo inconsapevole, ai bambini e alle bambine e che vanno ad ostacolare i funzionamenti di fondo innati.

Fra le *differenziazioni di genere* più evidenti sin dall'infanzia e poi portate avanti nell'adolescenza ritroviamo quelle relative alla forza e all'aggressività.

Esistono comportamenti ritenuti più adatti alle *bambine*: la compostezza e delicatezza di condotte che implica trattenere movimenti più aperti o veloci. Ciò si trasforma spesso nella donna adulta in una tendenza a dedicarsi agli altri con una tonalità di passività e sottomissione. Per le bambine, l'esperienza prevalente a cui sono sottoposte nella fase infantile e adolescenziale è caratterizzata da un insieme di regole educative (stare ferme, composte, trattenere il movimento e non sperimentare la loro forza) che provocano una diminuzione della capacità di sentire e di esprimere la forza. Dalla sensazione di avere una forza mutilata consegue una autostima e un'immagine di sé carente, che va a costituire un senso di fragilità e anche la sensazione di non poter affrontare con successo le difficoltà. Nei confronti dei *maschietti*, invece, l'atteggiamento è differente, vengono incentivati e tollerati i modi forti e bruschi. La forza e la sopraffazione vengono riconosciuti come valori positivi, sono incentivati i giochi e giocattoli di guerra; gli adulti sono tolleranti e compiaciuti verso i modi forti, verso movimenti scomposti perché considerati valori positivamente condivisi per il maschio.

In adolescenza l'esperienza di tenerezza ai maschi è quasi impedita quindi rifiutato il loro bisogno di accudimento. Nel maschio che riceve tali input educativi in adolescenza ancor di più si può verificare

che la forza senza tenerezza si trasformi in violenza e sopraffazione proprio in virtù di una potenza fisica crescente e il concomitante desiderio di volerla sperimentare.

La scissione di genere porta al rischio di alterazioni sin dall'infanzia, come dimostrato da alcune ricerche condotte su bambini delle elementari, tramite griglie di valutazione multidimensionale appositamente costruite per un tale rilevamento (Rispoli, 2004).

Ne consegue l'esigenza di interventi di prevenzione per evitare che tali alterazioni vadano ad accumularsi su un'organizzazione del Sé che in adolescenza è già di per sé complessa e articolata.

LE INFLUENZE SOCIALI E I COMPITI DI CRESCITA

La psicologia Funzionale fa emergere come gli scenari sociali attuali e i rapidi cambiamenti culturali e tecnologici abbiano notevole influenza sul processo di crescita dei nostri adolescenti, sul loro modo di essere e di percepire, sull'organizzazione del Sé. Nella società odierna si assiste ad uno

dislocamento di valori sempre più massiccio verso una civiltà dell'immagine, che risulta anche limitata ad uno spazio ristretto dello schermo di una tv, di un computer, o quello ancora più esiguo dei videogiochi portatili e degli smartphone. Le immagini che ne derivano si possono, inoltre, creare o distorcere a piacimento, sempre più lontane dalla realtà.

Tutto ciò genera amplificazione della fantasia e della creatività e un distacco dalla concretezza, un'illusione accresciuta di potenza che favorisce l'incremento del pensiero magico con tutte le gravi conseguenze che ne derivano.

La civiltà dell'immagine impone ostinatamente modelli di successo, di potenza e tali identificazioni irraggiungibili portano da un lato senso di inadeguatezza rispetto ai tali modelli virtuali da emulare e dall'altro spinge ad un forte desiderio di ottenere posizioni da "status-symbol" spesso attraverso aggressività e violenza. Tale quadro contestuale risente di altri elementi peggiorativi: minore capacità di accogliere e sapere riconoscere e soddisfare i





bisogni fondamentali, sia da parte dell'adolescente stesso che all'interno del nucleo familiare.

Opportuno considerare anche ai *compiti di sviluppo* in cui il giovane è impegnato in tale periodo.

Essi non sono universali ma si definiscono nel rapporto fra individuo e ambiente. Si possono definire classi di compiti che definiscono i cambiamenti dell'adolescenza. Ad esempio compiti in rapporto con l'esperienza della pubertà, con l'allargamento degli interessi personali, sociali, con l'acquisizione del pensiero ipotetico deduttivo, e con la problematica dell'identità. Li ritroviamo:

- *Sul piano dello sviluppo fisico.* Con la maturazione puberale vi è una forte accelerazione della crescita del corpo, che comporta una modificazione dell'aspetto morfologico e delle sue parti. A queste trasformazioni, inoltre, si accompagna il fenomeno delle pulsioni sessuali, che fra i sei e dodici anni si erano assopite e che si ripresentano alimentando forme di sessualità auto-centrata (masturbazione) o etero-centrata. Ci sono i delicati momenti del menarca e la crescita del seno per le femmine, la crescita della peluria e degli organi genitali e le prime eiaculazioni per i ragazzi, forme dello sviluppo che creano ansie e paure e assorbono energia psichica sottratta ad altre attività. e forti contraccolpi psicologici.
- *Sul piano dello sviluppo cognitivo,* il compito è la conquista del pensiero formale, che consente di comprendere eventi complessi fondati sul contemporaneo svolgersi di eventi più semplici e interdipendenti.
- *Sul piano affettivo nel rapporto con i genitori* i compiti adolescenziali importanti sono quello di conquistare una graduale autonomia sul piano delle decisioni e quello di diversificarsi dalle figure genitoriali, sviluppando interessi e gusti personali. Altra conquista è quella di imparare a gestire la quota di indipendenza conquistata. Si tratta di imparare a fronteggiare in modo efficace le nuove esperienze compiute e le emozioni che le accompagnano, affinando le capacità di analisi e riflessione, di identificare le situazioni pericolose e di capire la natura delle difficoltà per trovare il modo di superarle.

I CONTESTI DI APPARTENENZA E DI SPERIMENTAZIONE DI SÉ

L'interazione con i coetanei e con la famiglia

In adolescenza cambiano le dinamiche di relazione con gli adulti e con i pari; la formazione dell'identità e dell'idea di Sé è fondamentale per poter stabilire buoni rapporti. Mentre fino a circa 12-13 anni le persone che hanno maggior rilievo nella vita del bambino sono gli adulti, in particolare genitori e insegnanti, già nella preadolescenza, con l'apparire dei bisogni di autonomia, i coetanei assumono una rilevanza crescente, divengono punto di riferimento e di sostegno quotidiano nella difficile impresa della conquista dell'indipendenza e in quella di avere una visione personale della realtà rispetto ai genitori.

Nell'adolescenza il gruppo assume un'importanza centrale e le relazioni con i coetanei divengono significative, il sistema sociale di riferimento e di condivisione degli stessi problemi è, infatti, il gruppo dei pari. Il confronto con i coetanei e la loro approvazione diventano per l'adolescente un aiuto essenziale per l'identità.

Durante tale periodo l'interazione con i coetanei diviene sempre più ricercata e si estende a molti aspetti della vita, diviene interiorizzata e stabile, mantenuta anche quando l'adolescente è separato dal gruppo. Può assumere sia la forma di un rapporto d'amicizia, è il periodo del "migliore amico", sia quella della frequentazione assidua di un gruppo di coetanei, e man mano può assumere quella di un rapporto sentimentale, di coppia.

Che il gruppo dei coetanei sia un contesto privilegiato si è sempre sostenuto mentre nell'ultimo ventennio le ricerche sull'adolescenza hanno rivolto particolare attenzione al *contesto familiare*, quale agente centrale per la formazione dell'identità, l'acquisizione dell'autonomia e in generale per l'adattamento psicosociale dell'adolescente. Inizialmente l'enfasi degli studiosi era posta in modo unidirezionale nella spiegazione degli esiti evolutivi dei figli dovuti allo stile educativo parentale.

Dai vari studi sono state distinte due dimensioni del comportamento genitoriale: la *demandigness*, la misura in cui il genitore si aspetta comportamenti

responsabili, e la *responsiveness*, la dimensione in cui il genitore risponde ai bisogni in modo supportivo. Maccoby e Martin (1983) hanno messo a punto quattro categorizzazioni di stili educativi e i conseguenti esiti:

1. *autorevole*: il genitore ha alti livelli in entrambe le dimensioni. I figli di genitori autorevoli risultano più competenti a livello psicosociale, più responsabili, più sicuri, con migliori capacità sociali e hanno più successo a scuola. Godono di maggior salute e benessere.
2. *indifferente*: quando il genitore ha bassi livelli in entrambe le dimensioni i figli sono spesso più impulsivi e tale stile accompagna comportamenti a rischio.
3. *autoritario*: genitori con alti livelli di *demandingness* e bassi livelli di *responsiveness*. I figli risultano più passivi, meno curiosi, più dipendenti e meno competenti a livello sociale.
4. *indulgente*: genitori con alti livelli di *responsiveness* e bassi livelli di *demandingness*.

I figli di genitori che adottano tale modalità sono più immaturi, più irresponsabili e meno adatti ad assumere posizioni di leadership.

Inversamente altri autori hanno evidenziato il *ruolo attivo degli adolescenti sulle dinamiche familiari*, sostenendo la plausibilità che gli stili parentali rappresentino l'adattamento dei genitori al comportamento dei figli. Si è passati così a un cambiamento di premesse di base relativamente alla direzionalità dell'influenza, da unidirezionale a bidirezionale. Questo nuovo approccio porta un cambiamento nell'interpretazione che i figli non sono oggetti passivi, ma agenti attivi.

La scuola o il lavoro

La scuola costituisce un ambito decisivo oltre che per la scolarizzazione anche per la socializzazione del giovane, uno spazio in cui si impara ad interagire con gli altri, acquisendo gran parte degli elementi che consentono al ragazzo di divenire protagonista nel contesto culturale in cui è inserito; dall'appartenenza scolastica deriva il ruolo sociale. Esistono

adolescenti, che per vari motivi, si perdono dal mondo della scuola ed entrano molto presto a far parte del mondo del lavoro. Non esistono studi su adolescenti introdotti molto presto nel mondo del lavoro ma è possibile fare una riflessione in merito e ipotizzare che per chi non frequenta la scuola che la riorganizzazione del sé in adolescenza risulti più difficile che per gli studenti, dovuto anche al fatto che gli ambienti extrascolastici non sempre forniscono gli stimoli offerti dalla scuola per facilitare lo sviluppo delle competenze sociali.

IL BISOGNO DI COMPrensIONE

Le condizioni tipiche dell'adolescenza fin ora analizzate necessitano, fondamentalmente, di comprensione da parte degli adulti nei loro bisogni e peculiarità, le trasformazioni in atto in questa fase evolutiva vengano rispettate e facilitate. Come visto sin ora, in questa fase del ciclo di vita avvengono innegabili cambiamenti, trasformazioni oggettivamente rilevabili, che non devono essere viste come patologie. La particolare e caratteristica configurazione del Sé mostra condizioni e modalità caratteristiche di tale periodo evolutivo (Rispoli, 2004).

Dall'analisi dei contesti in cui l'adolescente interagisce è chiaro che in questo periodo di sviluppo concorrono molti cambiamenti di tipo relazionale. In particolare agli adolescenti sono richieste competenze più adeguate mentre loro sono impegnati nel processo di chiarezza di sé, nei problemi di identità e nelle relazioni con i diversi agenti sociali. Le caratteristiche personali, i funzionamenti, i compiti di sviluppo di questo periodo sono tutti fattori, di per sé critici, che influenzano gli elementi della competenza sociale-comunicativa: la capacità di esprimere sentimenti e emozioni; l'immagine di sé; la fiducia in sé stessi. Vista quindi la complessità del periodo adolescenziale in generale e la pluralità di contesti di interazione diviene fondamentale, in tema di competenza sociale, la promozione di "abilità sociali di base" comuni a tutti i contesti. Prima fra tutte la capacità di risoluzione di problemi interpersonali, che richiede pianificazione di obiettivi interpersonali, valutare le conseguenze sulla base



della condivisione sociale, i risultati e, di cogliere le relazioni causa-effetto. Questa è una competenza che si caratterizza come prevenzione del disagio. Nella costruzione di tali capacità la guida dell'adulto è necessaria e fondamentale a patto che non diventi sostituzione o imposizione nell'agire del giovane.

LA SESSUALITÀ IN ADOLESCENZA IL SÉ E LA SESSUALITÀ IN PSICOLOGIA FUNZIONALE

Oltre al ruolo di centralità della competenza sociale una tematica di elezione è la sessualità.

La psicologia funzionale considera uno dei bisogni fondamentali del Sé, una delle direzioni lungo cui si sviluppa la persona ma guarda alla sessualità anche come una delle attività umane da non confondere con l'attività dell'Amore.

Il Sé si muove e si esplica nel mondo spinto dai bisogni fondamentali (calore, il nutrimento, la protezione, ecc), essi sono le direzioni di sviluppo e trovano la loro concretizzazione in Esperienze di Base del Sé (EBS) esperienze relazionali che il bambino vive nel periodo evolutivo a dall'esito delle quali derivano le sue capacità adulte. L'attraversare in modo positivo e pieno più volte tali esperienze permette, quindi, all'individuo di costruirsi un serbatoio di capacità. (Rispoli, 2004).

Nella configurazione funzionale del Sé, ad un livello più esterno, troviamo le attività umane, costituite da più Esperienze di Base. Attività di questo tipo sono il lavoro, l'amicizia e la sessualità. Gli esseri umani possono unire Attività come Amore e Sessualità e ed essere coinvolti tramite queste attività in una relazione. Ma la Sessualità sana può anche essere esplicita senza Amore e comunque contenere nelle sue componenti una forma di tenerezza.

I FUNZIONAMENTI DI FONDO E LE FUNZIONI CONNESSE ALLA SESSUALITÀ

Per la Psicologia Funzionale nella sessualità contribuiscono tutte le funzioni dell'organismo: sono importanti le sensazioni e sono molto intense, i pensieri razionali sono congruenti con la sensazione di perdere i confini e il controllo; si allenta la vigilanza in un contatto intimo e profondo con l'altro, a

livello simbolico è dato valore positivo al sesso; altro aspetto importante è la percezione di sé, all'essere piacente o meno. Le fantasie e le immaginazioni rivestono grande importanza, esse permettono di spaziare nel mondo dei desideri e far scoccare il desiderio. Lo stato fisiologico è improntato su due fasi diverse: una di eccitazione simpaticotonica, intensa, piacevole ma non mescolata e inquinata dall'ansia, l'altra connessa alla capacità di allentare ed entrare in vagotonia. Nello stato di eccitazione benefica, le mucose si riempiono di sangue e la loro sensibilità al piacere aumenta; mentre al contempo le soglie del dolore si innalzano. Lo stato neuroendocrino è di giusta mescolanza di adrenalina e di dopamina (l'ormone del piacere e della ricompensa), di testosterone e di ormoni dell'eccitazione. Il respiro gioca un ruolo centrale di regolazione e permette di mettere in moto i funzionamenti profondi fisiologici alla base del sesso, la giusta eccitazione e la diminuzione del controllo. Il respiro va da quello diaframmatico lento che apre alle sensazioni profonde a quello più intenso e veloce che fa crescere l'eccitazione e dà energia a tutto l'organismo, fino a ritornare a quello diaframmatico della calma e dell'allentamento nella fase finale. (Rispoli, 2008)

I Funzionamenti coinvolti in quest'attività umana sono: fondamentale un buon funzionamento della Calma e del Benessere e poi le Sensazioni (sentire l'altro avvertire le proprie sensazioni interne), il Contatto, la Condivisione, il Piacere per sé e il Piacere all'altro, Dare e Prendere per sé, la Forza morbida, sapersi Abbandonarsi all'altro, la Gioia e la Vitalità. Queste ultime due rivestono importanza perché nella Sessualità la Vitalità, il brivido, il fremito, il guizzo di gioia sono il motore principale che fa partire il desiderio e il piacere. È coinvolta una sana componente di mostrarsi, componente dell'erotismo estremamente significativa. Importante la capacità di provare a cambiare l'altro soprattutto in momenti di difficoltà del partner senza arrendersi alla chiusura che l'altro può mostrare. Inoltre serve anche una componente di gioco. Allentare il controllo e Perdere il controllo sono indispensabili per lasciarsi andare alle sensazioni e al desiderio. Una certa dose di trasgressione non rischiosa può essere vivificante.

Se si considera la sessualità nella complessità evolutiva, l'adolescente impara ad essere in relazione con l'altro attraverso la sessualità.

Rispetto alle precedenti generazioni si assiste oggi ad un cambiamento negli atteggiamenti giovanili verso la sessualità a seguito di innumerevoli mutamenti sociali nei modelli che la regolano e in particolare ad una precocità nei rapporti sessuali. La situazione è in continuo mutamento per cui risulta difficile avere dati attendibili circa l'età. Le ultime ricerche però sulla sessualità giovanile forniscono dati che indicano una liberalizzazione dell'espressione sessuale e ad una iniziazione precoce nelle femmine.

FATTORI INTERAGENTI NELLE CONDOTTE SESSUALI

La *precocità* dei rapporti sessuali è una condotta oggetto di indagine. Gli adolescenti diventano sessualmente attivi a età sempre più precoci e questo trend ha portato molti studiosi a interrogarsi sugli antecedenti di tale comportamento. Tra gli antecedenti vengono distinti i fattori biologici e psicosociali legati alla famiglia e al gruppo dei pari. Per quanto riguarda gli aspetti biologici, vi sono evidenti considerazioni che lo sviluppo puberale precoce è associato ad un inizio altrettanto precoce dell'attività sessuale (Stattin, 1990). Negli adolescenti esiste un divario tra lo sviluppo cognitivo rispetto a quello biologico, per cui giovani fisicamente capaci di un comportamento sessuale sono carenti delle capacità cognitive necessarie a scegliere azioni responsabili ed a essere consapevoli delle conseguenze. Non è chiaro se i rapporti sessuali siano maggiormente influenzati dal *livello di maturità sessuale* piuttosto che dall'*età cronologica*. Per alcuni studiosi mentre nei maschi vi è una grande incidenza dei fattori ormonali, per le femmine la maggior influenza più che dalla componente biologica-ormonale è data dal controllo sociale.

Molte ricerche si sono occupate dell'influenza della *struttura familiare* sul comportamento sessuale dei figli, in particolare delle femmine. Le caratteristiche familiari e dei suoi membri, le relazioni intra familiari, le norme e gli atteggiamenti dei componenti

familiari sono tutti fattori sociali altamente influenzanti lo sviluppo sessuale adolescenziale. Chi cresce, ad esempio, in famiglie monoparentali è più probabile che inizi un rapporto sessuale precoce rispetto a coetanei con famiglie con due genitori. Fortemente influenzante la precocità dei rapporti sessuali è il *gruppo dei pari*. I giovani considerano, infatti, le pressioni dei coetanei uno dei motivi per cui iniziano precocemente i rapporti sessuali: una sorta di conformismo a ciò che si percepisce siano i valori dei coetanei (Newcomer, Udry, 1980). Una ricerca molto interessante ha cercato di individuare le circostanze che secondo gli adolescenti legittimano gli esordi della sessualità. Un terzo del campione sostiene che l'atto sessuale deve essere inserito nel contesto di una relazione affettiva intensa, un altro terzo ha affermato che non si possono fissare regole (Zani, Altieri, Signani, 1992). Le risposte sono diverse per maschi e femmine: per i maschi il momento giusto può essere un momento qualsiasi, per le femmine sembra più conveniente che il rapporto non sia occasionale ma inserito all'interno di una relazione affettiva stabile. Uno sguardo agli aspetti e le pratiche che caratterizzano la sessualità in questo periodo di vita.

Sessualità maschile e femminile

Intanto è da considerare che sia lo sviluppo psicosessuale che l'elaborazione dell'identità di genere seguono percorsi differenziati tra i due sessi, attribuibili in parte alle differenze fisiologiche e in parte a modelli di apprendimento dei diversi ruoli sessuali. Varie dinamiche sono alla base di uno sviluppo sessuale differenziato tra maschi e femmine: le pratiche di socializzazione familiare a partire dall'infanzia e altre pressioni sociali definiscono gli standard sociali del comportamento sessuale; gli atteggiamenti dell'adulto prima e dei pari in seguito sono diversi a seconda del sesso a cui si rivolgono e diverse sono le aspettative nei loro confronti.

Gli esiti di questo processo nella fase adolescenziale rispetto ai *maschi* è la preoccupazione di non essere diversi dagli altri, unito al bisogno di testare questa normalità: le prime esperienze per questo spesso vengono realizzate con una partner



occasionale più già esperta e sono ricercate come verifica delle proprie capacità virili. La precocità maschile consiste spesso nell'anticipazione dell'esperienza sessuale rispetto a quella relazionale e di coppia, esattamente al contrario di quanto accade nel caso di molte ragazze. Per le *femmine* il momento dello sviluppo puberale è accompagnato dalle pressioni a conformarsi agli stereotipi comportamentali del proprio ruolo di donna. Le ragazze subiscono un incremento del controllo da parte della famiglia, hanno maggiore difficoltà ad ottenere margini di autonomia.

Le pratiche più comuni

- **La masturbazione.** Esperienza considerata piuttosto generale in adolescenza. Questo tipo di esperienza sessuale tocca il grado massimo di importanza nei maschi proprio nel periodo adolescenziale e decresce poi con il passaggio alla giovinezza e alla maturità, mentre per le femmine avviene il contrario. I dati provenienti da ricerche condotte sulla popolazione statunitense riportano che l'84% dei maschi di 15 anni praticavano la masturbazione mentre nelle femmine è solo il 20% di esse. Tale esperienza viene vissuta in modo differente da maschi e femmine: i primi ne hanno sentito parlare o l'hanno osservata dai compagni, le ragazze la scoprono quasi casualmente. Infine, i sentimenti di colpa che conseguono un atto masturbatorio sono più frequenti nei maschi rispetto alle femmine. Tale condotta ancora ostacolata e mal giudicata da molti adulti ha invece una funzione preparatoria per esperienze sessuali successive, nelle quali entra in relazione intima con l'altro. Tale pratica, inoltre, aiuta l'adolescente a sgravare le pulsioni.
- **Il petting,** definibile come contatto fisico tra maschi e femmine con lo scopo di produrre eccitamento sessuale. L'equipe di Kinsey scoprì che all'età di 15 anni il 39% delle ragazze e il 57% dei ragazzi praticavano il petting, mentre a 18 anni il valore saliva all'84% per entrambi i sessi. L'intimità fisica è generalmente assai desiderata dall'adolescente, l'indice di desiderio risulta essere più alto nei maschi, può a volte essere affrontata con

atteggiamenti di resistenza e paura; e ancora una volta i dati indicano che tale resistenza è più presente nelle femmine. Tra le ragioni vi è il timore più o meno inconscio di uscire definitivamente dalla propria infanzia, l'idea che l'intimità propria deve essere riservata ad una persona ideale, l'idea che si tratti di forme di comportamento riprovevoli (Petter, 2007)

- **Rapporti omosessuali.** Recentemente molte ricerche si sono focalizzate sull'omosessualità in adolescenza mostrando le difficoltà incontrate da questi adolescenti nel processo di costruzione dell'identità, nei rapporti intimi e nel vivere la loro sessualità: a questo si aggiunge lo scarso sostegno sociale di cui gli adolescenti possono usufruire. I dati di una recente ricerca riferisce che il 5%-6% dei ragazzi e ragazze intervistate tra i 13 e i 15 anni hanno avuto un'esperienza tale. I maschi sono più spesso vittime di violenza omofobica e il rischio di suicidio per questi ragazzi è di tre volte maggiore rispetto ai coetanei eterosessuali. Per questi motivi si impone la necessità di affrontare il tema dell'orientamento sessuale a più livelli: individuale, ma soprattutto anche culturale e sociale, per contrastare le diverse forme di omofobia tutt'ora presenti in tutti i Paesi.

RELAZIONI AFFETTIVE ED ASPETTI AFFETTIVI DELLA SESSUALITÀ

Trattando la tematica dell'adolescenza è doveroso dare uno sguardo alla modalità in cui avviene la relazione affettiva e la scelta del partner nell'adolescente e approfondire i bisogni profondi connessi alle scelte.

Le *relazioni affettive* sono il fulcro della vita sociale di molti adolescenti: la maggior parte dei ragazzi tra i 16 e 18 anni dichiarano di aver avuto relazioni affettive e /o sessuali. Secondo Brown (1999) esistono diversi momenti nell'orientamento degli adolescenti verso le relazioni affettive.

L'*iniziazione*, sulla base dello sviluppo ormonale e delle pulsioni sessuali l'adolescente è spinto ad interessarsi alle relazioni sessuali come nuova dimensione nell'interazione con l'altro sesso.

Lo status, per cui quando l'adolescente comincia ad

acquisire fiducia in sé sposta il focus da sé al sé in relazione con altri per cui l'adolescente, quando ha acquisito più fiducia in sé e maggiore sicurezza di raggiungimento dello status, ricerca un livello più profondo di relazione romantica.

I legami. Le relazioni affettive nell'adolescenza hanno un significato psicologico e assolvono molteplici funzioni: aiutano il giovane a diventare autonomo in quanto l'interesse sessuale e l'investimento sentimentale su persone extra familiari contribuiscono ad un distanziamento emotivo dai genitori, facilitano inoltre la consapevolezza della propria identità in quanto forniscono una importante conferma all'immagine di sé e alla propria autostima. Altro aspetto molto importante nella fase adolescenziale supportato dal mantenere relazioni affettive è quello di facilitatore della sintesi tra tenerezza e sensualità, caratteristica delle relazioni intime mature.

La *ricerca del partner* si basa su bisogni profondi. In primo luogo vengono evidenziati i bisogni affettivi di sostegno, il partner è colui a cui poter esprimere i propri pensieri più intimi, agevola il processo di separazione dalle figure parentali, in modo da sostituire con il nuovo rapporto affettivo ciò che nell'infanzia si intratteneva con gli adulti di riferimento. In secondo luogo ci sono nuovi bisogni quelli più maturativi: il partner è visto come una persona che permette la realizzazione di sé, che contribuisce alla propria autostima.

Associata al tema della sessualità e delle relazioni affettive altra tematica da considerare in adolescenza come un'esperienza stressante a livello psicologico, e che costituisce un problema con implicazioni rilevanti a livello sociale, è la *gravidanza non preventivata*. Il 60% dei motivi che inducono all'interruzione sono di ordine psicologico ed includono la convinzione di essere impreparata al ruolo di madre, il 30% di tipo socioeconomico, poiché la maggior parte non ha una fonte di reddito. I rapporti con il padre del concepito spesso sono molto labili e i contesti familiari di queste ragazze sono in genere caratterizzati da gravi disagi, spesso genitori separati. Nei casi di contesto familiare positivo la decisione di interruzione viene presa in quanto la gravidanza è letta come ostacolo alla realizzazione dei

progetti futuri. Una delle conseguenze più comuni è l'interruzione degli studi. Generalmente le ragazze che diventano madri abbandonano la scuola. Alcune ricerche mostrano che le ragazze che decidono di interrompere la gravidanza hanno prospettive di studio più adeguate e più frequentemente appartengono ad una famiglia di classe sociale elevata (Cafaro, 1988).

GLI INTERLOCUTORI POSSIBILI

Da quanto visto fino ad ora è fondamentale che i giovani nel periodo adolescenziale nonostante si dimenino per avere autonomia, per avere la loro individuazione, hanno comunque, per la complessità del fenomeno, necessità di agenti di sostegno e aiuto

Rispetto alle conquiste sessuali e alle dinamiche coinvolte in tate attività emerge da quanto fin ora presentato la molteplicità dei bisogni degli adolescenti e la complessità di compiti a cui devono far fronte in tale ambito. L'adolescente deve perciò poter contare su enti istituzionali, come la famiglia, la scuola e il consultorio territoriale, che possono aiutarlo a trovare soluzioni a situazioni problematiche che incontra nell'accidentato percorso per diventare adulto.

Gli adulti di supporto devono essere pronti alle emergenze ma anche attenti ad atteggiamenti di prevenzione in adolescenza. Nel caso della sessualità la prima forma di aiuto è la comunicazione, l'informazione e la disponibilità al dialogo e alla comprensione. I dati emersi da numerose ricerche concordano su alcuni punti rispetto al comportamento contraccettivo negli adolescenti. I vari metodi anticoncezionali sono mediamente conosciuti, tra questi soprattutto la pillola, il preservativo, la spirale e il diaframma, il coito interrotto (Zani, 2006). La conoscenza aumenta con l'età ed è più accurata nelle ragazze. Ciò tuttavia, la conoscenza è spesso superficiale e quindi non associata ad un uso efficace del contraccettivo. In Italia il 20% degli adolescenti dichiara di aver usato il preservativo al primo rapporto, il 3,5% delle ragazze di aver usato la pillola, il 25% il coito interrotto, e più del 30% di non aver usato alcuna precauzione (Cafaro, 1998).



Secondo Byrne (1983) l'uso efficace di contraccettivi è un comportamento complesso fatto di momenti che hanno delle implicazioni di tipo cognitivo-comportamentali, affettivo-emozionali riferite al concetto di sé che l'adolescente sta ancora costruendo.

In generale le motivazioni adottate dagli adolescenti per giustificare le proprie resistenze ad usare gli anticoncezionali fanno riferimento: alla paura che i contraccettivi interferiscono con il funzionamento naturale del corpo, alla convinzione che il rapporto sessuale debba essere spontaneo, alla non accettazione di programmare del rapporto, alla riluttanza a far conoscere al partner la propria disponibilità al rapporto sessuale avendo predisposto in anticipo una protezione contraccettiva.

La *famiglia* nonostante sia riconosciuta dagli adolescenti stessi come lo spazio in cui trovare comprensione e aiuto concreto, non può essere considerata il punto di riferimento esclusivo. E questo per le ambivalenze e le conflittualità che caratterizzano la comunicazione tra genitori e figli adolescenti, oltre che per l'inadeguatezza denunciata dai genitori stessi nell'affrontare certe tematiche. Significativo diviene quindi il ruolo della *scuola*, emerge infatti che il 55% dei partecipanti dichiara che sarebbe utile parlare di sesso a scuola perché farlo in famiglia sarebbe imbarazzante.

Gli interventi in tal senso potrebbero essere inseriti in un contesto culturale-relazionale. Oltre alla scuola e alla famiglia, un altro agente molto importante è sicuramente il *consultorio territoriale*. Particolarmente avvertita dai giovani è l'esigenza di incontrare persone adulte, esperte, disponibili, di fiducia e comprensive, che potrebbero proprio essere gli operatori dei Consultori, in ambito non familiare né scolastico. Quindi, c'è l'esigenza di altri interlocutori adulti che non siano i genitori in grado di fornire agli adolescenti sostegno e luoghi di ascolto. Ciò si tradurrebbe una risposta ai diversi bisogni e in un'educazione sessuale partendo da un'integrazione degli interventi, una sinergia per consentire agli adolescenti di vivere esperienze affettive soddisfacenti in modo consapevole e responsabile.

Da tutto quanto citato, e che comunque non abbraccia la vastità della tematica, rinviene che questo lungo e delicato momento di crescita va guardato con una visione chiara e precisa ma va anche rivissuto nella propria personale e intima esperienza dall'adulto che vuole accompagnare il giovane per ricordarsi di quanto sia stato difficile, talvolta pensoso, mettere le ali e di come si prova senso di inadeguatezza nel momento quelle ali non spuntavano ancora.

BIBLIOGRAFIA

- *Brown B. B.* (1999). *The Development of Romantic relationships in Adolescent*, New York, CUP in Palmonari A. (a cura di) (2011). *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, pp. 235, 236.
- *Byrne D.* (1983). *Adolescents, sex and contraceptions*, Hillsdale, Erlbaum.
- *Cafaro D.* (1988). *Educazione sessuale e comportamento sessuale dei giovani in Italia*. Primo rapporto ASPER, Roma, Asper.
- *Maccoby, E. e Martin J.* (1983). *Socialisation in the context of the family*, Wiley, New York, 1983 in Palmonari A. *Male P.* (1986). *Psicoterapia dell'adolescente*, Milano, Raffaele Cortina.
- *Newcomer S, F. e Udry J.R.* (1980). *Mother's influence of the sexual behavior of their teenager children in "Journal of Marriage and the family"*.
- *Petter G.* (2007). *Amicizia e innamoramento in adolescenza*, Firenze, Giunti Editore.
- *Rispoli L.* (1997). *Mutamenti del sé in adolescenza: una prospettiva di integrazione in Atti del Convegno Nazionale, Adolescenza tra identità e disagio*, S.I.F., Trento.
- *Rispoli, L.* (2004). *Le esperienze di base e lo sviluppo del sé*, Milano, Franco Angeli.
- *Rispoli L., Monzani* (2005). *Il piacere della maturità sessuale degli adolescenti*. *Intervista terapeutica emozionale*.
- *Rispoli L.* (2008). *Sessualità, patologie e terapia funzionale*, Napoli
- *Zani B.* (2006). *Sexuality and intimate relationships in adolescence*, in Palmonari A. (a cura di) (2011) *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, pp. 235, 236.



SUPERANDO... CHIEDO AIUTO

I DISASTRI E L'EMERGENZA SPIEGATA AI DISABILI MENTALI E PSICHICI

Giovanna Teresa Pontiggia
Psicologa Psicoterapeuta, Segretario
Ordine degli Psicologi della Regione
Puglia, Professore a contratto Istituto
Skinner/Università Europea di Roma

Adriana Gadaleta
Psicologa Psicoterapeuta

Barbara Pascazio
Psicologa

RIASSUNTO

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di fornire un contributo nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza riguardante un particolare tipo di popolazione: quella con limitazioni cognitive, motorie, psichiche. Tale necessità, si correla alle conoscenze, in ambito clinico e neuropsicologico, che evidenziano la carenza di strumenti cognitivi, conoscitivi, di analisi della realtà in possesso, utili ad affrontare situazioni difficili ed improvvise, inspiegabili, catastrofiche, a interpretare la loro origine, i relativi processi di causa-effetto e a pianificare strategie di soluzione/riparo. Nonché alla realtà del verificarsi sempre più frequentemente di episodi, fenomeni, disastri di grandi dimensioni.

PAROLE CHIAVE

Psicologia dell'Emergenza, disabilità, metacognizione, psicoeducazione, tecniche di visualizzazione, esposizione graduale, desensibilizzazione, role-playing, resilienza, base sicura.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, essendosi verificato un incremento

di disastri ed incidenti collettivi, è stato indispensabile predisporre un Servizio Psicologico che si occupasse delle vittime di tali eventi traumatogeni, dando così origine alla recente branca della Psicologia dell'Emergenza.

Al fine di rispondere a questo bisogno sociale e psicologico e per contribuire a tutelare i cittadini dai danni che derivano da calamità naturali, catastrofi e grandi eventi analoghi, la comunità scientifico-professionale degli Psicologi, nell'ambito delle proprie competenze, si è impegnata in un lavoro di elaborazione di prassi e strumenti operativi, prendendo spunto da svariati settori della psicologia, come la psicotraumatologia, la psicologia sociale, di comunità, clinica, delle organizzazioni.

LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

In Italia la Psicologia dell'Emergenza nasce ufficialmente il 10 Ottobre del 1987 quando, a seguito del terremoto dell'Umbria, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), riunitosi in seduta, approvò un comunicato, successivamente pubblicato sulla Rivista del CNOP, attraverso il quale



veniva attivata l'intera comunità degli Psicologi a supporto delle vittime e dei superstiti.

Più specificatamente, la Psicologia dell'Emergenza connota un ambito assai ampio di studio e applicazione delle conoscenze psicologiche in situazioni critiche, fortemente stressanti che mettono a repentaglio le routine quotidiane e le ordinarie capacità di *coping* degli individui e delle comunità, di fronte ad avversità di ampia magnitudo, improvvise e urgenti. Le stesse sono determinate da eventi di grande dimensione collettiva (maxiemergenze), ma anche da circostanze gravi, ma più circoscritte della vita quotidiana. Innanzitutto, è importante definire cosa si intende per "situazioni di emergenza": in questo contesto, si farà riferimento alle emergenze come quelle "circostanze in cui un evento devastante di origine naturale o provocato dall'uomo (disastro), in modo inaspettato ed improvviso crea un clima di attivazione, di allerta, di urgente bisogno, accompagnato da tentativi immediati di soccorso" (Castelli, Sbattella, 2003, p. 23). Esse, dunque, possono essere: calamità naturali, disastri tecnologici (*Natural-induced Technological Disasters*); incidenti industriali, chimici e nucleari, incidenti sanitari (epidemie e pandemie, etc), incidenti sociali (attacchi terroristici, sommosse, migrazioni forzate con forte presenza di rifugiati, etc).

Considerando la concretezza ed urgenza di tali eventi, ne consegue che la prospettiva applicativa e di intervento è specificatamente il *modus operandi* della psicologia dell'emergenza. In particolare, una specifica attenzione è rivolta verso: bambini e adolescenti, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, fasce sociali deboli, gruppi etnici e culturali minoritari.

UN NUOVO APPROCCIO ALLA DISABILITÀ

A partire dalla seconda metà del secolo scorso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato differenti strumenti di classificazione inerenti l'osservazione e l'analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità della diagnosi. La prima, "La Classificazione Internazionale delle malattie" (ICD, 1970) rispondeva all'esigenza di cogliere la causa delle patologie, fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali

caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche. L'ICD ha rivelato ben presto vari limiti di applicazione, pertanto è stato elaborato un nuovo manuale di classificazione, in grado di focalizzare l'attenzione non solo sulla causa delle patologie, ma anche sulle loro conseguenze: "la Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap" (ICIDH, 1980). L'ICIDH non si limitava ad analizzare la causa della patologia, ma l'importanza e l'influenza che il contesto ambientale esercita sullo stato di salute delle popolazioni. Con l'ICIDH non si partiva più dal concetto di malattia inteso come menomazione, ma dal concetto di salute, inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale che riguarda l'individuo, la sua globalità e l'interazione con l'ambiente. La presenza di limiti concettuali insiti nella classificazione ICIDH ha portato ad elaborare un'ulteriore strumento, "La Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità" (ICIDH-2, 1999), in cui gli elementi costitutivi (funzioni e strutture del corpo, attività, partecipazione) sono tutti in interazione dinamica e in grado di influenzarsi reciprocamente.

Il 22 maggio 2001 l'OMS è pervenuto alla stesura di uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute", denominato ICF, che ha dato inizio a una delle più importanti e fondamentali rivoluzioni culturali a livello mondiale sul concetto di salute e disabilità. L'ICF è stata proposta come modello di riferimento standard e unificato per descrivere la salute e gli stati ad essa correlati. La Convenzione ONU del 2006 ha seguito tale approccio innovativo alla disabilità e si pone come un importante strumento per la promozione dei diritti umani, basato sui principi fondamentali di pari opportunità, inclusione sociale e non discriminazione. Tale orientamento, scardina una visione prettamente medica della disabilità, a favore di una visione bio-psico-sociale, in cui sono i fattori ambientali e sociali, in concomitanza con determinate condizioni di salute, a causare la disabilità. Ad esempio, una persona con mobilità ridotta può vivere una condizione di maggiore o minore disabilità in base

al fatto che il posto in cui vive sia pieno di barriere architettoniche o meno. Sulla base della definizione dell'OMS, dunque, la disabilità è una condizione che può essere sperimentata da tutti gli esseri umani, in forma più o meno duratura e più o meno limitante, in alcune fasi della propria vita.

Di fatto, la percentuale delle persone con disabilità nel mondo è in costante crescita, per motivi di diversa natura quali: l'aumento della vita media (specialmente nei Paesi a medio e alto reddito), l'aumento di crisi belliche e disastri naturali, oltre che i progressi in campo medico-chirurgico, che hanno portato ad una elevazione dell'età media, con aumento di persone anziane e con profilo di cronicità.

DISABILITÀ ED EMERGENZA

L'intera problematica, molto specifica, di come il disabile percepisce, vive, affronta le situazioni di emergenza non è stata sufficientemente affrontata e approfondita nel campo clinico-metodologico e di ricerca e le fonti nella letteratura scientifica sono, allo stato attuale, molto limitate.

In caso di emergenza, tutte le persone dovrebbero avere uguali possibilità di sopravvivenza e tutti i servizi offerti ai cittadini nelle emergenze, dovrebbero essere accessibili anche a coloro che hanno limitazioni e difficoltà. L'articolo 11 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, in tal senso afferma: *"Gli Stati Parti adottano, in conformità con i loro obblighi derivanti dal diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario e del diritto internazionale dei diritti umani, tutte le misure necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, le emergenze umanitarie e il verificarsi di disastri naturali"*.

Premesso questo, è importante sottolineare che le persone con disabilità costituiscono la categoria di soggetti più duramente colpita, rispetto ad altre, dalle catastrofi naturali, che su di loro tendono ad avere un impatto sproporzionato. In caso di tali eventi, infatti, le persone disabili corrono maggiori rischi e, secondo le statistiche, come affermano Massimo Maggio, direttore del Christian Blind Mission Italia Onlus e Marta Collu, funzionaria dell'AICS (Agenzia

Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo), presentano un tasso di mortalità da due a quattro volte superiore rispetto alle altre persone, dato che possono avere grande difficoltà ad accedere agli aiuti, cibo, acqua, servizi, cure mediche, strutture di ricovero, piani di evacuazione. Coloro i quali hanno disabilità fisica possono essere a rischio se l'assistenza non è disponibile; gli individui con disturbi cognitivi possono non comprendere le istruzioni e la successione di azioni da seguire in caso si verifichi un disastro; i ciechi, i non udenti, possono avere difficoltà a comunicare durante l'emergenza, potrebbero non riconoscere un pericolo o non sentire istruzioni verbali e indicazioni visive relative all'evacuazione. Alcuni, possono perdere i propri ausili per la mobilità, subire la separazione improvvisa e traumatica dalle loro famiglie e da chi si prende cura di loro. Una situazione particolarmente grave e di pericolo si registra per le popolazioni rifugiate e sfollate, tra cui si stimano circa 3,5 milioni di persone con disabilità.

Tutti i fattori sopraelencati, possono aumentare il livello di rischio per le persone con disabilità in situazioni di emergenza, oltre che di sopravvivenza, anche di conseguenze psicologiche ed emotive devastanti, come depressione e ansia (tristezza, pessimismo, isolamento, etc), paure e fobie, disturbo post-traumatico (DPTS).

Pertanto, è sicuramente necessaria una preparazione peculiare degli operatori dell'emergenza, affinché i bisogni specifici delle persone con disabilità vengano presi in considerazione ed integrati nella progettazione e realizzazione di qualsiasi intervento. In tal senso, punto di riferimento a livello nazionale è la Carta di Verona sul salvataggio delle persone con disabilità in situazioni di crisi ed emergenza (2007). Lo scopo della "Carta di Verona" (art.1) è quello di delineare le basi per articolare una visione comune ed universale riguardo tutti gli aspetti delle attività che sono necessarie per garantire la protezione e la sicurezza di persone con disabilità in situazioni di rischio. Tra gli aspetti principali messi in evidenza dalla Carta: ■ il principio della non discriminazione e delle pari opportunità (art.2), ■ la necessità di coinvolgere le persone con disabilità e le loro organizzazioni nei processi decisionali



riguardanti situazioni di emergenze umanitarie, negli eventi di disastri naturali o provocati dall'uomo e in tutte le relative attività di gestione dell'emergenza (art.3), ■ la responsabilità delle istituzioni di garantire l'adeguato livello di protezione e sicurezza delle persone disabili in situazioni di rischio (art.5) ■ la necessità di formare, sensibilizzare e addestrare tutti gli attori coinvolti in situazioni di gestione del rischio e nei processi di salvataggio (art. 13).

Per prevenire angoscia e malessere nel soggetto disabile, improvvisamente "gettato" in un contesto di emergenza, è importante lavorare sia sugli aspetti **cognitivi** che su quelli **emotivi**, che risultano risorse indispensabili e che spesso la persona disabile non riesce ad attivare in modo autonomo e analitico, non avendo di base a disposizione un repertorio di strategie e strumenti di gestione, di derivazione esperienziale, da cui poter opportunamente attingere per riapplicarle in caso di necessità.

LE STRATEGIE COGNITIVE: METACOGNIZIONE E PSICOEDUCAZIONE

In particolare, sul piano cognitivo, hanno un ruolo fondamentale: le strategie metacognitive, quale l'auto-regolazione ed il controllo e le azioni di psicoeducazione, come la conoscenza dei fenomeni, la visualizzazione di immagini e il role-playing.

Metacognizione

La metacognizione è la conoscenza del proprio funzionamento cognitivo e delle strategie messe in atto per controllare tale processo di conoscenza. Possiamo ricercare le fondamenta della teoria metacognitiva nelle riflessioni di Flavell (1971, 1981), che inizialmente ha approfondito le variabili metacognitive implicate nei compiti di memoria. Successivamente, Brown (1983), evidenzia le complessità del costruito e sottolinea la duplice componente di conoscenza e controllo. Alla base delle riflessioni teoriche sulla metacognizione vi è *l'analisi dei processi che sono all'origine delle acquisizioni cognitive*, in riferimento a tre fonti principali:

- Piaget, con i suoi studi sullo sviluppo cognitivo, sul funzionamento del soggetto e sui meccanismi cognitivi necessari a risolvere un compito;

- Vygotskij, con i suoi studi sull'origine sociale del controllo cognitivo;
- I lavori derivanti dai modelli dell'elaborazione dell'informazione che studiano i meccanismi e i processi che sono alla base del passaggio delle informazioni attraverso il sistema cognitivo input, elaborazione, output (Chomsky, 1957, Neisser, 1967).

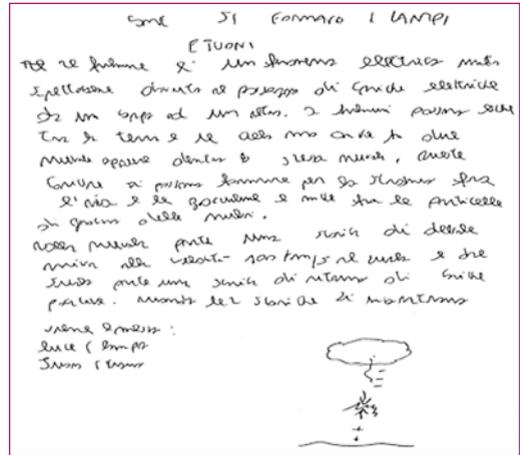
Per strategie metacognitive si intendono, dunque, tutte quelle capacità che consentono di conoscere il funzionamento della mente (propria e altrui) e di orientare il pensiero verso il futuro - permettendo di predisporre/prevedere e progettare azioni - e verso il passato, consentendo di monitorare e autovalutarsi. Di conseguenza, ad imparare a distanziarsi dall'urgenza della situazione presente e a proiettarsi nel tempo, attraverso l'acquisizione del senso della temporalità. Le abilità metacognitive, consentono anche il controllo dei percorsi mentali utilizzati nei processi di elaborazione delle informazioni, l'assunzione delle decisioni, lo svolgimento di compiti, la risoluzione di problemi, l'acquisizione della consapevolezza dell'esistenza di possibili strategie di fronteggiamento delle situazioni e quindi promuovono la capacità di "apprendere ad apprendere". In virtù di queste affermazioni bisognerà favorire nei soggetti disabili la comprensione del modo in cui la mente costruisce la conoscenza. Vianello sostiene che le basi per lo sviluppo della metacognizione sono presenti fin dalla nascita; secondo l'autore, non esiste un livello minimo in cui si può decidere di intervenire passivamente. Ed è proprio in base a tale affermazione che si ritiene possibile lo sviluppo di un atteggiamento metacognitivo in soggetti con handicap; anche nei casi più gravi è necessario un atteggiamento che favorisca iniziativa, curiosità, collaborazione e pianificazione.

Il modello di riabilitazione per le persone con disabilità prevede, infatti, un insieme di interventi volti all'individuazione ed alla valorizzazione delle potenzialità individuali, atte al miglioramento della qualità di vita, col minor grado di supporto sostitutivo possibile, per evitare la dipendenza cognitiva e assistenziale dal caregiver, che solitamente "anticipa" le risposte e pianifica.

Spesso molti soggetti con disabilità psicofisica hanno un atteggiamento mentale passivo, fatalistico, soccombente, nei confronti delle calamità naturali, per cui stimolare in maniera efficace i processi metacognitivi con metodologie adeguate ai livelli di gravità, di competenze, di abilità, condurrà alla capacità di gestire i propri processi mentali, il proprio comportamento e le proprie azioni, nonché di gestire al meglio la situazione di emergenza. Un approccio metacognitivo, infatti, rende il soggetto consapevole di ciò che sta facendo/pensando, del perché lo fa, di quando è opportuno farlo e in quali condizioni. In mancanza/carenza di processi metacognitivi, in caso di quadri neurologici medio-gravi, il soggetto può utilizzare la fissità verbale e comportamentale e comportamenti ritualistici come ancoraggio e forma di difesa dalla sensazione di annientamento derivante dal ricordo o dall'incombenza dell'evento catastrofico.

A scopo esemplificativo, si prende in esame il caso di un paziente, C., un ragazzo di 15 anni con diagnosi di "Disabilità Intellettiva moderata, ideazione persecutoria e discontrollo degli impulsi", il quale, durante le sedute di terapia, in caso di maltempo, orientava in modo fisso la sua attenzione al fenomeno atmosferico disconcentrandosi continuamente dal compito per avvicinarsi stereotipatamente alla finestra, al fine di controllare il verificarsi di fulmini e lampi; inoltre, esprimeva verbalmente e ripetutamente le sue angosce e preoccupazioni di rischio imminente, pur in assenza di un pericolo reale, utilizzando una forma di pensiero anticipatoria disfunzionale; tale preoccupazione, veniva placata guidandolo a verificare la veridicità delle conseguenze temute; inoltre, veniva fornito a casa come homework l'approfondimento sulla origine dei fenomeni atmosferici, sulle motivazioni meteorologiche del loro verificarsi, con la ricerca di immagini e lo sviluppo di elaborati grafici relativi agli stessi. Successivamente, tutte le volte in cui si ripresentavano la fissità psichica e le stereotipie comportamentali, si riportava l'attenzione del ragazzo sui nuclei di conoscenza attivata, che riducevano ansia e agitazione. Tale metodologia è stata utilizzata via via in forme più astratte, attivando i processi

rappresentativo, ipotetico-deduttivo e metacognitivo, fino a decondizionarlo dalle angosce verso i fenomeni atmosferici, che allo stato attuale sono scomparse ed i fenomeni vengono menzionati solo in modo contestualizzato e finalizzato.



Psicoeducazione

Le azioni di psicoeducazione risultano utili perché permettono il riconoscimento delle emozioni associate ad una particolare situazione stressogena e l'identificazione dei pensieri e delle interpretazioni ad essa legati, i quali, una volta trasformati in schemi funzionali di pensiero e di comportamento, vengono successivamente combinati con specifiche strategie di fronteggiamento, per costituire un repertorio permanente di strumenti di coping del singolo soggetto disabile. Partendo dalla riflessione del ruolo della metacognizione nel disastro, è da evidenziare che le



conoscenze in tale campo possono rafforzare i processi di controllo e autoregolazione dei propri pensieri ed emozioni. Dall'esperienza con casi clinici, si è rilevato che si può agire in senso preventivo, favorendo processi conoscitivi, rappresentativi e di consapevolezza. Ad esempio, la tecnica della **"visualizzazione di immagini"** può risultare un metodo molto efficace per aiutare le persone con disabilità mentale a costruire capacità di gestione dello stress in un contesto di emergenza. Tale tecnica si basa su due presupposti: in primo luogo, le immagini create nella nostra mente vengono percepite dalla stessa area corticale (area 17) che percepisce le immagini esterne, per cui, non essendoci alcuna differenza di percezione tra un'immagine reale ed una mentale, entrambe provocano le stesse reazioni psicofisiche; ne consegue che la mente non è in grado di riconoscere un'esperienza realmente vissuta da una vividamente immaginata. In secondo luogo, è importante sottolineare che per "immagine" si intende non solo la creazione di immagini mentali, ma anche e soprattutto la formazione di esperienze interne complete che comprendono tutti gli elementi sensoriali. Attraverso le tecniche di visualizzazione, è possibile anche influenzare diversi parametri fisiologici come il battito cardiaco, la pressione sanguigna, la percezione del dolore e i processi di guarigione. Tali tecniche si rivelano pertanto molto utili per elaborare le immagini traumatiche, reali o temute, legate alle calamità naturali, soprattutto nel soggetto con disabilità psico-fisica, le cui limitazioni e tempi di reazione più lunghi amplificano inevitabilmente la rappresentazione della distruttività dell'evento stesso. Infatti, discutere a livello preventivo di situazioni ed esperienze ansiogene in grande dettaglio con immagini vivide, associazioni cognitive ed emotive, contribuisce a promuovere un reale cambiamento, dal momento che, confrontando la rappresentazione delle situazioni ansiogene con l'occhio della mente, il soggetto impara a far fronte con maggiore sicurezza, basata sulla conoscenza, la situazione nella vita reale. In definitiva, l'elaborazione mentale dell'immagine e la visualizzazione delle strategie di coping più efficaci da utilizzare, aiuta il soggetto con disabilità a ridurre gli stati mentali di angoscia e di acquisire maggiori capacità di autocontrollo.

Fra le strategie particolarmente efficaci, si possono citare le tecniche cognitivo-comportamentali, tra cui la **"terapia dell'esposizione"**, la "desensibilizzazione sistematica", sviluppata da Wolpe (1958, 1984), comunemente utilizzata ed efficace per le fobie. Le Fobie Specifiche possono essere concettualizzate come esempi di reazioni di fuga o attacco innescate in modo inappropriato o eccessivo dalla presenza di oggetti o situazioni specifici. La paura può avere origine dalla giusta valutazione di un evento pericoloso del passato (es: un incidente automobilistico) o da una stima inaccurata, ma impropriamente minacciosa, di un evento innocuo (es: un attacco di panico). I percorsi diretti (es: condizionamento) e indiretti implicano una rappresentazione cognitiva della consapevolezza che certi stimoli probabilmente determinano o predicono conseguenze avverse e temute (Andrews, et al., 2003).

Tale tecnica, prevede un'esposizione graduale, che può rivelarsi davvero utile nel trattamento di alcune specifiche paure (es. buio, pioggia, temporali, fulmini, etc) e consiste nel presentare con molta gradualità al paziente l'oggetto, la situazione o quell'evento che lo rende ansioso.

In concreto, insieme al paziente si elabora una gerarchia di situazioni ansiogene, iniziando dalla più lieve fino a quella di massima intensità, misurata attraverso una valutazione soggettiva (Unità Soggettiva di Disagio, SUD) su una scala di intensità da 0 a 100. Si induce, quindi il paziente ad affrontare il primo item della gerarchia in immaginazione per il tempo necessario alla diminuzione dell'ansia (in genere 5-10 minuti). È importante durante queste fasi incoraggiare il paziente, sottolineando il suo ruolo decisionale, in modo che possa attribuire a se stesso i progressi terapeutici e rafforzare, pertanto, le proprie abilità di coping. Il passaggio da un item al successivo della gerarchia avviene solo quando si è potuta verificare la riduzione dell'ansia conseguente all'esposizione alla situazione temuta. Si può citare l'applicazione di tale tecnica simile ad un ragazzo di anni 20, D., seguito per "Disabilità intellettiva di grado medio e innesto psicopatologico", con il quale è stata affrontata la fobia del buio.



Le tecniche di esposizione si distinguono in:

- **Immaginazione:** si chiede alla persona di visualizzare mentalmente la scena che genera ansia; gli esercizi prevedono la creazione di una scala di situazioni ansiogene che verranno affrontate poi in immaginazione, partendo dalla meno disturbante;
- **Simulate:** l'ambiente protetto della seduta permette al paziente di sperimentarsi in diversi ruoli e situazioni (es. il fragore di lampi e tuoni che annunciano l'arrivo imminente di un forte temporale, le urla di altre persone, la vista di un incendio che divampa, etc)
- **In vivo:** ovvero esposizione alla condizione reale che il paziente teme.

L'applicazione ottimale della tecnica richiederebbe l'utilizzo di entrambe le forme di esposizione, in vivo ed in immaginazione, anche se quest'ultima risulta di più facile e pratico impiego; in alcuni casi, lavorare esclusivamente in immaginazione si rende necessario, come in presenza di ricordi molto forti di una particolare esperienza traumatica o quando, per ragioni pratiche, risulta quasi impossibile procedere in vivo. D'altra parte, possono esserci delle situazioni in cui è d'obbligo l'esercizio concreto: ad esempio, quando si lavora con

pazienti che presentano una limitata capacità immaginativa o addirittura non hanno alcuna attivazione emotiva nell'immaginare le situazioni ansiogene.

Tornando ad esaminare il caso del paziente C., l'esposizione graduale è stata effettuata attraverso una serie di tappe, appositamente preordinate, per affrontare la fobia della pioggia (in caso di alluvione come evento traumatogeno): il primo step ha previsto la realizzazione di disegni sulla pioggia, il secondo nel guardare fotografie sulla pioggia, il terzo nel guardarne video, il quarto nell'osservare la pioggia attraverso una finestra chiusa, il quinto nell'osservarla aprendo uno spiraglio nella finestra, il sesto nell'osservarla dall'uscio della porta ed infine l'ultimo nell'uscire e farsi bagnare dalla pioggia. Tale tecnica è molto vicina alla pedagogia montessoriana che, sulla base della intuizione che pensiero e azione fossero intimamente connessi e che l'agire tenda ad allineare corpo e mente attraverso attività finalizzate che impegnano l'intera persona in un lavoro costruttivo, vede l'esperienza di qualcosa come presupposto fondamentale della rappresentazione mentale della stessa.



Come già evidenziato, nel caso di eventi di grandi dimensioni o disastri naturali o artificiali, ad esempio il terremoto, gli attacchi terroristici, non è possibile ricreare l'evento *Hic et nunc* e programmare l'esposizione in vivo, per cui si procede in immaginazione o eventualmente con immagini tridimensionali virtuali o video in 3D, attraverso l'utilizzo di occhiali tridimensionali.

Anche il **role-playing** – un tipo di attività esperienziale che permette di lavorare sui propri ruoli e sperimentarsi in modi nuovi – può rivelarsi un ottimo strumento per avviare un processo di cambiamento. Il termine *role-play*, solitamente tradotto in maniera incompleta con l'italiano "psicodramma", o giochi di ruolo, descrive una gamma di attività caratterizzata dal coinvolgimento dei partecipanti in azioni o situazioni "simulate" o che richiedono loro di comportarsi "come se". Successivamente, si analizza la rappresentazione, che servirà ad avviare una discussione, favorendo i processi di consapevolezza e di empatia, poiché centrati sull'interpretazione di specifici ruoli. Questa tecnica ha il vantaggio di offrire un ambiente di simulazione sicuro e senza pressioni eccessive: i partecipanti possono esprimersi liberamente sia nella veste di attori che di osservatori. Il *role-playing* può essere di due tipi: strutturato e non strutturato. Quello strutturato prevede regole, ruoli e schemi rigidi, a cui i partecipanti devono attenersi. Quest'ultima tipologia, permette di focalizzare l'attenzione del gruppo sulla situazione rappresentata, ed è particolarmente efficace per acquisire capacità di *problem solving* o ad imparare determinate procedure. Nel *role-playing* non strutturato o libero, invece, è il gruppo a scegliere cosa rappresentare e non vi sono regole né materiali rigidi a cui attenersi. Tale tipologia permette di ottenere feedback liberi e una discussione spontanea, ed è particolarmente efficace per migliorare la propria capacità di relazionarsi con gli altri.

In generale, in un contesto di preparazione all'emergenza, possono essere utilizzati *role playing* poco strutturati, dato che si tende a lasciare libertà alle persone di riflettere e agire, sulla base della propria esperienza personale legata al trauma vissuto e delle proprie risorse cognitive e alle proprie paure.

LA DIMENSIONE EMOTIVA: RESILIENZA E COSTRUZIONE DI UNA BASE SICURA

Nel considerare la dimensione emotiva è utile focalizzarsi sulla costruzione di una "base sicura" e sullo sviluppo della resilienza quali strumenti di compensazione del disagio e di promozione di un migliore equilibrio psicologico, nonché di attivazione di nuovi processi omeostatici all'interno del mondo psichico del disabile nell'emergenza.

Costruzione di una base sicura

Il concetto di base sicura è stato elaborato da John Bowlby nel 1969, osservando il comportamento dei macachi e quello dei bambini nei primi mesi, in cui notò la presenza di schemi di comportamento identici. L'autore definisce la base sicura come "la base da cui un bambino parte per esplorare il mondo e a cui può far ritorno in ogni momento di difficoltà o in cui ne senta il bisogno". Il termine, però, è stato più propriamente introdotto da Mary Ainsworth (1982) per indicare e descrivere la sensazione di sicurezza che è fornita al bambino dalla figura di attaccamento cioè il *caregiver* (colui che si prende cura). Se la "base sicura" è realmente tale, cioè è ciò che potenzialmente può essere, i bambini tendono a cercarla in momenti di necessità: pericolo, malattia, dolore, stanchezza o dopo una separazione. La presenza della "base sicura" e la sua disponibilità lo tranquillizzeranno. La presenza o la percezione di pericoli comporta l'attivazione nel soggetto del sistema di attaccamento, che lo spinge a cercare la vicinanza di altre persone protettive, al fine di ripristinare la sicurezza perduta. Secondo Bowlby la ricerca di vicinanza è la strategia primaria naturale del sistema comportamentale dell'attaccamento adottata da un soggetto bisognoso di protezione e sostegno. Nell'età adulta, la strategia primaria non prevede necessariamente comportamenti che richiedono una vicinanza effettiva ma anche il ricorso a rappresentazioni mentali dei modelli di relazione con persone che normalmente offrono cura e protezione.

Nel bambino/adulto disabile la costruzione della base sicura assume caratteristiche peculiari: è, prima di tutto, allargata poiché è costituita non da una, ma da più persone ed è, in aggiunta, costituita

non solo da persone ma anche da oggetti, abitudini e luoghi; inoltre, la sua ricerca e costruzione dura tutta la vita e deve essere costruita facendo riferimento alle persone che assistono e che circondano concretamente il soggetto disabile nella quotidianità (familiari, specialisti, operatori, etc).

La costruzione di una base sicura nel caso delle persone disabili, pertanto, deve essere un obiettivo da perseguire nei Servizi e nelle Istituzioni educative. In particolare, possiamo fare riferimento al settore della Riabilitazione, che deve avere, quale principale finalità, il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità e del contesto. Nel campo specifico, le strutture stesse devono acquisire e arricchirsi sempre di nuovi strumenti per tendere, nella loro nuova organizzazione, a configurarsi per i pazienti come base sicura, dove ricostruire un senso di sé il più unitario possibile a partire dalle loro esperienze frammentarie. La riabilitazione, dunque, deve assumere un approccio multidimensionale, in cui fondamentale risulta la dimensione dell'“Aver Cura” da parte di medico, psicologo, terapeuta, educatore, assistente sociale, volontario, ente locale, famiglia. Il recupero di un'abilità deve avvenire attraverso un processo di apprendimento “funzionale”, affinché sia generalizzabile nella quotidianità. Si valorizza, pertanto, l'unitarietà e la complessità dell'individuo. Nell'intervento, è necessario programmare le attività rivolte ad arginare i danni di partenza, ed eliminare le barriere che ostacolano il raggiungimento delle potenzialità. Il *progetto* terapeutico riabilitativo ed educativo, dunque, non deve far sparire il deficit ma lavorare per ridurre gli handicap. Indispensabile, a tal fine, risulta assumere il punto di vista del soggetto e tener conto dei bisogni e della sua storia di vita e realizzare continuità tra: storia del soggetto, potenzialità di sviluppo, progetto di intervento, ingredienti indispensabili per qualsiasi progetto sull'handicap. Per poter costruire una base sicura nel disabile, l'operatore sanitario deve cogliere la qualità psicologica del paziente e sviluppare questa competenza per favorire l'autostima, stabilire un patto con il cittadino per svilupparne l'empowerment. In questo modo, il soggetto non si trova solo di fronte al compito di recuperare abilità motorie o cognitive, ma diventa *protagonista* e *co-terapeuta* dello sviluppo personale.

Fra i temi dello sviluppo personale, gli operatori della Riabilitazione e dei Servizi devono tener conto del bisogno di sviluppare processi e competenze utili al disabile nelle emergenze, vista la frequenza con cui quotidianamente si assiste ad episodi traumatogeni e disastri.

In un contesto di emergenza, partendo dalla competenza acquisita, il disabile compie un personale percorso di ricerca-ricostruzione di una nuova base sicura allargata e, in tale ottica, gli operatori vengono incontro a questo bisogno ponendosi essi stessi come nuova base, senza perdere di vista l'obiettivo dell'autonomia.

Resilienza

Alle strategie, tecniche e strumenti descritti in precedenza, possiamo aggiungere lo sviluppo della capacità di resilienza.

Il termine, traslato dalla fisica, dalla biologia e dall'informatica viene utilizzato dalla psicologia e dalla sociologia per indicare la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando, inoltre, le proprie risorse sul piano personale e sociale (Oliverio Ferraris, 2003). La resilienza, quindi, può essere considerata come la capacità di affrontare eventi stressanti, superarli e continuare a svilupparsi aumentando le proprie risorse con una conseguente riorganizzazione positiva della vita (Malaguti, 2005).

Come altre abilità, la resilienza può essere acquisita attraverso un processo di apprendimento che deve essere sostenuto e incoraggiato dalle istituzioni formative. L'educazione alla resilienza comporta il potenziamento di competenze e costituisce, pertanto, uno strumento primario di prevenzione del disagio psicopatologico e sociale. La resilienza è multidimensionale e multideterminata, in quanto dipende dall'interazione di diversi fattori, quali predisposizioni genetiche (nel temperamento, nell'intelligenza, nella diversa suscettibilità ai possibili eventi ambientali), qualità personali (abilità sociali e autostima), fattori ambientali (legami familiari, apprendimento, aspettative, ecc.). La presenza o assenza di relazioni di sostegno, necessarie in ogni fase della vita, può modificare significativamente



la resilienza nel tempo; è quindi necessario che la stessa venga considerata in una prospettiva life span (Camuffo, Costantino, 2010).

Sostenere le scelte di integrazione dei soggetti disabili nella comunità, aiuta a modificare il vissuto dei pazienti e dei loro familiari e impedisce l'estrinsecarsi di scelte di emarginazione. La comunità, infatti, deve essere educata attraverso le esperienze di convivenza quotidiana a considerare l'esistenza delle parti sane dei pazienti, imparando a non temere gli aspetti deficitari, a non demonizzare il limite.

Alla luce di quanto espresso, un disabile resiliente nell'emergenza è, dunque, una persona che viene messa nelle condizioni di portare a termine un processo di maturazione fondamentale; per cui, attraverso un sostegno psicologico mirato e tempestivo, l'evento avverso può diventare un rilevante strumento di crescita personale e di sviluppo di nuove risorse e potenzialità, tra cui lo sviluppo di migliori strategie di coping nel disastro.

CONCLUSIONI

Concludendo, è importante evidenziare che principi e le strategie illustrate nel presente lavoro, non hanno caratteristiche di esaustività, ma potrebbero diventare spunti per specifici interventi di formazione nel settore della Psicologia dell'Emergenza, diventato ormai sempre più "emergente" e incalzante, nonché di approfondimenti, sperimentazioni, ricerche e programmi di intervento rivolti ai soggetti.

Essi programmi, inoltre, dovrebbero essere allargati a tutti i potenziali caregivers (operatori, familiari, amici, etc) che ogni giorno interagiscono con i soggetti disabili e li guidano nei processi di consapevolezza delle potenziali risorse e delle strategie utili ad essere nel mondo.

Durante il percorso, un'attenzione particolare deve essere data allo sviluppo di abilità che favoriscano l'autonomia e l'integrazione sociale del cittadino con disabilità. In quest'ottica, le azioni richieste sono multiple e richiedono risposte integrate ed unitarie, attraverso un approccio multidimensionale e multidisciplinare nell'elaborazione di un progetto assistenziale efficace e rispondente a criteri di appropriatezza.

L'obiettivo finale di tutte le attività del progetto, anche in età adulta, è la produzione di risorse volte al miglioramento della salute e della qualità di vita delle persone con disabilità. Gli operatori devono operare e progettare a garanzia dell'utenza per il loro progetto di vita e di scelta possibile. A tal fine, è indispensabile la collaborazione di tutte le strutture e di tutti gli attori, istituzionali e non in modo continuo, permeati da cultura tecnico-scientifica comune, adeguandosi e aderendo ai temi attuali, tra cui quello dell'emergenza. Infine, tale proposta appare tanto più urgente quanto più si considera il ripetersi di disastri ed eventi traumatogeni, che si verificano con sempre maggiore frequenza e gravità.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1992). *ICD-10, Decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Milano, Masson.
- A.A.V.V. (2014). *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia*. Centro Scientifico ed., Torino.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall. s.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- Axia,V. (2006). *Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza*. Bologna: Il Mulino.
- Banon D. (1992). *L'intervento psicoterapeutico nelle situazioni di crisi*. Padova, Kendall.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (vol. 1)*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. (raccolta di saggi, tra cui quello sui cinque compiti terapeutici)*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- *Carta di Verona sul salvataggio delle persone con disabilità in situazioni di crisi ed emergenza* (2007). Dichiarazione dei partecipanti alla Consensus Conference tenutasi a Verona l'8-9 Novembre 2007.
- Castelli, C., Sbattella, F. (2003). *Psicologia dei disastri: interventi relazionali in contesti d'emergenza*. Roma: Carocci.

- *Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità* (2006).
- Camuffo M., Costantino M.A. (2010). *Promozione della resilienza e strategie di intervento*. *Giorn Neuropsich Età Evol*, 30: 120-129.
- Chomsky N. (1957). *Syntactic Structures*.
- Cornoldi C., Caponi B. (1991). *Memoria e metacognizione*, ERICKSON, TRENTO, 1991.
- Costantino M.A., Camuffo M. (2009). *Trasformazioni del concetto di resilienza e ricadute per la pratica*. In *Ricerca e pratica*, 25, pp. 57-64.
- *Emergenza e Disabilità*, a cura del Prof. Ing. Nicola Marotta, documento tratto da una lezione relativa al Master di Secondo Livello in Management in Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e Valutazione dei Rischi (Esperto in Sicurezza) dell'Università di Pisa.
- Flavell, J. H. (1971). *First discussant's comments: What is memory development the development of?* *Hu*
- Flavell, J.H. (1981). *Cognitive monitoring*. In *W. P. Dickson (Ed.), Children's oral communication skills* (pp.35 - 60). New York: Academic Press. *man Development*, 14, 272-278.
- Friedman M.J., Ford J.D., Gusman F.D., Ruzek J.I., Young B.H., (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*. Trento, Erikson.
- Edoardo G., Ornelli C. (1999). *Role play. Teoria e pratica nella clinica e nella formazione*. Sovera Edizioni.
- Janes D. (1996), *Metacognizione e insegnamento*, ERICKSON, TRENTO.
- Janes D. (1990). *Ritardo mentale e apprendimenti complessi. Teorie e ricerche su autoregolazione, metacognizione e generalizzazione*. ERICKSON, TRENTO.
- Janes D. (2004), *La diagnosi funzionale secondo l'ICF*, Erickson.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Erickson, Trento.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Oliverio Ferraris, A. (2003). *La forza d'animo*. Milano: Rizzoli.
- OMS (1980). *Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH)*, Cles, 1980.
- OMS (1992). *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*, Masson, Milano, 1992.
- OMS (1999). *Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità, ICIDH-2, Bozza Beta-2*, versione integrale, Erickson, Trento, 1999.
- OMS (2001). *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento, 2001.
- Pietrantoni L. Prati G., (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna, Il Mulino.
- Sbattella F., (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano, F. Angeli.
- Sbattella F., Tettamanzi M. (a cura), (2013). *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*. Milano, F. Angeli.
- Vianello R., Cornoldi C. (1997). *Metacognizione e sviluppo della personalità*, JUNIOR, BERGAMO, 1997.
- Wolpe J. (1958). *Psycotherapy by reciprocal inhibition*, CA, Stanford University Press, Stanford.
- Wolpe J., Lazarus A. (1966), *Behavior Terapy Techniques*, Oxford Pergamon Press.
- Wolpe J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*, Pergamon Press.
- Wolpe J., Lazarus A. (1984), *Tecniche di Terapia del Comportamento*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- Wolpe J. (1985), *Psychotherapy treatment of phobia and panic disorders*, Stanford University Press, Stanford.
- Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. L., Friedman, M. J., Gustman, F. D. (2002). *Disaster mental health service: a guidebook for clinicians and administrators*. Trad. It. Lo Iacono, G. (a cura di). *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*. Trento: Erickson 2002.
- Zuliani A. (2006). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Dogana, Maggioli Editore.
- <https://www.interris.it/sociale/haiti-cbm-il-tasso-di-mortalita-dei-disabili-e-doppio-rispetto-al-resto-della-popolazione>
- <https://www.comunitadicapodarco.it/guerre-terremoti-tsunami-ecco-come-soccorre-le-persone-disabili/>
- <http://www.repertoriosalute.it/emergenza-e-disabilita/>



ANALISI DELLE DIFFERENZE DI GENERE NELL'OMICIDIO SERIALE

Francesca Lacerenza

Psicologa, terapeuta EMDR, specializzanda in Psicoterapia relazionale sistemica

Valentina Monticelli

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia strategica ad approccio breve

Antonella Sciancalepore

Psicosessuologa, Psicologa giuridico-forense, specializzanda in Psicoterapia relazionale sistemica

Carmen Finamora

Psicologa, esperta in gestione e sviluppo delle risorse umane

RIASSUNTO

La criminologia ha sempre dedicato la sua attenzione allo studio della delinquenza femminile per studiarne gli aspetti qualitativi e quantitativi, rispetto a quella maschile.

Gli atti criminosi compiuti dalle donne sono numericamente inferiori rispetto a quelli maschili, solo negli ultimi tempi nel novanta per cento dei casi di infanticidio l'assassino è la madre.

Il termine "Serial Killer" è stato coniato negli Stati Uniti dall'agente speciale dell'FBI, R. Resler, proprio per far riferimento ad una particolare tipologia di assassini multipli, connessi come eventi separati che possono susseguirsi in un periodo di tempo che va da poche ore ad interi anni.

Numericamente le donne Serial Killer non sono tante, però le stesse sono molto più pericolose degli uomini, in quanto presentano una capacità

di manipolazione nettamente superiore: due casi a confronto: Leonarda Cianciulli e Aileen Wuornos. Diversi sono i fattori che influenzano la condotta criminale, ma non esiste ciò che possa chiamarsi "causa della criminalità".

PAROLE CHIAVE

Criminalità, differenze, donne, serial Killer, vittime.

LA CRIMINALITÀ FEMMINILE

Per poter spiegare il minor numero di reati femminili rispetto a quelli maschili, sono state fornite diverse interpretazioni.

In primo luogo, il "rilevamento è in parte falso dall'elevato numero oscuro, costituito dalla partecipazione latente della donna nelle attività criminali, in quanto operano più da istigatrici che da esecutrici, dall'atteggiamento di "protezione"

dell'uomo nei loro confronti. Ulteriori interpretazioni possibili rispetto a tale differenza, possono essere ricercate: nella diversa struttura biopsichica dei due sessi; nella necessità di diffusione dei propri geni; nella diversa posizione della donna nella società e nell'equivalenza tra criminalità e prostituzione.

Lo studio della personalità criminale risale agli inizi dell'800, quando lo psichiatra P. Pinel la collocò nella "mania senza delirio"; con questa definizione si voleva indicare l'incontrollabilità della sfera emotivo-affettiva senza una corrispondenza perdita di ragionamento e, come tale venne creata una nuova entità clinica deplorata socialmente.

A questa entità clinica, il dr. C. Lombroso aggiunse anche delle specifiche caratteristiche antropologiche che, come tali, facevano della criminalità una caratteristica congenita e costituzionale. Passando a ciò che la criminologia ha sostenuto sulla devianza femminile, è possibile affermare che nell'ambito delle teorie della Scuola Positiva, le donne devianti non venivano configurate come trasgressive e ribelli ad un sistema, ma come biologicamente anormale o come individui psicologicamente malati.

Le loro azioni non erano considerate razionali, e di conseguenza bisognava allontanarle dalla società. Secondo gli studi più recenti, invece, la donna criminale presenta la propensione all'inganno e alla frode, a causa del fatto che tali comportamenti sarebbero conseguenza di un ruolo sociale passivo, quindi non necessariamente violento e non diretto contro le persone.

Inoltre, secondo la teoria delle relazioni oggettuali, la struttura psichica si fonda sui rapporti oggettuali dell'lo che tendono a rafforzarsi fino a diventare caratteristiche stabili della psiche inconscia; infatti gli oggetti interni introiettati dal bambino possono essere percepiti come buoni o cattivi, determinando vissuti reali sia nel mondo interno del soggetto che nel mondo esterno, fino a determinare i suoi comportamenti e le sue relazioni con gli altri. Pertanto, nell'età adulta, ogni individuo tenderà a stabilire rapporti oggettuali positivi, negativi o neutrali, che corrisponderanno a sua volta ai propri legami relazionali.

Un cattivo rapporto con l'oggetto determinerà difficoltà relazionali, instabilità emotiva e ansia, al contrario, un buon rapporto con l'oggetto coinciderà con valide relazioni, fiducia, disponibilità e ottimismo. Nei rapporti neutrali con l'oggetto dominerà il distacco e l'allontanamento nelle dinamiche relazionali, caratterizzate da neutralità emotiva. Tuttavia, risulta essere riduttivo incentrare la comprensione della psicologia femminile e lo sviluppo dell'lo, esclusivamente su caratteristiche sessuali e biologiche primarie, quindi esclusivamente anatomiche, in quanto è di notevole importanza il fattore socio-ambientale-culturale in cui la personalità si struttura.

Analizzando il reato di infanticidio, le donne Killer presentano spesso uno sviluppo dell'lo orientato in senso introversivo, con rigidi meccanismi di rimozione, repressione e isolamento, che non appaiono funzionali al contenimento dell'ansia. Inoltre, si evidenziano notevoli difficoltà, relative al processo di identità, legate ad uno scarso sviluppo delle primarie relazioni oggettuali rispetto a quelle secondarie. Per quanto riguarda le funzioni intellettive, queste risultano essere adeguate, anche se prevalgono nettamente le attitudini teoriche rispetto a quelle pratiche; vi è infatti, una perdita delle capacità concrete ed il pensiero può presentare regressione ed immaturità.

Anche i rapporti sociali, sembrano essere notevolmente compromessi da un lo che appare immaturo e poco armonizzato con la realtà. Mancano, elementi che offrano la possibilità di stabilire relazioni estroverse nei confronti del mondo esterno, sono presenti infatti atteggiamenti di ritiro sociale, al fine di evitare contatti di relazione espansivi.

Gli elementi che sembrano comporre la struttura di questo tipo di personalità sono, per lo più, di dipendenza passiva dall'oggetto, unita ad aggressività interiorizzata e fortemente repressa.

LA DONNA SERIAL KILLER

"Serial Killer" non indica chi compie più omicidi, ma colui che ha ucciso più persone in momenti successivi per il verificarsi di una serie particolari di motivazioni.



Un individuo che ha subito una serie di esperienze traumatiche, perpetrate nel tempo, struttura intorno al trauma la personalità del futuro Killer. Dall'esame di alcuni casi nella storia del crimine, emerge che l'assassina seriale è certamente più attenta, metodica, precisa e fredda nell'esecuzione del delitto rispetto all'uomo: infatti occorrono più anni di indagine per poter identificare una donna Serial Killer. La maggior parte delle donne assassine seriali, sembrano essere cresciute in famiglie multiproblematiche che hanno sviluppato in loro una personalità aggressiva, violenta e bisognosa di dominare gli altri. L'analisi dei vari casi permettono di affermare che le donne che uccidono individualmente, non torturano le vittime prima di ucciderle e non si gratificano sessualmente assistendo alle loro sofferenze, anche se, ad esempio, un avvelenamento della vittima, che causa una lunga agonia, può essere considerato una forma di tortura. Le vittime scelte dalle donne hanno generalmente un qualche grado di relazioni con loro e vengono prevalentemente uccise con modalità sedentarie. Solitamente, la donna Serial Killer, rispetto al genere maschile, quando viene arrestata, tende a confessare gli omicidi senza mostrare alcun segno di rimorso o pentimento, segno ulteriore della sua estrema pericolosità.

Gli elementi comportamentali che caratterizzano l'omicida seriale possono essere:

- In primis, la ripetizione dell'omicidio, infatti il Serial Killer uccide fino a quando non verrà fermato;
- Le modalità dell'uccisione hanno regole generalmente codificate: il Serial Killer "uccide la sua vittima da solo";
- Non ci sono vincoli e/o rapporti di alcun genere tra lui e la preda; "la vittima non sembra svolgere alcuna attività inducente sull'aggressore";
- L'assassino seriale prova una pulsione irrefrenabile omicidiaria senza alcun movente passionale.

"La quasi totalità dei soggetti con disturbi dissociativi, e una percentuale notevolissima di assassini seriali, hanno subito da bambini violenze inenarrabili".

Non può, a questo punto, essere trascurato il grado di integrazione di questi soggetti nel tessuto sociale; perciò, lo studio di tale contesto assumerà particolare rilievo all'interno di un processo dinamico tra l'individuo e quella situazione che ha facilitato la formazione della struttura criminale della loro personalità.

L'infanzia è un momento fondamentale per la salute fisica e mentale del futuro adulto, ed è molto importante la formazione di un buon legame di attaccamento fra il bambino e chi si prende cura di lui. La frantumazione o la mancata formazione del legame di attaccamento, può produrre un bambino incapace di provare simpatia, affetto o rimorso per un altro essere umano, caratteristiche comuni anche agli assassini seriali.

Alla base del mancato processo di attaccamento, molte volte c'è un problema di abbandono genitoriale.

Frequentemente il bambino, cresciuto in un orfanotrofio, non riceve le cure adeguate alle esigenze della sua età, in quanto gli istituti sono spesso sovraffollati e gli operatori non riescono ad occuparsi di tutti i bambini allo stesso modo.

Diversi assassini seriali hanno sofferto dell'abbandono genitoriale, pur nascendo all'interno di un matrimonio regolare, che però presentava caratteristiche di instabilità.

Si tratta di famiglie multiproblematiche, intendendo con questo termine "ogni gruppo familiare composto da due o più persone in cui più del 50% dei membri ha sperimentato in un arco di tempo indicato, dei problemi di pertinenza di un servizio sociale e/o sociosanitario o legale."

Il provenire da famiglie multiproblematiche non consente lo stabilirsi di relazioni comunicative adeguate.

Molti assassini seriali, da bambini, sono andati incontro al processo di "triangolazione": i genitori coinvolgono il bambino nei loro conflitti emotivi, usandolo alternativamente come strumento per ricattare l'altro coniuge.

In particolare la madre, usa quello che gli psicologi chiamano abuso passivo-aggressivo per "triangolare" il figlio nella loro relazione: molte

madri di futuri assassini seriali tendono, dopo aver divorziato, a impedire al figlio di vedere il padre, interrompendo così la relazione figlio/padre e privando il piccolo del modello identificativo.

Il rapporto con la figura paterna è fondamentale perché il bambino sviluppi la sua identità di genere. Se il padre è assente o inadeguato, il bambino deve trovare un altro modello maschile con il quale identificarsi; se neanche questo esiste o viene a mancare troppo presto, il bambino si ritirerà nella fantasia, perdendo progressivamente contatto con il mondo reale.

Per quanto riguarda le assassine seriali, si rileva un'elevata incidenza di abusi sessuali durante l'infanzia; la maggior parte delle volte è il padre a rendersi colpevole dell'abuso, ma può anche essere un fratello, uno zio o un altro parente.

Anche nel loro caso c'è una mancanza di direzionalità nei rapporti comunicativi con i genitori.

Gli studiosi che si sono occupati dell'omicidio seriale hanno cercato di elencare una serie di "sintomi" che, se riscontrati durante l'infanzia, possono far presagire un futuro comportamento omicidario seriale:

- Isolamento sociale: deriva dall'abuso precoce che provoca una carenza di amici, l'isolamento è favorito anche dalla presenza di difetti fisici particolari che sviluppano nel ragazzo un complesso di inferiorità che lo porta a rinchiudersi sempre più in se stesso.
- Difficoltà di apprendimento: danni fisici e mentali ed una mancanza di fiducia negli altri portano a creare il fallimento scolastico, situazione comune a numerosi assassini seriali.
- Sintomi di danno neurologico: questo danno può essere provocato da una ferita o da una malattia e include forti mal di testa, attacchi epilettici, scarsa coordinazione muscolare e incontinenza.
- Comportamento irregolare: è caratterizzato da un bisogno immotivato di mentire, ipocondria e comportamento camaleontico, per mascherare la devianza sociale.
- Attività sessuale precoce o bizzarra: molte vol-

te gli assassini seriali iniziano a masturbarsi da bambini, oppure manifestano dimostrazioni di sessualità violenta e abusiva nei confronti di altri.

- Ossessione per il fuoco, il sangue e la morte: il comportamento incendiario occupa un posto importante nella biografia di numerosi serial killer. Il fuoco rappresenta un fattore fondamentale di piacere sessuale. Inoltre essi, nel periodo evolutivo, mostrano una singolare attrazione nei confronti del sangue e per la morte. Essi sono affascinati da tutto ciò che è collegato alla morte.
- Crudeltà verso gli animali e/o altre persone: nel periodo evolutivo, gli assassini seriali, spesso, fanno le prove degli omicidi su animali che vengono torturati e mutilati.
- Comportamento autodistruttivo: gli studiosi hanno considerato tale comportamento come precoce desiderio di morte o una semplice brama di attenzione.
- Precoce abuso di stupefacenti: è questo un modo di evasione psichica dalla realtà o di emulazione del comportamento genitoriale, ed è molto frequente fra gli assassini seriali.

DIFFERENZE FRA OMICIDIO SERIALE MASCHILE E FEMMINILE

Tracciando un identikit del serial killer donna, si evidenziano le stesse caratteristiche dei serial killer uomini: sembrano espansive, ma sono molto chiuse e solitarie, evidenziano grave assenza o disturbo dell'istinto materno; hanno subito abusi infantili, molestie sessuali, sviluppando in tal modo un sessualità precoce.

Spesso il loro rapporto matrimoniale è instabile e finiscono con il prostituirsi.

"Le vittime sono familiari ed estranei in egual misura: tra i primi il marito è il bersaglio più frequente, mentre gli estranei sono scelti tra i più deboli ed indifesi".

Al contrario degli uomini Serial Killer, "non vanno a caccia della preda, ma preferiscono attirarla nella loro tana".

Sostanziale differenza tra l'agire dell'uomo e della donna sta nel mezzo utilizzato: l'uomo tende a



ricercare il contatto fisico con la vittima mediante lo strangolamento, l'accoltellamento o l'utilizzo di un'arma da fuoco; le donne, in genere, prediligono il veleno, soprattutto l'arsenico, la stricnina ed il clorato di potassio.

Le assassine seriali, riescono a portare avanti per anni e anni la catena dei loro omicidi e sono molto più difficili da scoprire e catturare, rispetto ai loro corrispettivi maschili. Il tempo medio di durata di un caso di omicidio seriale commesso da una donna è di otto anni, il doppio di quello maschile. "La scelta delle armi, l'accurata selezione delle vittime e una pianificazione metodica dei delitti volta a simulare una morte naturale, sono tutti elementi che sono alla base di questa loro longevità".

Un altro elemento di diversificazione tra maschi e femmine è costituito dalla tendenza alla mobilità. Contrariamente a quanto avviene per i Serial Killer maschi, le donne non amano spostarsi per commettere i loro reati.

Le categorie più generali in cui suddividere l'omicidio seriale femminile sono due: le donne che uccidono individualmente e quelle che agiscono insieme ad uno o più assassini.

Le prime hanno una personalità aggressiva, violenta e bisognosa di dominare gli altri; le donne che uccidono in coppia con un uomo, sono donne con bassa autostima e una forte insicurezza, psichicamente fragili e dipendenti; sono attratte da uomini forti, che sembrano dar loro protezione, ma presto la personalità dominante di questi prende il sopravvento e alla fine diventano le loro schiave.

Tra le assassine seriali che agiscono da sole troviamo:

▪ **Le vedove nere**

Iniziano la loro carriera criminale dopo i 25 anni uccidendo mariti, partner, familiari, ma anche persone con le quali hanno sviluppato un rapporto di conoscenza diretta. L'arma preferita è il veleno, che viene utilizzato con accortezza; il successo, induce, poi, l'assassina ad impossessarsi dei beni della vittima.

▪ **Gli Angeli della Morte**

Uccidono solitamente le persone che sono affi-

date alle loro cure o delle quali si devono occupare per qualche motivo, tipo attenzioni mediche o un altro tipo di supporto. "L' Angelo della Morte" uccide negli ospedali, nelle case di cura, aggiungendo un farmaco alla terapia oppure raddoppiandone la dose o ancora interrompendo il flusso di ossigeno, è ossessionata dal bisogno di controllare le vite delle persone di cui si occupa, decidendo a chi concedere la vita o a chi dare la morte.

▪ **Predatrici sessuali**

È il tipo più raro di assassina seriale. Sceglie le proprie vittime in base al sesso ed il movente principale di tali omicidi è, appunto, di natura sessuale. Hanno un'età che varia dai 30 ai 50 anni e sono geograficamente mobili.

▪ **Le assassine per vendetta**

Le donne che uccidono ripetutamente e per un sentimento di vendetta sono rare; più facilmente esse colpiscono solo una volta. Ciò che le rende particolari è la "qualità" della rabbia, un'ostilità profonda e diffusa; sono attratte dalle qualità più oscure della vendetta ed uccidono senza un periodo di raffreddamento emozionale tra un delitto e il successivo.

▪ **Le Assassine per Profitto**

Questa assassina uccide vittime durante la commissione di altre attività criminali oppure per un guadagno economico, è un'assassina molto organizzata e attenta; di conseguenza risulta molto difficile da scoprire e catturare.

▪ **L'Assassina Psicotica**

Soffre di una psicosi e uccide in risposta a un delirio interiore accompagnato da allucinazioni.

Gli omicidi sono commessi in modo casuale, senza un movente chiaro e in presenza di disturbi psicologici nell'assassina.

Per quanto riguarda, invece, le assassine che agiscono in gruppo, l'unica tipologia da citare sono le Team Killer.

Esse rappresentano circa un terzo delle donne serial killer e possono uccidere in complicità con un uomo, con una donna, oppure far parte di un vero e proprio team familiare.



La coppia più comune è certamente uomo-donna, e gli omicidi sono di natura sessuale, e l'età della donna è di circa 20 anni; nel caso in cui siano due donne a costituire un team, l'età media è di circa 25 anni.

Nel team familiare la componente femminile è più giovane e l'età della vittima varia dai 9 ai 15 anni. Nel caso in cui, poi, la vittima sia un bambino, l'omicidio sarebbe determinato da una delle seguenti cause:

Sindrome di Munchausen per procura:

La definizione Sindrome di Munchausen, trae origine, nella sua definizione, dal protagonista della storia del barone di Munchausen che, dopo aver combattuto nell'esercito russo contro i turchi, si ritirò in un castello dove intratteneva i suoi ospiti raccontando delle storie inverosimili; da queste invenzioni prende riferimento la sindrome, caratterizzata, nell'adulto che la presenta, da un'esagerazione o invenzione dei sintomi, che richiedono un

continuo consulto medico.

Le persone che presentano tale sindrome, arrivano a sottoporsi ad accertamenti ed esami clinici anche molto invasivi, e persino ad interventi chirurgici.

Karlin (1995) distingue tre tipologie di madri che inducono la MsbP:

- **help seekers:** donne che, attraverso la preoccupazione per la salute del figlio esprimono ansia e depressione e, soprattutto la loro incapacità di prendersi cura del minore. A tale condizione, spesso sono associati conflitti coniugali, gravidanze inattese e madri sole;
- **active inducers:** donne che inducono nei figli malattie con metodi drammatici; sono in genere ansiose e depresse e utilizzano modalità difensive quali la negazione, la dissociazione degli affetti e la proiezione paranoidea; tendono a controllare i medici che si occupano del figlio e desiderano apparire come madri perfette nei confronti del bambino;



- doctors addicts: donne ossessionate dal bisogno di ottenere cure mediche per malattie inesistenti del proprio figlio; non accettano che non esista una malattia, sono sospettose e diffidenti.

Merzagora Betsos (2003) propone degli indicatori utili a rivelare la presenza di un abuso da simulazione o perpetrazione di sintomi:

- relativi all'osservazione medica: presenza di segni o sintomi bizzarri che non corrispondono ad alcuna malattia conosciuta o che risultano incongrui rispetto a patologie note, i trattamenti non hanno efficacia, i segni e i sintomi compaiono solo quando il bambino è da solo con i genitori, nella famiglia vi sono precedenti di malattie insolite o di morti strane;
- relativi all'osservazione del perpetratore: il genitore esibisce delle conoscenze di medicina, ha un comportamento eccessivamente controllato rispetto alla gravità del quadro del figlio, stabilisce relazioni cordiali e strette col personale medico, non lascia mai da solo il bambino durante la degenza in ospedale.

I danni riportati dai bambini vittime di tali sindromi sono molteplici, sia fisici che psicologici (danni ad organi interni, incubi notturni, difficoltà nell'apprendimento, assenza di relazioni sociali, sindrome ipercinetica, perdita della capacità di riconoscere le sensazioni interne del proprio corpo).

Le madri che procurano la MsbP risultano affette da una patologia ipocondriaca molto grave e proiettano sul figlio la parte deteriorata del proprio sé. Chi soffre di questo disturbo, inventa o procura sintomi nei propri figli e poi li sottopone ad una serie di esami ed interventi medico-chirurgici che li danneggiano o addirittura li uccidono.

Nel corso della malattia dei loro figli, molte di queste madri vive in ospedale con loro o vi trascorre molto tempo. Scopo di tali assassine seriali è quello di apparire affettuose e di conseguenza di essere considerate delle ottime madri.

Complesso di Medea: Secondo la Criminologia Clinica e la Psicologia, il Complesso di Medea –che ci riporta naturalmente alla nota figura greca- sta a

delineare quel quadro sindromico nel quale il genitore di sesso femminile (la madre), posto in situazione di stress emotivo e/o conflittuale con il partner, utilizza il proprio figlio per scaricare la sua aggressività e frustrazione, arrivando anche all'azione omicidiaria del piccolo, strumento di potere e di rivalsa sul coniuge.

Da un punto di vista psicologico, nel momento dell'uccisione del figlio, la madre raggiunge l'apice del delirio di onnipotenza (tipico delle crisi psicotiche) e si autonoma giudice di vita e di morte.

Un esempio a riguardo è in Marybeth Tinning la quale uccise i suoi 9 figli uno alla volta facendole passare per morti naturali, nei periodi in cui litigava con il marito (tentò di uccidere anche lui avvelenandolo); altro esempio lo troviamo in Theresa Cross che uccise i suoi due figli in modo particolarmente brutale, dopo violente liti con il marito.

I così detti "Figlicidi" sono tutt'oggi un fenomeno sottovalutato e sottostimato andando ad aumentare il "numero oscuro" nello studio della statistica in questione, ossia la quantità di fatti delittuosi o quasi – delittuosi che non possono essere riportati perché non denunciati o non arrivati ad omicidio conclamato. Lo stesso Lombroso (1892) padre della Criminologia Positivista, considerava una rarità la donna violenta, nella quale lo sbocco naturale dell'aggressività si pensava fosse la prostituzione, d'altra parte l'assassinio sembra essere del tutto in contrasto con il ruolo attribuito oltre che al sesso femminile in generale ed alla madre in particolare, come protettrice della famiglia.

Oltre al bisogno di possesso, già accennato, un'altra caratteristica del Complesso di Medea è quindi il bisogno di sentirsi (ed essere) unici ed esclusivi; la sensazione che molte madri hanno di perdere gradualmente una parte di se stesse è influenzato dal proprio ruolo sociale.

Diversamente dal figlicidio paterno in cui il padre spesso uccide per vendetta ma è comunque "socialmente sano" in quanto, proprio per il ruolo sociale vestito, trova la sua realizzazione anche e soprattutto al di fuori del contesto familiare, nelle madri spesso (paradossalmente

ancora oggi) la massima realizzazione di sé è data dall'accudimento della casa, del marito e dei figli verso i quali opera il cosiddetto investimento emotivo (da qui il tipico iperprotettivismo materno). La madre in questi casi "si illumina della luce" del proprio figlio al quale dà molto, ma allo stesso tempo pretende ed investe altrettanto.

Accennando brevemente alle diverse forme di maltrattamento (fisico e psicologico) ed in modo più specifico alle Patologie delle cure (incuria, ipercuria e discuria), il Complesso di Medea è classicamente riportato tra le forme di ipercuria definita come eccessiva cura genitoriale verso il proprio figlio, ma è anche una forma di discuria (la madre risponde ai bisogni del figlio non comprendendoli, ma sentendo e soddisfacendo i propri, è quindi un genitore non responsivo). Spesso la madre che compie un figlicidio ha problemi familiari economici, conflittuali con il partner, una famiglia di origine che a sua volta l'ha maltrattata, e/o precedenti attuali episodi di tossicodipendenza, agire omissivo di alcune madri passive e negligenti nel proprio ruolo materno e per le quali il bambino minaccia la propria esistenza. In questi casi il figlio spesso si prende cura di se stesso e si "adulterizza" precocemente. Vendetta della madre nei confronti del partner (Complesso di Medea vero e proprio) per i quali nutre odio, gelosia, invidia e lo riversa sul figlio sia perché lo vede come prodotto del loro amore sia perché figura più facile da sottomettere perché fisicamente meno forte ed indifeso. Esistono poi madri che uccidono figli indesiderati per una gravidanza non voluta o perché associato a ricordi traumatici (esempio frequente è il figlio frutto di una violenza), madri che negano psicologicamente la gravidanza. Succede così che il periodo della gestazione avvenga normalmente e successivamente la madre decida di partorire nel bagno tramite una rapida espulsione. Vi sono poi, madri che ripetono nel loro figlio una violenza subita dalla loro madre, e

madri che uccidono il proprio figlio perché pensano di salvarlo, viene anche definito "omicidio pietatis causa" o "figlicidio altruistico".

Madri che uccidono il proprio figlio per non farlo soffrire, ma che in realtà sentono il bambino come un fardello, è questo il quadro tipico del così detto "omicidio compassionevole"; madri che prodigano cure affettuose al figlio ma che in realtà lo stanno subdolamente uccidendo.

Secondo lo psichiatra G. Nivoli, vi possono essere diverse variabili concausali in un figlicidio:

La madre prova un senso di ineguatezza nel proprio ruolo, questo è dovuto in larga parte a non aver avuto un modello positivo materno da poter imitare; la madre presenta spesso patologie acute, in questo caso tali cause sono in realtà delle aggravanti o fattori che precipitano un determinato evento (ad esempio: depressione post-partum, tristezza, incapacità a soddisfare le richieste del bambino che piange); spesso la madre ha avuto delle situazioni problematiche quali situazioni di perdita, lutti o abbandono.

Infine da un punto di vista evoluzionistico il figlicidio risulta "contro-natura" per la sopravvivenza della specie di cui la madre è portatrice dal mito greco di Medea che uccise i suoi figli per vendicarsi del tradimento del coniuge.

"Le donne con tale complesso uccidono la prole per punire il marito, al quale vengono sottratti per sempre i figli, in un delirio di onnipotenza omicida che sembra essere fomentato dalla frase: "io ti ho dato la vita, io posso toglierla".

DUE CASI A CONFRONTO:

LEONARDA CIANCIULLI E AILEEN WUORNOS

Leonarda Cianciulli

la macabra storia della Saponificatrice di Correggio

Un caso italiano che è profondamente entrato a far parte del modello di omicidio seriale femminile, è senza dubbio quello relativo a Leonarda Cianciulli.

Personalità misteriosa, fu sulle prime pagine di tutti i giornali, la Cianciulli si era sollevata dalla miseria, trasformando la sua esistenza, travolta dalla



sofferenza, in una vita dignitosa e per certi versi agiata.

Leonarda Cianciulli, nata nel 1893 in provincia di Avellino, a Mantella. Sua madre, Emilia Di Nolfi, era stata rapita e stuprata da un compaesano, che poi aveva dovuto sposare, perché rimasta incinta.

Leonarda, figlia di quella violenza, fu sempre considerata colpevole dalla madre, che nutrì nei suoi confronti un profondo risentimento.

Rimasta vedova dal primo marito, la donna si era risposata; dal secondo matrimonio le erano nati altri figli e Leonarda, brutta e malaticcia, veniva evitata persino dai fratelli. La sua fanciullezza fu quindi contrassegnata dalla solitudine e dall'abbandono. Così passava le sue giornate da sola, dialogando con amici immaginari, e per due volte cercò di togliersi la vita: in un primo momento provò a impiccarsi, ma le si ruppe la corda; successivamente provò ad ingoiare dei pezzetti di vetro, ma non successe nulla.

Dopo anni di forzata solitudine, finalmente a scuola Leonarda poté manifestare la socievolezza del suo carattere, cominciando così ad essere apprezzata per la sua simpatia ed entrò a far parte dei gruppetti di amiche. Inoltre, riuscì a prendersi una rivincita sull'esclusione dall'affetto familiare, accoppiandosi precocemente con ragazzi molto più grandi di lei.

Ebbe diverse relazioni prima di incontrare Raffaele Pansardi, l'uomo che avrebbe sposato contro il volere della madre; quest'ultima l'aveva destinata ad un cugino e, di conseguenza, non ammetteva cambiamenti di programma. Contrariata dalla sua decisione, la maledisse persino il giorno del matrimonio e, anche dopo la sua morte, continuò a perseguire la figlia, apparendole in sogno, con lo sguardo maligno.

Leonarda restò incinta per dodici volte, ma otto figli morirono precocemente e le altre gravidanze si interruppero dopo pochi mesi.

La donna attribuì la colpa di questa disgrazia al malocchio lanciato dalla madre il giorno del matrimonio.

Per combattere gli effetti di tale maledizione, frequentò numerose fattucchiere e sembrò, alla fine,

di esserci riuscita perché le nacquero quattro figli che crebbero senza problemi.

Il terremoto avvenuto in Irpinia nel 1930, distrusse la sua casa e le portò via tutto; così la famiglia Pansardi si trasferì a Correggio, in Emilia.

La dura prova segnò profondamente il marito, che si abbandonò al vino, mentre Leonarda organizzò un piccolo commercio di abiti usati e parallelamente offrì servizi di chiromanzia e astrologia ad un gruppo di clienti che crebbero rapidamente di numero.

L'attività rendeva bene, e in più con il denaro riscosso a risarcimento dei danni dovuti alla calamità, Leonarda migliorò il proprio status, cambiò casa, assunse una domestica e fece studiare i propri figli; nel frattempo, però, il marito decise di abbandonare la famiglia.

Da anni oramai, Leonarda non sognava più la madre, ma una notte questa, le apparve nuovamente, con la solita aria minacciosa. Pensò, a quel punto, che i figli maschi potessero essere in pericolo, perché in Europa era scoppiata la guerra e loro avevano l'età giusta per combattere.

Una soluzione le giunse in sogno: le apparve la Madonna che disse di sacrificare una vita per ognuno dei figli, solo così sarebbe riuscita a salvarli.

Dove trovare vittime adatte? Pensò così alle sue clienti abituali e si convinse dell'idea che potessero essere proprio loro le sue vittime ideali. La prima fu Faustina Setti, donna solitaria che spesso andava a trovare Leonarda per sapere dalle sue carte e per se capire se ci fosse ancora la possibilità di trovare l'anima gemella.

Il 17 Dicembre 1939, la Setti salutò parenti ed amici, raccontando loro che stava per lasciare la città, diretta a sud, per conoscere un uomo con cui poter passare il resto della sua vita.

Quando fu pronta per la partenza, il 18 Dicembre, andò a salutare Leonarda. La domestica la incontrò sulle scale, e successivamente, avrebbe dichiarato: "La Signora Setti arrivò piuttosto presto e io stentai a riconoscerla, tanto era elegante e ben truccata. Mi confidò che stava per andare a trovare alcuni suoi parenti nel meridione. Poi dalla cucina apparve la mia padrona, sembrava agitata, era

tutta rossa in faccia come se avesse corso, e mi ordinò di andare a sbrigare delle commissioni urgenti in paese.”

Da quel giorno, la promessa sposa scomparve ed i suoi mobili ed i suoi abiti finirono sulle bancarelle della Cianciulli, incaricata, a suo dire, dalla stessa donna, di sbrigare le sue cose dopo le nozze.

Nell'estate del 1940 toccò a Clementina Soavi: la donna iniziò a raccontare in giro che, tramite alcuni amici, aveva ottenuto un ottimo posto in un collegio di Firenze. Il 5 Settembre, sparì dopo l'ultimo saluto all'amica Leonarda, a cui affidò i suoi effetti personali, affinché potesse ricavarne la maggior somma possibile.

La terza vittima fu Virginia Cacioppo, una 59enne che viveva da sola, il 30 Novembre 1940, sparì dopo una visita a casa Cianciulli. Nel paese si era diffusa la voce che una grande amica le aveva organizzato un'audizione con il direttore di un teatro a Firenze. Anche lei, assicurò poi Leonarda, affidò i suoi beni alla rigattiera per venderli e incassarne il ricavato.

La situazione cominciò a diventare sospetta ed a Coreggio la gente iniziò a mormorare, supponendo che dietro la scomparsa delle tre donne si nascondeva la Cianciulli, dotata di facoltà paranormali.

La Signora Fanti, cognata della Cacioppo, si recò addirittura dalla polizia, per niente convinta della fuga della parente.

Le forze dell'ordine, non possedendo alcuna prova concreta, non avviarono indagini e la donna, non soddisfatta, iniziò ad indagare privatamente.

Scoprì che Leonarda aveva venduto tutte le scarpe, i vestiti e l'unico cappotto della cognata, chiedendosi perciò con quali abiti questa sia partita per Firenze. Confidò l'enigma al questore di Reggio Emilia, che si incaricò personalmente delle indagini.

Nel Gennaio 1941, Don Adelmo Frattini, parroco di San Giorgio a Correggio, andò in banca a cambiare in denaro un buono del tesoro, che si scoprì essere appartenuto a Virginia Cacioppo.

Il sacerdote disse di averlo ricevuto da Abelardo Spinarelli, un rigattiere che a sua volta, l'aveva ricevuto in pagamento da Leonarda Cianciulli.

Il Commissario arrestò tutti e tre, ma

successivamente scoprì che né il sacerdote, né Spinarelli, avevano a che fare con gli omicidi e li scagionò.

Da una perquisizione in casa Cianciulli, furono trovati una dentiera nel pozzo nero e resti di ossa umane frantumate in solaio. La Cianciulli, non nascose la verità e narrò la sua "insolita tecnica culinaria": "dopo aver fatto a pezzi il cadavere, mettevo la caldaia a bollire sul fuoco la sera alle ore 19 e per tutta la notte la lascio andare, fino alle 4 del mattino, il calderone conteneva cinque litri di soda caustica in ebollizione, i pezzi non adatti alla saponificazione, deposti in un bidone a parte, li versavo un po' nel gabinetto e un po' nel canale che scorre vicino a casa mia. Finita l'operazione, mi accorsi che nel sapone c'erano dei pezzi più duri. Erano le ossa che non ero riuscita a saponificare, ma che pure erano divenute fragilissime, tanto che si dissolvevano a toccarle: il sangue di solito lo riunivo a marmellata con cioccolato, aromi di anice e vaniglia, oppure garofano e cannella. Qualche volta in queste torte, che offrivo alle mie visitatrici, ci mettevo un pizzico della polvere ricavata dalle ossa delle morte”.

In un primo tempo, fu incriminato anche il figlio, Giuseppe Pansardi, ma in seguito fu assolto e tutte le colpe ricaddero su Leonarda.

L'accusa, infine, chiese ai giudici di considerare Leonarda capace di intendere e di volere, e dichiarò:

“con questo non intendiamo negare che la mente dell'imputata sia malata: quale persona sana avrebbe potuto compiere simili atrocità? Ciò che crediamo di essere riusciti a provare è che nella sua follia questa orrenda donna agì con sorprendente lucidità. Ora vuole farvi credere di aver ucciso per salvare suo figlio, ma in realtà l'ha fatto soltanto per denaro, il denaro delle sue povere, sfortunate vittime. L'avidità è il demone che ha spinto la Cianciulli ad uccidere: “non ve ne sono altri”.

Successivamente fu interpellato il Professor Filippo Saporito, collaboratore di Lombroso e docente all'università di Roma, che tenne l'imputata in osservazione nel suo ospedale psichiatrico per diversi mesi.



Alla fine stabilì che la donna era incapace di intendere e di volere, resa psichicamente isterica da un'esasperazione dell'istinto materno. L'avvocato della difesa riuscì così a dimostrare la seminfermità mentale.

La giuria ritenne Leonarda Cianciulli, colpevole di triplice omicidio premeditato e aggravato dalle tre rapine ai danni delle vittime. Fu condannata a 30 anni di reclusione e al ricovero per almeno tre anni in un manicomio criminale.

Leonarda Cianciulli scontò 24 anni di carcere, prima nel manicomio criminale di Aversa e poi in quello di Pozzuoli.

Anche da reclusa si circondò di amiche a cui ripeteva spesso: "le carte mi dicono che sarò libera nel 1970". Infatti il 15 Ottobre del 1970 morì colpita da apoplezia cerebrale.

La storia di Aileen Wuornos, Ocala, Stati Uniti

La storia di Aileen Wuornos, è certamente molto rara, dato che negli Stati Uniti rappresenta l'unica serial killer appartenente alla categoria delle predatrici sessuali. Caratteristiche principali di tali assassine sono: hanno un'età variabile dai 30 ai 50 anni, sono geograficamente mobili e agiscono sotto la spinta di fantasie compulsive di tipo sadico sessuale; in tre anni di carriera criminale media sono responsabili della morte di almeno sei innocenti.

"Aileen è una predatrice, una predatrice che si apparta con i suoi clienti e poi li colpisce al culmine di un rapporto sessuale. Li abbandona in un bosco, dove occasionali viaggiatori li possono scorgere".

Altra caratteristica della sua personalità aggressiva e molto violenta, è lo svilupparsi di una sessualità precoce e molto intensa, accompagnata da un bisogno di dominare gli altri.

Proviamo ora a raccontare la sua vita e a descrivere i tratti essenziali del suo "modus operandi".

Aileen Carol Pittman nasce il 29 Febbraio 1956. Suo padre, Leo Dale Pittman, non la conoscerà mai, è uno psicopatico pedofilo, morto suicida in prigione nel 1969. Sua madre, Diane Wuornos, ha sposato il folle Pittman all'età di 15 anni, ma ha chiesto ed ottenuto il divorzio proprio 2 mesi

prima della nascita di Aileen. Aileen non rimarrà comunque a lungo con la madre: nel 1960, Diane affida i suoi due figli ai suoi due genitori, stanca delle responsabilità che comporta la maternità, e subito dopo sparisce, facendo perdere le proprie tracce.

Viene allevata dai nonni materni a Troy nel Michigan, convinta che essi siano i suoi genitori. La scoperta delle vere parentele, avvenuta a 12 anni, avrà nella ragazzina delle conseguenze psicologiche che tutti possiamo immaginare.

La famiglia inoltre non è certo accogliente, il nonno è un alcolizzato, severissimo con i bambini, ricorre spesso a punizioni corporali molto violente, come le frustrate con la cintura.

All'età di sei anni, giocando con dell'acido e dei fiammiferi, Aileen si sfregia permanentemente il viso e pochi anni dopo inizia ad avere rapporti sessuali con il fratello; ma è solo l'inizio, perché man mano che passano gli anni, Aileen comincia a fare sesso con chiunque capiti e all'età di 13 anni rimane incinta.

Trascorre il periodo della gravidanza in un istituto a Detroit, dove nel Gennaio 1971, lascia il suo bambino perché venga adottato. Gli psichiatri dicono che, quella di Aileen, è una personalità instabile e disturbata e come se non bastasse, i guai non finiscono qui.

Nel luglio dello stesso anno, muore la nonna, Britta Wuornos, in preda a delle convulsioni. Lo stress causatogli da quei due figli impossibili, l'aveva portata all'alcolismo.

Diane, la vera madre di Aileen, torna a farsi viva. Ha una strana idea, una vera e propria ossessione: crede che Britta sia stata uccisa dal marito ed è sicura che i suoi figli siano in pericolo, e così pensa di riprenderseli.

Ma Aileen non vuole tornare con la mamma, così abbandona la scuola e va via da casa, girando per lo stato in autostop e prostituendosi.

Ma i problemi per la ragazza non finiscono: nel giro di pochi anni, il nonno si suicida e il fratello muore di cancro alla gola.

Compiuti i 20 anni, però, il fato comincia un po' a sorriderle: Lewis Fell, un ricco uomo di sessantanove

anni, presidente di un prestigioso yacht club, si innamora di lei e riesce a convincerla a convolare a nozze nel 1976.

Ma Aileen è troppo selvaggia ed autodistruttiva per capire che grande opportunità ha per le mani e così inizia a trattare male il marito, fino a quando viene incarcerata per aggressione e Fell fa annullare il matrimonio con effetto immediato.

Nei dieci anni successivi, la vita di Aileen si snoda tra relazioni fallite, prostituzione, falsificazione di documenti, furto con scasso e rapina a mano

armata. Aileen è confusa, si ubriaca, si droga e tenta più volte il suicidio.

Nel 1986, però, c'è una novità nella sua vita. Entra in un locale per omosessuali ed incontra una ragazza di ventiquattro anni, Tyria Moore, che si innamora perdutamente di lei. Abbandona il proprio lavoro, lascia la sua casa e le sue cose e parte con Aileen, viaggiando di motel in motel. Una vita troppo dura da sopportare, soprattutto quando il "valore" di Aileen come prostituta cala drasticamente.





Richard Mallory, proprietario di mezza età di un negozio di elettronica in Florida, è un uomo a cui piace davvero tanto il cambiamento: assume persino i dipendenti a tempo: appena finiscono il lavoro che gli ha affidato, li licenzia.

Le uniche costanti della sua vita sono sesso e alcool e per soddisfare questi due vizi, ogni tanto sparisce dalla circolazione, per potersi dedicare tranquillamente al divertimento. Così, quando nel Dicembre 1989, non si presenta più in negozio, nessuno ci fa caso, fino a quando non viene trovata la sua Cadillac abbandonata nei pressi di Daytona.

Pochi giorni dopo, Mallory viene ritrovato sulla Interstate 95, in Florida, è avvolto in un tappeto di gomma, ucciso da tre colpi di una calibro 22.

Viene arrestata una spogliarellista che avrebbe confessato di essere lei l'assassina, ma dopo pochi giorni viene rilasciata, perché al momento della confessione era ubriaca, il caso venne archiviato.

Il primo Giugno dell'anno successivo, viene ritrovato un altro corpo, nella contea di Citrus, è nudo, ucciso da diversi colpi di calibro 22 e vicino la cadavere viene ritrovato un preservativo usato.

La vittima viene identificata il 7 Giugno: si tratta di David Spears, 43 anni, camionista, partito il 19 Maggio per andare ad Orlando e mai arrivato. Il suo automezzo viene ritrovato qualche giorno dopo, sulla Interstate 75 e mentre gli investigatori cercano di identificare il cadavere, il 6 Giugno viene rinvenuto un altro corpo, in avanzato stato di decomposizione: i medici non riescono a prendergli le impronte digitali per risalire all'identità e non possono valutarne il tempo di morte (oggi noi sappiamo che si trattava di Charles Carskaddon).

Anche le nove pallottole presenti nel suo corpo, sono state sparate da una calibro 22; è il 4 Luglio, una macchina esce violentemente fuori strada, Rohanda Bailey assiste all'incidente seduta sotto il portico.

Dall'auto scendono due donne, si lanciano furiosamente addosso delle lattine di birra e si insultano pesantemente a vicenda.

Le donne si avvicinano alla signora e la bionda,

ferita ad un braccio, la implora di non chiamare la polizia. Risalgono sulla macchina danneggiata e ripartono.

Il viaggio dura ben poco, perché l'auto smette di funzionare definitivamente, così si allontanano a piedi.

Il giorno dopo la polizia ispezionando il veicolo, si accorge che all'interno sono presenti macchie di sangue; e dopo numerose ricerche si risale al proprietario: Peter Siems, un pensionato di 65 anni, scomparso il 7 Giugno mentre andava a trovare dei parenti nell'Arkansas.

Gli investigatori, stilano immediatamente un identikit delle due donne e lo diffondono su scala nazionale.

Troy Burress scompare il 30 Luglio, nel bel mezzo del suo tragitto di consegna. Quando il suo datore di lavoro si accorge che Troy è scomparso, organizza delle squadre di ricerca. Alle 4 del mattino, trovano l'autocarro di Bures a 20 miglia da Ocala, ma di lui nessuna traccia.

Il ritrovamento del corpo avviene cinque giorni più tardi, nella Foresta Nazionale di Ocala.

Il cadavere è stato decomposto velocemente dal caldo e dall'umidità; solo la fede nuziale ne permetterà l'identificazione.

Causa della morte: due colpi di calibro 22 al torace. Anche questa volta i sospetti si dissolvono come bolle di sapone e il caso viene archiviato.

L'investigatore che cura le indagini è Dick Humphreys, 56 enne, specializzato in crimini contro i bambini, una carriera di successo la sua.

Il 10 Settembre 1990 Dick festeggia il suo 35esimo anniversario di matrimonio e il giorno dopo, scompare. Il 12 Settembre, viene ritrovato morto da sette colpi di pistola calibro 22.

Passano un paio di mesi e viene ritrovato un altro corpo, il settimo in meno di un anno. Si tratta di Walter Gino Antonio, sessantenne camionista, riserva della polizia e guardia di sicurezza.

Gino Antonio viene trovato morto, colpito da quattro colpi di calibro 22, la sua macchina viene ritrovata cinque giorni dopo, molto lontano, nella Contea di Brevard.

Il capitano Steve Binegar è l'unico che collega

tra di loro gli omicidi e formula una sua teoria: in quelle zone nessuno si ferma più da tempo a caricare gli autostoppisti, l'omicida deve essere per forza qualcuno che non aveva nulla di minaccioso per le vittime; sicuramente doveva essere una donna. Binegar inoltre ricorda quello strano incidente delle due donne, accaduto a Orangen Springs.

Così si rivolge alla stampa, chiede aiuto per rintracciare le due donne, dichiarando che sono probabilmente coinvolte nei delitti.

Il cerchio si sta stringendo, cominciano così ad arrivare le prime segnalazioni utili per gli investigatori. Una donna di Tampa segnala che le donne hanno lavorato al suo motel; i loro nomi erano Tyria Moore e Lee.

Le segnalazioni si sprecano, Aileen cambia continuamente nome, da Susan Blahovec a Cammie Marsh Greene a Lory Grody.

Il problema per gli investigatori, sta nel fatto che tutti i nomi che Aileen fornisce, esistono realmente, e si tratta proprio di donne con la fedina penale sporca.

Per loro fortuna Aileen non è stata molto attenta; ha lasciato un palmo insanguinato in un'auto delle vittime, un'impronta digitale su una ricevuta e altre impronte utili. Riunendo assieme tutte queste informazioni e sottoponendole al computer del National Crime Information Center si arriva alla conclusione che Susan Blahovec, Cammie Marsh Green, Lori Grody, Lee sono tutti nomi usati dalla stessa persona: Aileen Carol Wuornos. La caccia alla Wuornos comincia il 5 Gennaio 1991.

Diversi ufficiali vengono mandati in coppia a battere tutta la Georgia in cerca della donna. Ci riescono Mike Joyner e Dick Martin, camuffati da spacciatori e con i nomignoli di "Bucket" e "Drums", non è un arresto semplice.

L'otto Gennaio avvicinano la donna in un pub, ma degli agenti l'arrestano sotto il loro naso.

Fatta scarcerare, riescono nuovamente ad avvicinarla, ma si accorgono che dei poliziotti in divisa, li stanno pedinando e sono costretti a cacciarli.

Il 9 Gennaio "Bucket" e "Drums" avvicinano la

donna al Last Resort pub, sono muniti di trasmettitori e sono pronti a farla bere e confessare.

Purtroppo al pub c'è una festa di bikers e per paura che Aileen scappi con uno di loro, sono costretti a procedere all'arresto. Aileen viene dichiarata in arresto con il nome di Lori Grody, per aver acquistato illecitamente delle armi.

Non viene fatta nessuna menzione agli omicidi e non viene comunicato nulla alla stampa. Le prove infatti non bastano a condannarla e gli investigatori hanno in mente un piano.

Per realizzarlo gli serve Tyria Moore. Tyria però è scappata; ha abbandonato quella donna rabbiosa e violenta, non ce la faceva più a fare quella vita; inoltre, temeva che Aileen prima o poi le avrebbe fatto del male.

La polizia la localizza il 10 Gennaio, a Pittson nella Pennsylvania.

Gli investigatori la interrogano e la convincono facilmente a collaborare: Tyria ha paura di Aileen e si rende subito disponibile.

La ragazza viene portata in un motel a Daytona e messa in comunicazione telefonica con Aileen in carcere.

Le due parlano per tre giorni di fila, Aileen è convinta di essere in galera per quella stupidaggine e che presto ne uscirà.

Le domande insistenti di Tyria, riguardo gli omicidi, però la insospettiscono, così Aileen comincia a parlare in codice per non farsi comprendere: ha capito che le telefonate sono intercettate: è il 16 Gennaio quando Aileen getta finalmente la spugna, per paura che succeda qualcosa alla sua amica Tyria: "Ti coprirò perché tu sei innocente. Non voglio farti finire in galera. Senti, se devo fare una confessione, allora la farò."

Come promesso, la prima cosa che fece Aileen in sede di interrogatorio è proprio scagionare Tyria.

Aileen comincia a raccontare tutti gli omicidi in maniera strana. Dice di aver ucciso sempre per legittima difesa, perché quegli uomini l'avevano rapita, picchiata e violentata.

Ogni volta Aileen aggiunge particolari, ne cambia alcuni, ingrandisce a dismisura le storie, si rende poco credibile.



Ci mette molta enfasi nel dire che lei non ha nessuna colpa.

Addirittura, quando qualcosa della sua deposizione non le piace, cambia immediatamente tutto, sconvolgendo ogni dettaglio precedente e creando scenari poco realistici.

Aileen comincia a sentirsi famosa, è su tutti i giornali, in televisione.

La intervistano e le arrivano offerte monetarie per l'acquisizione di diritti cinematografici e letterari.

Firma i diritti per due film, un'opera teatrale e numerosissimi libri, ignorando forse che in Florida c'è una legge che condanna il criminale che cerca di trarre profitto dalle loro storie.

Preso dalla megalomania, la donna comincia a raccontare la sua storia a chiunque: impiegati, secondini, giornalisti, compagne di cella. Ogni volta la sua storia cambia, si arricchisce di particolari che evidenziano la sua eroicità e il suo status di vittima innocente.

Gli uomini dell'FBI le danno il soprannome di "La dama della morte"; oramai Aileen è diventata famosa.

La storia di Aileen Wuornos assume una linea ancora più patetica quando emerge la figura di Arlene Pralle, una 44enne appartenente alla setta dei Cristiani Rinati.

La donna, dopo aver visto la foto di Aileen sul giornale, decide di scriverle una lunga e accorata lettera "sotto consiglio di Gesù stesso". Tramite questa missiva, la folle 44enne a cambiare avvocati; ma non si limiterà solo a questo.

Da questo momento Arlene Pralle, diventa lo strenuo difensore della serial killer, gestisce i suoi contatti con la stampa, compare negli show televisivi e cerca di convincere l'opinione pubblica che la vera Aileen Wuornos è una buona persona che non può essere condannata.

La follia raggiunge l'apice quando, il 22 novembre 1991, Arlene Pralle e suo marito adottano giuridicamente Aileen Wuornos. Mentre la "nuova" madre di Aileen cerca di impietosire la stampa sulla sorte di sua "figlia" e a spargere cattive voci sugli investigatori che l'hanno arrestata, gli avvocati della

Wuornos scelgono la strada della legittima difesa. Nonostante tutto, tra il 27 Gennaio e il 31 Marzo 1992, Aileen Wuornos viene condannata sei volte alla sedia elettrica in sei processi.

Le viene risparmiato l'omicidio di Peter Siems poiché il cadavere non è mai stato trovato.

Dopo la prima condanna gli agenti hanno dovuto placare l'ira di Aileen: la donna si è infatti alzata in piedi, scagliandosi contro la giuria e urlando: "Io sono innocente! Sono stata violentata! Spero che violentino pure voi, brutta feccia!".

Durante gli altri processi Aileen ha provato anche a cambiare le versioni dei fatti: solo Mallory l'avrebbe violentata; gli altri stavano per farlo, ma lei li ha anticipati uccidendoli.

Dopo questa nuova confessione, il 15 Maggio 1992, Aileen si è voltata verso il giudice e ha sibillato: "Spero che anche tua moglie e i tuoi figli siano sodomizzati..!"

Alla lettura della sentenza Aileen urlò: "Grazie! Adesso io andrò in Paradiso e voi marcirete all'Inferno!".

Nemmeno la scoperta che Mallory era stato in galera per 10 anni per violenze sessuali l'ha aiutata.

Nel 2002 Aileen scrive una lettera alla corte suprema dove dice che odia la vita umana e vorrebbe uccidere ancora.

Più tardi dichiara alla stampa: "Voglio essere giustiziata al più presto!".

Il governatore Jeb Bush ordina un'immediata perizia psichiatrica. Da questa emerge che la donna è in grado di intendere e volere e che vuole veramente farla finita; perciò le viene permesso di licenziare i suoi avvocati e di ritirare tutti gli appelli.

Alle 9:47 della mattina di mercoledì 9 Ottobre 2002, Aileen Wuornos è stata giustiziata con l'iniezione letale (la sedia elettrica era appena stata abolita).

Nick Broomfield fu l'ultimo uomo ad intervistare Aileen Wuornos prima dell'iniezione. Dopo l'incontro, uscito dal carcere, le sue prime parole sono state: "Ecco una persona che ha completamente perso la propria mente in preda alla rabbia".

Le ultime parole di Aileen furono: "I'd just like to say

I'm sailing with the Rock and I'll be back like Independence Day with Jesus, June 6, like the movie, big mothership and all. I'll be back."

(Vorrei giusto dire che navigo sicura e ritornerò in compagnia di Gesù come in Independence Day, il 6 Giugno. Come nel film, con la grande nave madre e tutto il resto. Ritornerò).

DISCUSSIONI

Il motivo per il quale, in eguali condizioni socio-ambientali, un individuo diventi un criminale ed un altro no, è il punto di partenza di molti studi.

diversi sono i fattori che influenzano la condotta criminale, ma non esiste ciò che possa chiamarsi "causa della criminalità".

Così come non esiste una causa specifica del comportamento criminale in generale, non esiste neppure per quanto riguarda l'omicidio seriale; ma anche qui abbiamo numerosi fattori che possono spingere a tale comportamento.

Uno dei fattori più importanti è che il naturale istinto di repulsione verso la morte, proprio dell'individuo umano, sia indebolito o assente.

Il soggetto si sente così attratto dalla morte e da tutto ciò che è in stretta relazione con essa.

Un altro fattore, di particolare importanza, è la presenza di una vita fantastica molto intensa. L'assassino seriale vive la maggior parte del suo tempo in un mondo immaginario, come si evince dalla biografia di Leonarda Cianciulli, e in esso trova più soddisfazione che in quello reale.

Dobbiamo precisare, però, che solo alcuni individui diventano Serial Killer, mentre altri con lo stesso percorso di vita, non lo diventano. Questa situazione può essere spiegata facendo riferimento ad alcune caratteristiche facilitanti, che orientano l'individuo verso l'omicidio seriale. Come abbiamo potuto notare anche dalla biografia delle due assassine seriali da me analizzate, fin dalla prima infanzia, tali individui hanno riscontrato una serie di traumi, sia fisici che psichici. Fra i traumi fisici più frequenti, per le donne, troviamo gli abusi sessuali.

Gli assassini seriali di sesso maschile, a differenza di quelli di sesso femminile, sono più violenti,

tendono ad infierire sul cadavere con perversioni di ogni tipo, mentre le Donne Serial Killer non sono, invece, molto violente, solitamente uccidono senza infierire sui cadaveri e non mostrano perversioni sessuali particolari.

La sorte dei serial killer è una sorta di esilio: diventano persone antisociali, travolti dalle loro fantasie; eppure la società da cui si sentono emarginati, li attrae come palcoscenico delle loro azioni. In ciò sta l'aspetto mostruoso, ma anche umano delle loro vicende, perché gli assassini seriali, sono comunque e sempre persone umane.

BIBLIOGRAFIA

- Bruno F., Marazzi M. (2000). "Inquietudine omicida", Phoenix, Roma.
- Centini M., (2001) "I Serial Killer", Xenia, Milano.
- De Luca R., (2001). "Anatomia dei Serial Killer", Giuffrè, Milano.
- De Pasquali P. (2001) "Serial Killer in Italia. Un'analisi psicologica, criminologica e psichiatrica forense", Franco Angeli, Milano.
- Del Gaudio C., Del Gaudio M., Nazzaro U. (2004). "Compendio di criminologia", Simone, Salerno.
- Godino A., Colazzo A. (2004). "Nella mente del mostro, inquietante viaggio nell'universo del Serial Killer", Milella Editore, Lecce.
- Holmes R. (2000). "Omicidi seriali: le nuove frontiere della conoscenza e dell'intervento", Centro Scientifico Editori, Torino.
- Leccese E. (2001). "Il serial killer: nella realtà e nell'immaginario", EUR, Roma.
- Lucarelli C. Picozzi M. (2003). "Serial Killer: Storie di ossessione omicida", Mondadori, Milano.
- Saponaro A. (2004). "Vittimologia", Giuffrè, Milano.
- Steffenoni L. (2009). "Presunto colpevole", Chiarelettere, Milano.
- Stupiggia M. (2007). "Il corpo violato", La Meridiana, Molfetta.

SITOGRAFIA

- www.criminologia.org
- www.latelanera.com



CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA INTENZIONALITÀ DEL MOBBING

*Qui, di fronte casa mia
la strada è uguale a dieci,
venti, trenta anni fa.
Inselvatichita da erbacce
e dal silenzio.*

G. R., 18.6.1997

Marina Caravella

Psicologa Psicoterapeuta,
Analista Transazionale
Didatta e Supervisore

RIASSUNTO

Il lavoro presentato si focalizza sui parametri di valutazione del fenomeno mobbing. L'intento persecutorio rappresenta l'elemento di maggiore utilità per definire le applicazioni normative. Si propone un metodo di valutazione con indicatori che rilevano l'intenzionalità desumendola da una visione - estrapolazione di una sezione di domande (dalla n. 9 alla n.14) del LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror), che se concordanti con quanto rilevato in altre aree del questionario vanno a confermare una

precisa e grave volontà di nuocere e la conseguente azione penale. Alla luce della concordanza di questi criteri, non è più impossibile integrare la prova dell'azione di mobbing con la dimostrazione della sua intenzionalità.

PAROLE CHIAVE

Criteri di valutazione, mobbing, vittimizzazione secondaria, destigmatizzazione del reo

Questo breve scritto sulla distorsione delle relazioni

lavorative ha lo scopo di chiarire un tema di non facile definizione con l'intento di fornire dei criteri per la sua valutazione.

Il mobbing e il bossing sono interazioni sociali basate sulla violenza. L'esito finale di queste dinamiche violente è nei casi estremi il suicidio, l'assenza. L'assenza ci racconta che alle vittime è stato tolto il significato della presenza. Pertanto, le riflessioni che propongo sono dedicate alle persone a cui è stata sottratta la gioia vitale, rubato il tempo e lo spazio per realizzarsi, negato il riconoscimento dovuto per continuare ad esistere con la loro presenza.

Le vittime delle violenze nei luoghi di lavoro, fiaccate nel corpo, non sopravvivono alla tristezza, sentimento che costituisce la reazione alla situazione in cui qualcuno, manipolando i bisogni naturali e le aspirazioni lecite e i diritti, impedisce ad altri di esprimere la propria competenza, attraverso un ricatto basato sullo status e sull'appartenenza formale ed informale all'interno dei gruppi istituiti. Con il suicidio, gesto apparentemente assurdo, esse si sottraggono alle spartizioni e alle malcelate menzogne dei vivi, al mancato sostegno che avrebbe permesso di sopportare gli effetti del traumatismo relazionale.

Un'esperienza diviene psicologicamente traumatica, ossia lesiva dell'integrità delle funzioni essenziali dell'apparato della mente, quando sono simultaneamente presenti fattori di paura e dolore ed assenza di relazioni sociali/istituzionali da cui ci si aspetta un intervento teso ad offrire sostegno o almeno a mitigare il dolore e l'impossibilità di sottrarsi alla situazione lesiva.

Il prolungarsi nel tempo del terrorismo psicologico in ambiente lavorativo può disarticolare le attività frontali superiori trascinando la persona (anche sufficientemente sana) in un funzionamento regressivo che la costringe a rivivere ossessivamente le offese, perdendosi in un eterno passato.

I segnali di allarme che le vittime di mobbing presentano sono psicosomatici (cefalea, tachicardia, gastroenteralgie, dolori osteoarticolari, mialgie, disturbi dell'equilibrio), emozionali (ansia, disturbi del sonno, dell'umore) e comportamentali (anoressia, bulimia, potus, farmacodipendenza) ed evolvono nel tempo, sia in patologie organiche prevalentemente

di tipo circolatorio, sia in disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti che sono diagnosticati in Disturbo acuto da stress, Disturbo dell'adattamento e Disturbo da stress posttraumatico. Quest'ultimo disturbo può essere in comorbidità con una Depressione maggiore. Si osserva nel tempo una progressione dei disturbi psicofisici con un abbattimento delle difese che porta al collasso delle funzioni mentali controllate dalla corteccia frontale e pone il Sé in uno stato di dissoluzione fino alla perdita del senso dell'identità corporea e dell'istinto di sopravvivenza quando la persona che denuncia il suo disagio non trova risposte nel breve periodo (entro 2 - 4 mesi dall'inizio delle vessazioni).

I contesti lavorativi in cui questi esiti si manifestano più frequentemente sono caratterizzati da una cultura in cui il fattore interesse è perseguito con tutti i mezzi sul fattore sentimento (bossing culture). In tali contesti un singolo individuo o più spesso un gruppo esercita il suo potere con l'intenzione di mettere sotto pressione la vittima per indurla all'incapacità e al licenziamento quando si ritiene che quest'ultima interferisca sugli interessi del singolo o del gruppo. *"Il dottor Giglioli ha sostenuto la tesi che raramente il mobber nel nostro paese è un singolo individuo, di solito si tratta di un gruppo. Inoltre, il 57% del mobbing italiano viene esercitato dall'alto verso il basso, per cui i mobber sono di solito i superiori, i quadri aziendali, gli uffici del personale. Solo nel 10% dei casi il mobber è un collega"* (Bussotti e Moriondo, op. cit. p. 220)

Le molestie nei luoghi di lavoro sono agite quindi allo scopo di eliminare persone ritenute scomode; sono favorite e dissimulate dai rapporti di gerarchia esplicita o implicita ed originano in ambienti in cui il potere nella prassi è oggetto di abuso cristallizzato nella storia aziendale o istituzionale. Esse possono essere verticali (bossing), tra soggetti in rapporto di gerarchia, o orizzontali (mobbing), tra soggetti di pari grado nelle gerarchie esecutive di una organizzazione. Si può definire molestia lavorativa qualsiasi condotta, che perpetrata attraverso atti, gesti, parole o scritti, arreca offesa e danno alla personalità, alla dignità e all'integrità psico-fisica del lavoratore, mettendone in pericolo l'impiego e la salute, degradando simultaneamente il clima lavorativo.



I comportamenti molesti nei luoghi di lavoro assumono le stesse caratteristiche distruttive osservate nella sfera privata ed hanno il medesimo scopo: l'aggressione, la sottomissione e la negazione dell'identità della vittima (Hirigoyen, 2000).

Le condotte moleste contro singoli individui o gruppi di lavoratori, purtroppo, faticano ad essere percepite come tali, nonostante il grave danno che esse procurano: lesione della professionalità; lesione alla salute sia fisica che psichica; lesione alla qualità della vita di una persona e alla sua famiglia, danno all'azienda. Questa scarsa percezione è favorita dal fatto che gli attori delle vessazioni sono persone apparentemente rispettabili, di elevata condizione sociale, che nell'ambito della loro occupazione, abusano della posizione del ruolo ricoperto.

Questi abusi non soltanto causano danni economici di gran lunga superiori da quelli generati dalla criminalità delle persone comuni, ma rappresentano anche una grave minaccia all'ordine morale. Nonostante questo, solamente come extrema ratio e in casi eccezionali, vengono puniti con una pena, quasi a voler tutelare il responsabile dall'etichetta di "criminale". Inoltre osserviamo che la responsabilità di questa mancata percezione del danno alla vittima di mobbing possa essere ricercata "nelle pratiche di attuazione della legge", che dimostrano chiaramente che "il reato" altro non è che una costruzione sociale che rispecchia

il volere della classe dominante per sottrarre la condotta deviante alla sanzione penale, collocandola in sede civile o amministrativa, depenalizzando in questo modo azioni che, in realtà, nel momento in cui le si comparano con i delitti disciplinati dal Codice Penale, possono anche risultare più gravi e dannose. Questa depenalizzazione, unita alla capacità di questi soggetti di potersi permettere una difesa legale efficace e di poter utilizzare a proprio vantaggio una rete di conoscenze influenti, va a destigmatizzare le loro condotte, che non vengono percepite né come devianti, né come criminali da parte della collettività. In altri termini, il diritto penale viene applicato, in modo da evitare che lo stigma del crimine colpisca il reo o i rei (Paraciani, 2016), a tutto svantaggio della vittima che invece è percepita e, successivamente etichettata, come persona disturbante e disturbata.

Il mobbed, pertanto, subisce una vittimizzazione secondaria che concorre alla recrudescenza del biasimo vissuto nel contesto lavorativo (*victim blaming*) riconducibile alle modalità di supporto da parte delle istituzioni che utilizzano una eccessiva *routinizzazione* degli interventi e che aderiscono alle consuetudini locali. Esiste, per di più, la reazione sociale basata sulla convinzione che la sofferenza della vittima sia meritata e giustificata da un suo comportamento. La vittimizzazione secondaria si traduce pertanto in una condizione di ulteriore



sofferenza ed oltraggio alla vittima che sperimenta, in relazione ad un atteggiamento di disattenzione o negligenza da parte delle agenzie di cura o di controllo formale nella fase del loro intervento, una situazione che riaccutizza e ripropone il trauma cristallizzandone gli effetti (Fanci, 2011).

Oltre a ciò, gli studi di psicologia sociale sul conformismo all'autorità offrono un'ulteriore lettura delle motivazioni che portano gli individui ad imitare o rispondere agli ordini di un'autorità riconosciuta, sebbene metta in atto comportamenti violenti.

Mi soffermerò ora più specificamente sulla valutazione del fenomeno mobbing che, dal mio punto di vista, rappresenta l'elemento utile a definire le applicazioni normative.

Il mobbing viene riconosciuto esclusivamente quando si individua l'intento mirato e persecutorio del (dei) mobber. Per questo motivo è necessario, nell'ambito professionale che riguarda la psicologia e la medicina del lavoro, attenersi a dei criteri per valutare il fenomeno oggettivamente, senza limitarsi a definirlo in base ai casi particolari. Importante è, di conseguenza, individuare i criteri, rispondenti a condizioni concrete, che consentano una valutazione oggettiva e precisa del fenomeno al fine di comprovare la Lesione Accertata da Mobbing (L.A.M.).

Leymann (1996) fu il primo ad individuare le azioni tipiche e le fasi del mobbing, ma dobbiamo invece ad Harald Ege (1997) lo studio del fenomeno nella cultura italiana e una più precisa individuazione degli elementi che lo costituiscono:

1. collocazione nell'ambiente lavorativo;
2. frequenza delle azioni mobbizzanti;
3. tipo di azione;
4. durata nel tempo delle azioni mobbizzanti;
5. inferiorità del mobbizzato rispetto al mobber;
6. andamento secondo fasi successive;
7. intento persecutorio.

Nel complesso di questi parametri che fondano il mobbing, l'intento persecutorio è quello più complicato da far emergere per un'azione di tipo penale. Bussotti e Moriondo (2010), tuttavia, hanno presentato un metodo di valutazione con indicatori che rilevano l'intenzionalità desumendola da una

visione - estrapolazione di tutte le domande che vanno dalla n. 9 alla n. 14 del LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror), che se concordanti con quanto rilevato in altre sezioni del questionario vanno a confermare una precisa e grave volontà di nuocere e la conseguente azione penale.

La concordanza è compresa in ciascuna delle domande del questionario in cui le azioni delle cinque diverse tipologie di disconferma sono caratterizzate dalla svalutazione, perpetrata per almeno sei mesi, della sfera personale dell'individuo verso cui l'azione è rivolta. Quando c'è il riscontro che gli attacchi sono in un numero consistente (in uno stesso questionario, almeno 12 risposte all'interno dell'area mobbing) e rivolti alla stessa persona dalla stessa mente o dalle stesse menti, si costituisce un atteggiamento denigratorio completo e quindi intenzionale. In sostanza l'intento persecutorio si concretizza con la messa in atto dell'azione di mobbing con tutti i mezzi a disposizione, senza lasciare spazio al caso. Pertanto, alla luce di questi criteri, ad oggi non è più impossibile integrare la prova dell'azione di mobbing con la dimostrazione della sua intenzionalità.

BIBLIOGRAFIA

- Bussotti G., Moriondo S., (2010), Valutazione del mobbing. Manuale per la gestione del rischio dei lavoratori e delle lavoratrici, Ediesse, Roma.
- Ege H., (1997) Il mobbing in Italia: introduzione al mobbing culturale, Pitagora, Bologna
- Fanci G., (2011) La vittimizzazione secondaria: ambiti di ricerca, teorizzazioni e scenari, in Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. V, n. 3, pp. 53-66.
- Hirigoyen M. F., (1998) Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro, Einaudi, Torino, 2000.
- Leymann H., (1996) The Content and Development of Mobbing at Work, in European Journal of Work and Organizational Psychology, n.5, pp. 165-184.
- Paraciani R., (2016) Riconoscere la criminalità d'impresa: il caso Eternit di Casale Monferrato, in Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. X, n. 1, pp. 51-66.



PSICODINAMICA, ANGOSCIA E PSICOMICROTRAUMA

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

RIASSUNTO

Nella psicodinamica l'estensione e le correlazioni di concetti come angoscia e psicomicrotrauma possono contribuire ad uno sviluppo del confronto in ambito psicologico, psicodiagnostico e psicoterapeutico, a partire dalla psicoanalisi classica, attraverso la psicoanalisi contemporanea, fino alla psicodinamica psicoevolutionista. Il concetto di angoscia viene esplorato nelle varie forme di angoscia automatica, segnale d'angoscia, angoscia reale, angoscia nevrotica, angoscia traumatica; così come il concetto di psicomicrotrauma viene esaminato insieme ai termini psicotrauma, traumatismi cumulativi, trauma dello sviluppo, situazione traumatica, trauma psichico grave.

PAROLE CHIAVE

Psicodinamica, psicoanalisi, angoscia, psicoevoluzione, psicodinamica psicoevolutionista, psicomicrotrauma.

Nella psicodinamica alcuni concetti possono seguire nel tempo uno sviluppo trasformativo non solo in divenire, in prospettiva, come ogni concetto ben strutturato e definito, ma anche uno sviluppo retrospettivo, percorrendo stadi del passato sempre più lontani, fino a quelli arcaici e ad origine. Lo spazio esplorativo concettuale che si sviluppa, simbolicamente rappresentato con un punto di partenza, si potrebbe estendere come nucleo sferico, verso

ogni direzione e ogni progressiva dimensione descrittiva e funzionale. Questa premessa è utile per presentare il quadro di riferimento del concetto di psicomicrotrauma correlato nel tempo e nello spazio al concetto di angoscia. La psicoterapia psicodinamica pone la rilevanza del concetto di angoscia, a partire dalla psicoanalisi classica fino a quella contemporanea; negli ultimi tre decenni, con la psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista ho trovato conferme sul piano clinico della significatività del concetto di psicomicrotrauma, in considerazione di quanto già esplorato circa l'angoscia, nei pazienti da me curati. La prospettiva psicologica psicodinamica sulla salute e sul benessere degli esseri umani si estende sull'orizzonte del terzo millennio con innovazioni scientifiche e tecniche. In particolare, la psicodinamica psicoevolutionista potrà contribuire allo sviluppo di una conoscenza più profonda riguardante la struttura, l'organizzazione, il funzionamento, la dinamica, i processi e gli stadi evolutivi dell'essere nel mondo.

Se proviamo a considerare l'evoluzione dell'essere in relazione ad un concetto come l'angoscia potremmo avvalerci di alcuni punti di vista significativi.

Freud (1925), in Inibizione, sintomo e angoscia sui progressi dell'evoluzione dell'Io e l'angoscia, afferma che: "Esponendo l'evoluzione delle diverse situazioni di pericolo a partire dal modello originario della nascita, non abbiamo certo inteso

affermare che ogni ulteriore circostanza in cui si produce angoscia mette semplicemente fuori gioco la circostanza successiva. I progressi dell'evoluzione dell'io contribuiscono certo a svalutare e a mettere da parte la situazione di pericolo anteriore, cosicché si può dire che a una determinata età dello sviluppo sia assegnata una corrispondente e adeguata situazione d'angoscia. Il pericolo d'impotenza psichica conviene all'epoca dell'imaturità dell'io, così come il pericolo della perdita dell'oggetto alla mancanza di autonomia dei primi anni infantili, il pericolo dell'evirazione alla fase fallica, l'angoscia del Super-io all'epoca della latenza. Ma tutte queste situazioni di pericolo e condizioni di angoscia possono anche continuare a sussistere le une accanto alle altre, e occasionalmente all'io una reazione d'angoscia in epoche più tarde di quelle adeguate; oppure parecchie di esse possono entrare in azione contemporaneamente. È possibile che esistano anche rapporti più stretti tra la situazione di pericolo agente e la forma della nevrosi che essa precede".

Nelle ricerche in psicodinamica psicoevolutionista (Frateschi M., 1988-1989, 1997, 2006, 2015) sulla estensione del concetto di angoscia, oltre gli stadi del tempo dell'essere in evoluzione, verso lo spazio di comprensione esistenziale e psicologica dell'angoscia, potremmo riferirci, ora solo per un accenno, per il punto di vista fenomenologico esistenziale, a Borgna (1997), che riferendosi a Martin Heidegger, sostiene che: "Le celebri definizioni, che egli ha delineato in Essere e tempo, sono conosciute da tutti; e nondimeno vale la pena di risottolineare alcune che rispecchiano un'indelebile significazione antropologica. Sono definizioni che consentono di estendere e di dilatare la comprensione esistenziale e psicologica dell'angoscia: di questa struttura fondamentale della condizione umana. Il pensiero heideggeriano è qui ancora più complesso e intricato che non nelle sue riflessioni sul senso d'angoscia e della paura; ma non è possibile un qualsiasi discorso sull'ansia senza una qualche citazione heideggeriana da questa che è la sua opera radicale. Come dice il filosofo tedesco l'angoscia non ha davanti a sé un ente intramondano, come avviene nella paura,

ma l'essere-nel-mondo come tale. Quello, che contraddistingue il davanti-a-che dell'angoscia, è il fatto che il minaccioso non è in nessun luogo: è così vicino che ci opprime, e ci taglia il respiro e nondimeno non è in nessun luogo. Ogni situazione emotiva rivela "come ci si sente" e nell'angoscia, egli dice, ci si sente alla presenza del nulla e ci si sente spaesati. Ma sentirsi spaesati significa contestualmente non-sentirsi-a-casa-propria nella vertigine dell'estraneità e della nientificazione".

Riprendendo subito dal punto di vista psicoanalitico l'esplorazione del concetto di angoscia, iniziamo a considerare l'angoscia automatica e la situazione traumatica. L'angoscia automatica è un tipo di angoscia, come sostenuto da Laplanche J., Pontalis J.B. (1967), pari ad una: "reazione del soggetto quando si trova in una situazione traumatica, cioè sottoposto a un afflusso di eccitazioni, di origine esterna o interna, che egli è incapace di dominare. L'angoscia automatica si oppone per Freud al segnale di angoscia. "Sia come fenomeno automatico, sia quale segnale di salvataggio, l'angoscia appare il prodotto dello stato di impotenza psichica del pop-pante, stato che corrisponde perfettamente alla sua impotenza biologica". L'angoscia automatica è una risposta spontanea dell'organismo a questa situazione traumatica o alla sua riproduzione. Per situazione traumatica bisogna intendere un afflusso non dominabile di eccitazioni troppo numerose e troppo intense: è una vecchia idea di Freud, che si trova già nei primi suoi scritti sull'angoscia, ove essa è definita come risultante da una tensione libidica accumulata e non scaricata. Il termine angoscia indica un tipo di reazione indipendente dal carattere interno o esterno dell'origine delle eccitazioni traumatizzanti".

L'evento psicomicrotraumatico può avere rilevanza nel mondo interno, ad un livello inconscio, già in uno stadio neonatale, e presumibilmente ancor prima nello stadio prenatale, proprio in base al tipo di evento psichico traumatico al di sotto o al confine della soglia minima della coscienza e della percezione. Finora, per evidenziare la caratteristica primaria psichica e secondaria micro del tipo di trauma, a cui mi sono riferito in passato,



cioè col termine PsicoMicroTrauma, rispetto al termine più semplice psicomicrotrauma, che utilizzo di consueto, mi rifarò alla definizione del 2007: "L'Evento PsicoMicroTraumatico è un tipo di evento che causa nell'individuo un trauma psicologico di entità e di intensità di grado lieve o molto lieve, di durata breve ed estensione minima, con evidenza percettiva bassa. Ne consegue che gli Eventi PsicoMicroTraumatici determinano segni di sofferenza quasi impercettibili, che sommandosi potrebbero avviare i primi segni e comportamenti precursori di rischio per la salute psicologica. Una Sequenza di Eventi PsicoMicroTraumatici Accumulati con una concatenazione progressiva specifica, originale e propria del vissuto individuale, può produrre un aumento della frequenza e della intensità del fenomeno disturbante nel soggetto, fino alla sua emersione. Da una Sequenza di Eventi PsicoMicroTraumatici Accumulati infantili possono determinarsi dei comportamenti precursori a rischio di psicopatologia" (Frateschi M., 2007b). L'angoscia corrisponderebbe, quindi, ad un tipo di reazione indipendente dal carattere interno o esterno dell'origine delle eccitazioni traumatizzanti, in particolare, quelle "psicomicrotraumatiche" e, come vedremo di seguito, anche quelle "psicotraumatiche". Nell'analisi e nel metodo psicodinamico psicoevolutionista "un evento psicotraumatico è un tipo di evento che causa nell'individuo un trauma psicologico di entità e di intensità di grado moderato, grave o gravissimo, di durata varia ed estensione considerevole, con evidenza percettiva media o alta" (Frateschi M., 2007a). Vi sono tre tipi di Psicotraumi fondamentali:

1. **Vitale:** spazio-tempo della nascita, inizia la vita, essere gettato nel mondo;
2. **Patologico:** spazio-tempo della vita, essere nel mondo;
3. **Mortale:** spazio-tempo della morte, termina la vita, non essere nel mondo.

Questa classificazione è un primo accenno all'analisi e al metodo psicoevolutionista sul tipo di eventi psicotraumatici fondamentali e di eventi

psicomicrotraumatici multipli simultanei e successivi (Frateschi M., 1988-1989, 2007a, 2012a, 2013).

Adesso, avendo fornito un primo chiarimento sulla rilevanza data dalla psicodinamica psicoevolutionista ai concetti di psicomicrotrauma e di psicotrauma, proseguiremo su altre tracce del concetto di angoscia e di trauma. Brenner (1955) riesce bene a riprendere alcuni riferimenti cardine di Freud: "Possiamo riassumere la prima parte della nuova teoria di Freud come segue: L'angoscia si sviluppa automaticamente ogni volta che la psiche viene sopraffatta da un afflusso di stimoli troppo grande per essere padroneggiato o scaricato. Questi stimoli possono essere di origine esterna o interna, ma il più frequentemente provengono dall'Es, cioè dalle pulsioni. Quando si produce automaticamente angoscia secondo questo modello, la situazione viene definita traumatica. Il prototipo di tali situazioni è la nascita. L'angoscia automatica è caratteristica dell'infanzia, perché in tale epoca della vita l'Io è debole e immaturo; essa si osserva anche nell'età adulta nei casi della cosiddetta nevrosi di angoscia attuale.

La seconda parte della nuova teoria è che, nel corso della crescita, il bambino impara ad anticipare l'avvento di una situazione traumatica, e a reagire ad essa con angoscia, prima che diventi traumatica. Freud ha indicato questo tipo di angoscia col termine di angoscia-segnale o d'allarme. Freud arguì che l'Io del bambino, quando ha raggiunto un certo grado di sviluppo, si rende conto che esiste una certa relazione fra l'allontanarsi della madre e l'insorgere di quello spiacevolissimo stato di angoscia automaticamente indotta, che a volte si manifesta dopo che la madre se n'è andata. In altre parole l'Io si rende conto che se la madre è presente l'angoscia non si sviluppa, mentre essa può svilupparsi se la madre si è allontanata. Come risultato, l'Io giunge a considerare la separazione dalla madre come una "situazione di pericolo", il pericolo consistendo nella comparsa di un'imperiosa richiesta di gratificazione da parte dell'Es mentre la madre è lontana con il conseguente sviluppo di una situazione traumatica. La percezione

di pericolo dà origine, con tutta probabilità, a una fantasia della situazione traumatica, e che sia questa fantasia a causare l'angoscia-segnale. È a questo punto che entra nel quadro il principio del piacere. L'angoscia di allarme è spiacevole, e tanto più spiacevole quanto più intensa. Il dispiacere mette automaticamente in azione ciò che Freud ha chiamato l'"onnipotente" principio del piacere. È l'operazione che dà quindi all'lo la forza necessaria per controllare l'emergenza improvvisa o l'azione continuata di qualsiasi impulso dell'Es che possa dare origine alla situazione di pericolo".

Dunque, il bambino apprende come anticipare l'avvento di una situazione traumatica con un segnale d'allarme, il segnale d'angoscia, quindi, arriva con il tempo ad accostare la separazione dalla madre come una "situazione di pericolo" con il conseguente sviluppo di una situazione traumatica. Secondo la psicodinamica psicoevolutionista, rimandando ai "cinque principi psicologici categoriali" (Frateschi M., 1988, 2012a), sulla simultaneità dell'essere, spazio, tempo, significato, modo, in questo tempo che intercorre, comprendendo quello della o delle fantasie della situazione traumatica, esiste anche uno spazio, un significato e un modo dell'essere soggettivo nell'evoluzione, che configurano e sedimentano una sequenza di eventi psicomicrotraumatici unici, nella produzione del segnale d'allarme, il segnale d'angoscia, e della situazione di pericolo. Inoltre, l'operazione che dà all'lo la forza necessaria per controllare l'emergenza improvvisa, dal dispiacere all'attivazione del principio del piacere, è generata nell'essere, spazio, tempo, significato, modo, attraverso la forza-slancio esplorativa e di sopravvivenza rispetto all'angoscia vertiginosa della Motivazione Intrinseca Strutturale (Frateschi M., 1997), un tipo di motivazione originata dalla specificità della gestalt psico-fisio-biologica interna alla struttura dell'organismo vivente, una forza presente nel campo organismo, già con l'esordio della vita, ed è derivante nell'essere umano dalla necessità di slancio vitale verso l'indipendenza. "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.

Dunque, la Motivazione Intrinseca Strutturale, probabilmente, attiva ad uno stadio prenucleare inconscio, sia gli istinti, le pulsioni, i bisogni, sia l'intelligenza, la percezione, le emozioni, come figure, che dinamicamente sono agenti nel campo organismo, in sintonia o in conflitto, in quanto forze in movimento, in evoluzione continua, nello sfondo che ho denominato appunto "matrice primaria dinamica". Queste figure, agenti all'interno della matrice primaria dinamica, possono sviluppare scene inconscie multiple, simultanee, successive, ovunque nel campo organismo, che deve, come totalità dinamica organizzata, perciò, autoregolarsi verso l'equilibrio, sia delle tensioni del mondo interno, sia dalle pressioni del mondo esterno" (Frateschi M., 2012a).

"L'orientamento psicodinamico psicoevolutionista ha sviluppato e approfondito temi relativi ai concetti psicoanalitici classici e fondamentali di fasi/stadi evolutivi e processi dinamici evolutivi di Freud S., Freud A., Klein M., ecc., con una graduale estensione sui temi clinici, psicopatologici e psicoterapeutici, e, per una parte di questi temi, con Bowlby J., 1957, Wolff P. H., 1963, Ainsworth M. D. S., 1967, in quanto, per questi autori il bambino possiede predisposizioni e capacità percettive, motorie e sociali innate, trasmesse attraverso il patrimonio genetico, risultanti da adattamenti evolutivi di specie, che risultano



utili nell'interazione con gli altri esseri umani: per esempio, comportamenti comunicativi come il pianto, il sorriso, la vocalizzazione, e modelli percettivi come il volto, e la voce umana (Frateschi M., 2017)...Spunti interessantissimi ho potuto cogliere da Kohut, fondatore della Psicologia del Sé, che ipotizza il Sé nucleare che costituisce i fondamenti del nostro senso di essere, un centro indipendente di iniziativa e di percezione e descrive gli oggetti-Sé del bambino. Dalle teorie di Freud A., Klein, Kohut, Spitz, Fairbairn, Sullivan, Bowlby, fino ai «sistemi motivazionali» di Lichtenberg, ho sviluppato un progressivo ampliamento e approfondimento dello studio della spinta prenucleare interna strutturante l'evoluzione umana, della Motivazione Intrinseca Strutturale" (Frateschi M., 2018b).

Riprendiamo la traccia sul segnale di angoscia. Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) definiscono il termine di segnale di angoscia, secondo Freud: "Il segnale di angoscia riproduce in forma attenuata la reazione d'angoscia vissuta originariamente in una situazione traumatica, permettendo così di far scattare le operazioni di difesa ... Il termine Angstsignal coniato da Freud richiede tuttavia, non fosse altro per la sua concisione, alcune osservazioni:

1. Esso sintetizza l'apporto essenziale della nuova teoria. Nella spiegazione economica che Freud ha dato inizialmente dell'angoscia, questa è considerata come un risultato, con la manifestazione soggettiva del fatto che una quantità di energia non viene dominata. Il termine segnale pone in evidenza una nuova funzione dell'angoscia che ne fa un motivo di difesa dell'Io.
2. La comparsa del segnale di angoscia non è necessariamente subordinata a fattori economici; esso, infatti, può funzionare come simbolo mnestico o simbolo affettivo di una situazione che non è ancora presente e che bisogna evitare.
3. Le funzioni attribuite al segnale di angoscia non escludono una qualche spiegazione economica. Da un lato l'affetto, riprodotto sotto forma di segnale, deve essere stato subito passivamente nel passato sotto forma di angoscia detta

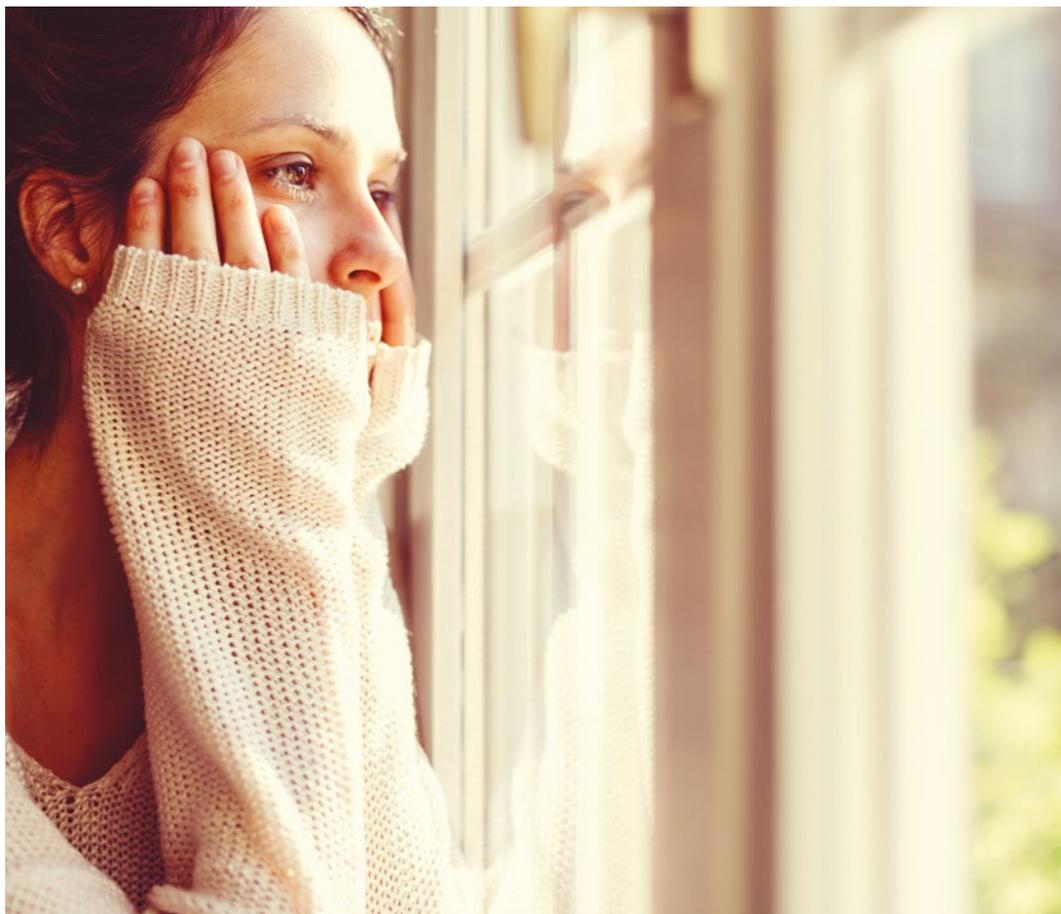
automatica, quando il soggetto si è sentito sopraffatto dall'afflusso delle eccitazioni. D'altro canto, il sorgere del segnale suppone la mobilitazione di una certa quantità di energia.

4. Notiamo infine che il segnale di angoscia è attribuito da Freud all'Io. Questa funzione dell'angoscia come segnale è simile a quella che Freud aveva già descritto nel quadro del processo secondario, quando aveva mostrato come gli affetti spiacevoli ripetuti sotto forma attenuata siano capaci di mobilitare la censura".

Il ruolo centrale dell'angoscia, nello sviluppo normale, nella psicopatologia e nel trauma viene sottolineato da Brenner C.: "Con tutta l'attenzione che attualmente viene data nella letteratura psicoanalitica all'importanza dell'angoscia nella malattia mentale, è facile perdere di vista il fatto che il compito dell'angoscia nel mettere l'Io in grado di controllare o di inibire i desideri o gli impulsi istintuali che gli sembrano pericolosi, è essenziale nello sviluppo normale dell'individuo. Questa funzione dell'angoscia non ha assolutamente niente di patologico in se stessa, ma è al contrario una parte indispensabile della vita mentale e della crescita. L'individuo sarebbe alla mercé di ogni impulso che sorgesse nel proprio Es, e dovrebbe cercare di soddisfarli a turno, uno per uno o tutti insieme, a meno che tale tentativo non determini l'insorgere di una situazione traumatica, nella quale l'individuo sia sopraffatto dall'angoscia.

Un altro punto da considerare è che essa ha o dovrebbe avere un'intensità assai minore dell'angoscia legata ad una situazione traumatica. In altre parole, questo segnale d'allarme che l'Io impara a dare nel corso del suo sviluppo, è meno intensamente spiacevole dell'angoscia che potrebbe svilupparsi se il segnale non venisse dato e insorgesse una situazione traumatica. L'angoscia segnale è un'angoscia attenuata. Ricapitolando adesso questa seconda parte della teoria dell'angoscia:

1. Nel corso dello sviluppo l'Io acquista la capacità di produrre angoscia quando sorge una situazione di pericolo e, più tardi, per anticipare il pericolo.



2. Attraverso l'operazione del principio del piacere questa angoscia-segnale rende l'lo capace di controllare o di inibire gli impulsi dell'Es in una situazione di pericolo.
3. C'è una caratteristica gamma o sequenza di situazioni di pericolo nei primi anni di vita che persiste, come tale, inconsciamente, in grado maggiore o minore, per tutta la vita.
4. L'angoscia-segnale è una forma di angoscia attenuata; essa ha una parte molto importante nello sviluppo normale, ed è la forma di angoscia caratteristica delle psiconevrosi" (Brenner C., 1955).

Ora, può conseguire uno sviluppo psicomodinamico psicomoevoluzionista dell'essere, dalla traccia

sull'angoscia, verso i concetti di psicotrauma, psicomicrotrauma e psicomoevoluzione. "L'essere dotato di percezione e immaginazione può rappresentare mentalmente il movimento, la forma e la materia dell'acqua, del vapore acqueo, della pioggia con precisione vicina alla realtà. Tuttavia la successione di scene immaginate è una rappresentazione soggettiva della realtà. Dentro la rappresentazione mentale vi è il vissuto passato, il presente, le modulazioni sensoriali, le varieguate emozioni, il significato essenziale e il modo proprio di percepire il mondo ... dal momento della nascita in poi, fino al termine della vita, le sintonie, le oscillazioni e i conflitti tra coscienza e inconscio non cesseranno mai, di giorno e di notte, nel



sonno e nella veglia, e in qualsiasi spazio. Il tempo e lo spazio soggettivi, interni nel proprio mondo, nel proprio ambiente psicologico, potranno essere dapprima intuiti, quindi percepiti con progressiva consapevolezza. Percepire il proprio organismo negli andamenti ciclici o frammentari e di parte, negli eventi critici o normali delle parti di sé, è un impegno considerevole, ma di grande rilievo per la salute... Lentamente il vissuto psichico e fisico si produce in tutta l'estensione e profondità dell'organismo. Il vissuto si incrementa inarrestabile, anche quando subentrano le patologie psichiche e fisiche. Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni ... La psicoevoluzione è lo studio, la ricerca scientifica e l'applicazione nei campi della psicologia e della psicomica comprendente le teorie scientifiche che spiegano le leggi dell'evoluzione per ogni fenomeno, qualità, oggetto e forma, dal mondo inorganico al mondo organico, dalla realtà all'immaginazione, in ogni spazio e tempo" (Frateschi M., 1989, 2012a, 2014).

Riprendiamo da Freud (1925) il collegamento tra angoscia e trauma, quando sostiene che: "L'affetto di angoscia ha alcune caratteristiche il cui studio promette qualche chiarimento ulteriore. L'angoscia ha un'inevitabile connessione con l'attesa: è angoscia prima di e dinnanzi a qualche cosa. Possiede un carattere di indeterminazione e di mancanza d'oggetto; nel parlare comune, quando essa ha trovato un oggetto, le si cambia nome, sostituendolo con quello di paura. L'angoscia ha inoltre una relazione con la nevrosi. Sorge la questione perché tutte le reazioni d'angoscia non siano tutte nevrotiche, perché ne riconosciamo tante come normali; infine la differenza tra angoscia reale e angoscia nevrotica richiede una valutazione più approfondita.

Cominciamo con l'ultimo compito. Il nostro progresso è consistito nel risalire dalla reazione angosciata

alla situazione di pericolo. Se applichiamo lo stesso metodo al problema dell'angoscia reale, la sua soluzione ci riuscirà facile. Il pericolo reale è un pericolo che conosciamo, l'angoscia reale è angoscia di fronte a questo pericolo. L'angoscia nevrotica è angoscia di fronte a un pericolo che non conosciamo. Il pericolo nevrotico è dunque un pericolo ancora da scoprire, l'analisi ci ha spiegato che esso è un pericolo pulsionale.

Di fronte al pericolo reale noi sviluppiamo due tipi di reazione: quella affettiva e l'azione protettiva. È presumibile che nel caso di pericolo pulsionale accada la stessa cosa. Noi conosciamo il caso dell'azione congiunta e adeguata delle due reazioni, per cui una dà il segnale del subentrare dell'altra; ma conosciamo anche il caso inadeguato allo scopo, quello dalla paralisi d'angoscia, in un cui una reazione si estende a spese dell'altra.

Vi sono casi in cui i caratteri dell'angoscia reale e dell'angoscia nevrotica appaiono commisti. Il pericolo è conosciuto e reale, ma l'angoscia di fronte ad esso è smisuratamente più grande di come dovrebbe essere. In questo sovrappiù si tradisce l'elemento nevrotico. Questi casi non introducono però alcun elemento di principio nuovo. L'analisi mostra che al pericolo reale conosciuto si riallaccia un pericolo pulsionale sconosciuto.

Qual è il nucleo, il significato della situazione di pericolo? Chiaramente la valutazione delle nostre forze rapportate all'entità del pericolo, l'ammissione della nostra impotenza di fronte ad esso: impotenza materiale quando si tratta di un pericolo reale, impotenza psichica quando si tratta di un pericolo pulsionale. Il nostro giudizio verrà guidato da esperienze veramente vissute; se nella sua valutazione esso sbaglia, ciò non conta ai fini del risultato. Chiamiamo traumatica una simile situazione vissuta di impotenza; abbiamo allora un buon motivo per distinguere la situazione traumatica dalla situazione di pericolo. È ora un progresso importante nella nostra autoconservazione se una tale situazione traumatica d'impotenza non è solo vagamente attesa, ma prevista e aspettata sapendo di che si tratta. La situazione nella quale sono contenuti gli elementi che determinano una simile aspettativa,

può chiamarsi la situazione di pericolo, ed è in essa che viene dato il segnale di angoscia. L'angoscia è dunque da un lato aspettazione del trauma, dall'altro ripetizione attenuata di esso. I due caratteri che ci hanno colpito a proposito dell'angoscia scaturiscono dunque da fonti diverse. La relazione dell'angoscia con l'attesa appartiene alla situazione di pericolo, la sua indeterminatezza e mancanza d'oggetto appartengono alla situazione traumatica d'impotenza, situazione che viene anticipata nella situazione di pericolo”.

Sul trauma, Lingiardi V., McWilliams N. (2017) sostengono che: “Il trauma compromette l'identificazione e la gestione degli affetti in generale. Horowitz (1997) e Herman (1992), tra gli altri, hanno identificato una varietà di emozioni che accompagnano il trauma psichico grave:

- Paura/terrore che il trauma si ripeterà, paura dell'identificazione con il perpetratore e di diventare distruttivi allo stesso modo in cui questi lo è stato, paura di identificarsi con le vittime e di definire se stessi come vittime.
- Ira e rabbia nei confronti dell'origine del trauma e riguardo all'essere stati traumatizzati, il che ha come esito un sentimento negativo rispetto all'identità personale un sentimento di ripugnanza verso se stessi.
- Tristezza e dolore.
- Sentimenti di colpa nei confronti della propria rabbia e degli impulsi distruttivi, la colpa del sopravvissuto, specialmente quando altri soggetti che hanno vissuto l'esperienza traumatica sono morti, e sentimenti di colpa che riguardano azioni o atteggiamenti di passività che hanno portato alla sopravvivenza, sentimenti di colpa riguardo al fatto che si crede di essere responsabili del trauma subito – una difesa verso il riconoscimento, più terrificante, di non poter essere aiutato.
- Vergogna per il fatto di sentirsi disperati e vuoti, anche per il fatto di essere stati traumatizzati.
- Sentimenti di ripugnanza e di disprezzo verso se stessi, che hanno origine nella rabbia, nella colpa e nella vergogna, sentirsi manchevoli, contaminati, imperdonabili.

- Disperazione esistenziale, sensazione che nessuno potrà capire, perdita della fiducia nel genere umano, della fede in Dio e nell'universo.

Mentre il PTSD è una risposta atipica di soggetti traumatizzati adulti, il disturbo traumatico dello sviluppo può essere una risposta molto comune nei bambini traumatizzati. Si tratta di un'esperienza traumatica spesso misconosciuta, non compresa o negata, oppure non diagnosticata correttamente da chi fa le valutazioni cliniche sui bambini e li prende in terapia. Gli psicologi dell'età dello sviluppo hanno sottolineato che, per varie ragioni (tra le quali l'imaturità psicologica e fisica, lo stato di dipendenza e la fase particolare dello sviluppo), ci vuole molto meno a traumatizzare un bambino che un adulto. È stato anche riportato che, a partire dall'infanzia, le difficoltà relazionali e di attaccamento nei confronti dei genitori o di altri caregiver possono essere viste alla luce dei traumi dello sviluppo – traumi precursori di una serie di reazioni post-traumatiche e dello sviluppo ben precise. Il CPTSD è, in genere, associato a una storia di trascuratezza cronica, e a traumi e abusi nel corso dell'infanzia. La trascuratezza nella prima infanzia compromette la possibilità di sviluppare un pattern di attaccamento sicuro e tende a dare luogo a pattern di attaccamento evitante o resistente/ambivalente, oppure, nei casi più gravi, a uno stile di attaccamento disorganizzato che porta a una patologia dissociativa grave. Questa trascuratezza prepara la scena per il trauma nella prima infanzia, che, successivamente, interferirà con la maturazione affettiva normale e la verbalizzazione dei sentimenti, portando ad anedonia, alessitimia e intolleranza all'espressione degli affetti. Rispetto agli adulti, i bambini e gli adolescenti sono più predisposti alla dissociazione; la dissociazione è particolarmente legata al trauma da tradimento, e la trascuratezza permette, o tollera, un trauma messo in atto attivamente. Di fronte al trauma da tradimento, la dissociazione può essere la migliore difesa a breve termine perché il bambino si salvi, anche se questo, a lungo termine, comporta la comparsa di depersonalizzazione,



derealizzazione e discontinuità del senso di sé e dell'esperienza personale ... Nel disturbo da stress post-traumatico complesso, eventi sfavorevoli che si verificano tra la nascita e l'età adulta e che interferiscono con uno sviluppo ottimale possono dar luogo a adulti segnati o feriti, in qualche modo vulnerabili a eventi stressanti successivi. In tale prospettiva, un'altra definizione proposta per questo disturbo è stata quella di "disturbo traumatico dello sviluppo". Il trauma dello sviluppo compromette l'identità dell'individuo, la sua autostima, la personalità, la regolazione emotiva, la capacità di relazionarsi agli altri e di coinvolgersi in relazioni intime. In molti individui può portare a sentimenti di disperazione, perdita del "senso nella vita" e anche a crisi di natura spirituale".

L'affetto d'angoscia e l'angoscia reale, la situazione di pericolo e la situazione traumatica, il trauma psichico grave e il trauma dello sviluppo, possono essere esplorati e analizzati nella psicodiagnosi e nella psicoterapia psicodinamica. Il metodo psicodinamico psicoevoluzionista nelle applicazioni psicodiagnostiche e psicoterapeutiche aggiunge la rilevanza clinica circa l'analisi, la valutazione, l'elaborazione e l'interpretazione di psicomicrotraumi e psicotraumi, di sviluppi dinamici psico-bio-sociali e di sequenze di accumulazione di eventi multipli simultanei e successivi subclinici e clinici nel corso della vita del soggetto ... dunque, sostengo che se alcuni eventi critici sono di tipo psicotraumatico, è anche vero che molti altri eventi critici sono di tipo psicomicrotraumatico e, inoltre, che ogni evento critico, anche apparentemente imprevedibile o invisibile, ha origine sempre all'interno di fenomeni multipli simultanei e/o successivi. Ad esempio, uno o più eventi psicomicrotraumatici, nell'organismo di un neonato, non evidenti, nello spazio, e improvvisi, nel tempo. Nella mia esperienza clinica, la maggioranza dei bambini e degli adolescenti con disagi lievi o psicopatologie di grado lieve, a partire dall'approfondimento psicodiagnostico fino alle verifiche e conferme nel corso della psicoterapia, avevano vissuto nel passato almeno una sequenza psicomicrotraumatica, senza che si fossero verificati o si potessero rilevare

eventi psicotraumatici evidenti o manifesti. All'incremento di frequenza, intensità e grado di gravità del disturbo, corrisponde proporzionalmente l'aumento degli eventi psicomicrotraumatici, e si rilevano la presenza e l'aumento progressivo, anche degli eventi psicotraumatici di gravità maggiore (Frateschi M., 2012b, 2018a).

Sul processo evolutivo, sul trauma, sull'angoscia e sulla nevrosi, chiari sono i termini della questione per Freud (1925): "L'angoscia è la reazione originaria all'impotenza vissuta nel trauma, reazione la quale è riprodotta in seguito nella situazione di pericolo come segnale d'allarme. L'io, che ha vissuto passivamente il trauma, ripete ora attivamente una riproduzione attenuata dello stesso, nella speranza di poterne orientare autonomamente lo sviluppo. Noi sappiamo che il bambino si comporta in questo stesso modo verso tutte le impressioni che gli risultano penose, riproducendole nel giuoco; attraverso questo modo di passare dalla passività all'attività egli cerca di padroneggiare psichicamente le impressioni della sua vita. Se questo dev'essere il senso di una "abreazione" del trauma, non c'è più nulla da obiettare in merito. Il fattore decisivo rimane il primo spostamento della reazione d'angoscia dalla sua origine nella situazione di impotenza all'aspettazione di essa, la situazione di pericolo.

Non abbiamo sinora avuto occasione di considerare l'angoscia reale in modo diverso da quella nevrotica. Ma sappiamo bene qual è la differenza: il pericolo reale minaccia da un oggetto esterno, quello nevrotico da una pretesa pulsionale. Sino al punto in cui questa pretesa pulsionale è qualche cosa di reale, anche l'angoscia nevrotica può essere considerata come fondata sulla realtà. Abbiamo capito che ciò che appare come una relazione intima tra angoscia e nevrosi si riconduce al fatto che l'io si difende con l'aiuto della reazione d'angoscia contro il pericolo pulsionale come contro il pericolo reale esterno, ma che però sbocca nella nevrosi".

L'idea di Rank che sia la nascita a istituire la separazione tra madre e bambino, viene messa in dubbio da Freud. A tale proposito, Green riferendosi a Freud, dice "La nascita non viene soggettivamente vissuta come una separazione dalla

madre, in quanto questa, quale oggetto è del tutto sconosciuta al feto che è totalmente narcisistico” (S. Freud, *Inibizione, sintomo e angoscia*, OSF, vol. 10., p.279). Inoltre, Freud sottolinea che le reazioni alla separazione si riferiscono più al dolore o al lutto che all’angoscia. L’angoscia è legata alla nozione di pericolo; essa si differenzia dal dolore o dal lutto che apparterebbero piuttosto alla categoria della ferita (narcisistica). Sviluppando il suo pensiero Freud lega l’angoscia all’eccesso di eccitazione pulsionale. C’è un eccesso di libido: è l’angoscia automatica, nessun aiuto può sperarsi da parte dell’oggetto; oppure è l’angoscia segnale, come anticipazione di fronte al pericolo di perdere l’oggetto, la cui funzione protettiva contro il montare della libido al di là di una certa soglia farà difetto; o ancora è l’angoscia del rischio di lasciare che si sviluppi un’eccitazione la cui soddisfazione sarebbe riprovevole; o, infine, è l’angoscia che nasce dalla minaccia d’innalzamento della tensione, dovuta ai rimproveri del Super-io e al rischio dell’abbandono da parte delle “Potenze protettrici del Destino”.

La questione che si pone allora è quella del passaggio del feto “assolutamente narcisistico”, che ignora la madre come oggetto, ai conflitti di desideri tra libido erotica e libido aggressiva della fase edipica. Il testo elude tutto questo percorso, vale a dire quello del destino del narcisismo primario assoluto. La genesi del Super-io non ne rende conto, l’Ideale dell’Io ne rappresenta il termine. Destino delle figure narcisistiche, il cui sviluppo è parallelo alle vicissitudini delle pulsioni legate all’oggetto. Quanto al destino delle pulsioni, sappiamo che bisogna distinguere tra idealizzazioni dell’oggetto, come espressione dell’investimento narcisistico, e sublimazioni, come trasformazioni delle pulsioni.

Tutte queste operazioni necessitano di un soggetto, nel senso strutturale che non è un Io esistenziale, ma un gioco di spostamenti, di condensazioni, di circolazioni. Questo soggetto si sperimenta, a livello esistenziale, nell’affetto e, in modo privilegiato, nell’angoscia provata dall’Io” (Green A., 1983).

Al feto “assolutamente narcisistico” può essere correlata una traccia nella psicoevoluzione, quando

si individua che: “lo spazio-tempo della nascita dell’essere umano, con l’uscita dal mondo campo organismo madre e con il proprio modo affettivo di entrare per la prima volta nel mondo, determina il fenomeno vitale multiplo simultaneo successivo soggettivo dell’essere-gettato nel mondo. Ogni nascita di un essere umano è unica, propria e irripetibile, ed è iscritta nel mondo campo organismo soggettivo per il futuro della vita psico-bio-sociale, nella finitezza soggettiva gettata nel mondo ... non potrebbe determinarsi alcuna struttura dell’Essere se ciò non avvenisse all’interno di un primo campo di forze organizzato con atomi, dunque, con Spazi molteplici e simultanei, che nel Tempo diventano molecole e poi cellule, con funzioni diverse. L’Essere è composto da uno Spazio proprio e un Tempo proprio. Perciò, il campo di forza soggettivo ha spazi e tempi propri che organizzano e fanno funzionare le forze, tra legami e conflitti, vita e morte di ogni cellula. Le cellule diverse hanno significati essenziali di esistenza, con un modo proprio di esistere fino alla morte ... Il significato essenziale risiede nel mondo interno dell’essere. Nell’essere umano, viene generato e custodito. Ipotizzerei che anche negli altri esseri viventi, in un universo di specie differenti, accada ciò. Per ora, naturalmente, limito al campo psicologico la dissertazione. Dunque, il significato essenziale è nel mondo interno dell’essere umano, anche se il fenomeno, a cui viene attribuito il significato essenziale, si svolge nel mondo esterno. Se piove ora, perché è essenziale per me? Non per gli altri soggetti, e neanche per l’oggetto stesso di attenzione, cioè per la pioggia. Un significato essenziale è una scena interna strutturata, nel proprio mondo interno, configurata e composta da uno sfondo e da forze nel campo soggettivo inconsce, e da figure coscienti. Lo sfondo può essere costituito da processi inconsci. La proiezione può essere uno dei processi di costruzione dello sfondo, in quanto schermo di una configurazione del mondo interno” (Frateschi M., 2012a, 2013b, 2014).

Riprendiamo sulla psicopatologia e sugli eventi traumatici. Secondo il DSM-5 tra i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti troviamo: il disturbo reattivo dell’attaccamento; il disturbo da impegno



sociale disinibito; il disturbo da stress post-traumatico; il disturbo da stress acuto; i disturbi dell'adattamento; i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione o senza specificazione. Il panorama della letteratura scientifica internazionale si amplia sui tipi di trauma, fino al tipo di trauma cumulativo, come descritto da Lingiardi V., Mc Williams N. (2017): "Oltre al DSM-5, la letteratura degli ultimi decenni ha identificato cinque diversi tipi di trauma:

1. Tipo I, trauma non personale/accidentale/disastro naturale/shock, per il quale non c'è una specifica causalità. Questa categoria è stata ampliata recentemente per includere la malattia e le condizioni mediche che si verificano casualmente e i trattamenti e i programmi riabilitativi richiesti.
2. Tipo II, trauma interpersonale, commesso da altri essere umani allo scopo di soddisfare il loro bisogno di fare del male agli altri. Il trauma di tipo II può verificarsi una sola volta o in un periodo di tempo limitato, ma può anche essere ripetuto per mesi o anni quando la vittima e il perpetratore hanno una qualche relazione e c'è la possibilità di rimanere intrappolati nella relazione. La dimensione interpersonale del trauma primario è molto importante per quello che riguarda la gravità dei sintomi, che sono più gravi se il trauma è perpetrato da una persona conosciuta o che ha una relazione con la vittima – un pattern definito "trauma di tradimento".
3. Tipo III, trauma di identità, basato sulle caratteristiche in gran parte non modificabili dell'individuo (età, genere, identità di genere, orientamento sessuale) che rappresentano la base per la vittimizzazione.
4. Tipo IV, trauma di comunità, basato sull'identità di un gruppo, sulla cultura, sulle credenze, sulle tradizioni dei membri di una comunità, che sono la base per la violenza nei confronti di gruppi chiusi e che inducono a un conflitto con altri gruppi.
5. Tipo V, trauma persistente, stratificato, cumulativo, basato sulla rivittimizzazione e la ritraumatizzazione (Lingiardi V., Mc Williams N., 2017).

In riferimento ai traumatismi cumulativi e allo stato di dolore psichico, all'angoscia e al narcisismo, Green A. (1983) dice: "Tale stato di dolore psichico è il prodotto di ciò che Masud Khan ha chiamato traumatismi cumulativi. Per il fatto che esiste la struttura narcisistica dell'Io, questi traumatismi accumulati vengono superati con l'essere negati. Allorché la ferita narcisistica più grande si riapre, lo stato interiore è – come Freud l'ha descritto – quello di un'esperienza traumatica interna senza soluzione di continuità. Winnicott ha parlato di comportamento reattivo. Seguendo la sua traccia, io parlerò di un funzionamento psichico interno reattivo".

La sequenza degli eventi psicomicrotraumatici accumulati può essere causata dal susseguirsi di microferite acute subite sul campo dei conflitti intrapsichici (Frateschi M., 2007). Queste microferite psichiche rischiano di essere trascurate in mancanza di una valutazione clinica del volume, dell'intensità e della frequenza subclinica; in apparenza, vengono lenite da un ritorno al fenomeno della dipendenza, in cui l'oggetto della dipendenza ripreso in possesso, paradossalmente domina le scene affettive ed emotive del mondo interno. L'oggetto assume così una fisionomia di figura tale da sovradimensionare il suo dominio su uno sfondo che perde il governo del limite della figura suddetta. Il soggetto idealizza se stesso con un'immagine onnipotente, ma trasferendo inconsciamente l'investimento energetico sull'oggetto, ne trasferisce anche il potere sovradimensionato, rimanendo irretito e dipendente emotivamente dall'oggetto. La dipendenza richiama il senso di colpa fino allo scatenamento del successivo conflitto. Così in una spirale vorticoso inconscia della dipendenza, il processo di amplificazione del volume, dell'intensità e dell'aumento della frequenza degli psicomicrotraumi oltrepassa il livello subclinico e sviluppa i sintomi della dipendenza psicopatologica. Inoltre, si articola il complesso di colpa, con oscillazioni tra ansia e depressione, ossessione compulsiva e alterazioni umorali, con una ripresentazione violenta del conflitto su un campo conflittuale intrapsichico ancora più vasto e profondo.

Le multidipendenze si compongono a partire da due dipendenze su oggetti e fenomeni somiglianti. Consideriamo la dipendenza da internet e la dipendenza dall'alcol. I due oggetti di attenzione emotiva, internet ed alcol, sembrano differenti, se li descriviamo rispettivamente come "oggetto virtuale" e "oggetto liquido", sono sostanze chimiche e materie fisiche senza alcun dubbio differenti nel mondo esterno reale. Molto più complessa è la percezione nel mondo interno dell'organismo psicofisiologico umano; se proviamo a percepire le due sostanze separatamente, per esempio, attraverso la percezione visiva e uditiva per l'oggetto internet, e attraverso la percezione olfattiva e gustativa per l'oggetto alcol, in rapida successione la percezione globale nel mondo interno produrrà rappresentazioni mentali ed emozioni, sensazioni e impressioni, scene e immagini originali e uniche, piacevoli o spiacevoli, sulla base del vissuto e della "congruenza intima psicofisiologica" (Frateschi M., 1997); nel caso in cui entrambi gli oggetti producano un iniziale piacere, il processo di valutazione e implementazione dei singoli stimoli piacevoli essendo attivato dai sistemi complessi psicologico - fisiologico - biologico impegnati nell'integrazione delle risposte omeostatiche adattive, passerà al vaglio del vissuto intimo, catalizzando sensazioni ed emozioni in modo piacevole, sul flusso della sostanza ormai incorporata nell'organismo. A questo punto, il flusso della sostanza nel campo di forze dell'organismo è diventato soggettivo, e quindi, modificato e irreversibile; ma l'entità energetica all'origine di entrambe le sostanze è sempre e solo esterna al soggetto e deve avere propria stabilità fisica e chimica per poter essere oggetto desiderabile; questa è la somiglianza psicologica generale delle sostanze "oggetto virtuale" e "oggetto liquido" (Frateschi M., 2013).

A proposito di "oggetto virtuale" e "oggetto liquido" nel significato essenziale arcaico del mondo interno è interessante la correlazione con il concetto di "oggetto trauma" di Green A. (1983): "Parlando d'oggetto-trauma, considero soprattutto la minaccia che l'oggetto rappresenta per l'Io, nella misura

in cui esso, per il fatto solo di esistere, costringe l'Io a modificare il suo regime".

Si può sostenere, in via di principio, che (Frateschi M., 2018a): "Su un piano psicodinamico il soggetto "porta fuori da sé" e dispone nell'altro, persona o cosa delle immagini, delle fantasie, dei simboli, dei sentimenti, dei desideri e ogni forma di «oggetto». Possono essere attribuiti, quindi, ad una persona, ad un oggetto o ad un ambiente, in varia forma, dimensione e misura, elementi rappresentativi, fantastici, simbolici, affettivi, sentimentali, emotivi, cognitivi, che riguardano solo la personalità del soggetto".

Ma torniamo alla fonte delle tracce sullo sviluppo dell'angoscia, un termine individuato da Freud per descrivere l'angoscia nel suo svolgimento temporale, del suo crescere nell'individuo. Questo termine viene precisato da Laplanche J., Pontalis J.B. (1967): " Termine coniato da Freud: l'angoscia considerata sotto il profilo del suo svolgimento temporale, del suo crescere nell'individuo. Facciamo figurare questo termine, che si incontra a più riprese negli scritti di Freud, in special modo in Introduzione alla psicoanalisi (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1916-17) e in Inibizione, sintomo e angoscia (Hemmung, Symptom und Angst, 1926), poiché merita di essere tradotto con un equivalente unico contrariamente a quanto avviene di solito. Questo termine descrittivo assume il suo senso soprattutto nel quadro di una teoria dell'angoscia che distingue una situazione traumatica in cui l'angoscia non può essere dominata (angoscia automatica) e un segnale di angoscia destinato a evitare l'insorgenza di essa. Lo sviluppo dell'angoscia designa il passaggio alla situazione traumatica, passaggio che avviene quando il segnale di angoscia non è stato efficace".

Mahler M. S., Pine F., Bergman A., (1975) hanno dato un importante contributo allo studio dell'angoscia e dei traumi nei processi e negli stadi evolutivi affermando che: "Verso il ventitreesimo mese sembrava che la capacità di affrontare l'essere separati dipendesse in ogni caso dalla storia del rapporto madre-figlio e dalla situazione presente. Abbiamo rilevato una certa



difficoltà a definire esattamente gli elementi che potessero provocare una maggiore angoscia in alcuni bambini e in altri la capacità di fronteggiare la situazione. Ogni bambino aveva stabilito a questo punto un proprio modo caratteristico di affrontare la situazione. Quando si verificavano momenti di crisi non era sempre facile capire da cosa fossero determinati. A volte sembravano collegati all'angoscia del bambino, connessa alla sua rapida individuazione, oppure a pressioni corporee non prive di collegamento con un disagio parallelo nella madre. A volte sembravano riguardare la natura e il grado di disponibilità della madre, altre volte il senso di angoscia della madre, perché il figlio cominciava a individuarsi in misura sempre maggiore.

Sembrò che questa importantissima fase finale di riavvicinamento, come sviluppo intrapsichico, rappresentasse la somma delle soluzioni fornite ai numerosi compiti maturativi a cui ogni bambino era giunto.

L'instaurarsi della costanza dell'oggetto emotivo dipende dall'interiorizzazione graduale di un'immagine interna, costante e investita positivamente, della madre. Ciò permette innanzitutto al bambino di funzionare separatamente, nonostante un livello moderato di tensione e disagio. La costanza dell'oggetto emotivo dipenderà naturalmente dalla conquista cognitiva della permanenza oggettuale, alla cui evoluzione partecipano anche tutti gli altri aspetti dello sviluppo della personalità del bambino. L'ultima sottofase è un periodo di sviluppo



intrapichico molto importante, nel corso del quale viene raggiunto un senso stabile di entità. Sembra aver luogo durante questa sottofase anche un consolidamento primario dell'identità sessuale. Tuttavia la costanza dell'oggetto implica qualcosa di più del mantenimento della rappresentazione dell'oggetto d'amore assente. Essa implica anche l'implicazione dell'oggetto buono e cattivo in un'unica rappresentazione. Ciò conduce alla fusione delle pulsioni aggressive con quelle libidiche e attutisce l'odio per l'oggetto quando l'aggressività è intensa ... Abbiamo chiaramente scoperto con il nostro studio che le reazioni dell'estraneo, di fronte alla percezione di una persona diversa dalla madre, dipendono da ampie funzioni sensorimotorie, quasi cognitive dell'Io, che si estendono molto al di là del sentimento di angoscia. Oltre all'angoscia, l'estraneo provoca una curiosità che può essere minima o anche irresistibilmente intensa.

Con la sostituzione dell'intelligenza sensorimotoria con l'intelligenza rappresentativa, il bambino sembra rendersi conto con sempre maggiore chiarezza di essere relativamente piccolo e indifeso. Tale esperienza rende il bambino più grande molto più vulnerabile di fronte a ciò che accade nel mondo esterno, per esempio di fronte all'assenza dei genitori, alla malattia, alla nascita di un fratellino o di una sorellina e così via. Reazioni molto intense alla separazione possono essere la conseguenza di traumi anche minori e ne può derivare un grado di ambivalenza maggiore di quanto ci si aspetterebbe. Nei casi meno favorevoli, si può verificare una regressione allo stadio in cui la matrice simbiotica era dapprima differenziata in un tutto buono e in un tutto cattivo. Tale scissione del mondo oggettivo può diventare una tendenza che potrà ostacolare la rimozione normale prevedibile (Kernberg, 1974). Se e in quale misura questa scissione delle rappresentazioni oggettuali si spanderà a investire anche la rappresentazione del Sé, dipenderà dal grado in cui la differenziazione del Sé sarà progredita.

"Nel delineare i compiti evolutivi il cui superamento porta allo sviluppo di una personalità integrata, Kernberg si rifà al contributo di altri autori, principalmente della Jacobson e della Mahler sul versante

della psicologia dell'Io e della Klein e di Rosenfeld su quello del modello delle relazioni oggettuali (Kernberg, 1974, 1984; Greenberg, Mitchell, 1983). Kernberg cerca di fornire una sistematizzazione del modello evolutivo psicoanalitico che, in linea con la tradizione freudiana, descrive una sequenza di livelli di organizzazione cui possono essere fatte corrispondere diverse organizzazioni della patologia mentale. A differenza dei concetti di sequenza psicosessuale e dell'avvicinarsi di posizioni kleiniane o del processo di separazione-individuazione mahleriano, tuttavia, Kernberg, come d'altra parte la Jacobson prima di lui, non considera le singole fasi evolutive normali alla stregua di modalità di funzionamento psicopatologico a cui l'individuo malato rimane fissato o regredisce quando si trova in una certa condizione clinica. In altre parole, le singole tappe evolutive non costituiscono di per sé delle condizioni psicopatologiche dalle quali bisogna uscire per raggiungere la normalità. Il bambino della Jacobson e di Kernberg non si trova naturalmente immerso in uno stato psicopatologico: non è né uno psicotico, né un autistico, né un nevrotico in nuce; lo sviluppo infantile, in questa tradizione di pensiero, porta in condizioni normali alla piena realizzazione di potenzialità adattive dell'individuo. La patologia è un esito evolutivo deviante che si verifica solo se il bambino non riesce a superare determinati compiti di sviluppo a causa di fattori di natura costituzionale o di influenze ambientali traumatiche. Esiste dunque una patologia infantile in cui è possibile ravvisare precocemente le modalità di funzionamento patologico dei periodi successivi, ma questa non costituisce la condizione universale attraverso cui l'individuo deve transitare prima di raggiungere la salute psicologica (Lingiardi V., Mc Williams N., 2017).

Se riprendiamo, a titolo di esempio, la multidipendenza psicopatologica (Frateschi M., 2013), il rischio si eleva se nel vissuto soggettivo a livello inconscio è già presente almeno un evento psicomicrotraumatico su cui, dapprima, si collega l'oggetto di dipendenza virtuale o liquido, che in qualità di apparente sostanza gratificante il piacere copre e maschera l'evento psicomicrotraumatico,



e poi, si sviluppa il fenomeno di dipendenza che sedimenta in strati non consapevoli sempre più profondi l'evento psicomicrotraumatico ... La multidipendenza psicopatologica, quindi, può costituirsi gradualmente nel soggetto per gradi di somiglianza. Quanto più alto è il grado di somiglianza psicologica generale e specifica tanto più si aggregano oggetti e fenomeni di dipendenza, moltiplicando i loro effetti deleteri per l'organismo umano. L'oggetto e il fenomeno di dipendenza psicopatologica può avere origine da un'entità reale o fantastica: droga, tabacco, alcol, arma, internet, cellulare, gioco, acquisto, sesso, alimento, relazione, affetto, ecc. Nel vissuto soggettivo un alto grado di somiglianze psicologiche specifiche tra oggetti e fenomeni di dipendenza determina il significato del mosaico composto da frammenti di dipendenza che: 1) se sono raggruppati e vicini creano Gestaltqualitäten, ovvero qualità delle forme (Ehrenfels C.V., 1960), ma con significato distorto, e di conseguenza multidipendenze psicopatologiche ad alta intensità e frequenza; 2) se sono sparsi e lontani nello spazio e nel tempo non trovano configurazione, determinando multidipendenze psicopatologiche a bassa intensità e frequenza. Nel vissuto di un bambino il mosaico di precursori di multidipendenze psicopatologiche si compone, in misura maggiore attraverso configurazioni di irrealtà e in misura minore attraverso configurazioni di realtà; ciò può determinarsi negli spazi-tempi della famiglia e della scuola, senza che si manifesti nel mondo esterno con fenomeni evidenti (Frateschi M., 2012c, 2013).

Zetzel E., Meissner W. W. (1973) si riferiscono alla teoria psicoanalitica evolutiva, anche in rapporto ai fattori innati ed esperienziali, in particolare sul loro rapporto reciproco, ed inoltre richiamando il principio evolutivo di Erikson, affermando che: "Così non vi è aspetto della teoria psicoanalitica evolutiva in cui non abbiano posto i contributi rispettivi dei fattori innati ed esperienziali. Il processo evolutivo è impostato nei termini del loro complesso rapporto reciproco e della loro mutua interazione e determinazione. Sin dai primissimi stadi dello sviluppo, l'esperienza, in particolare nella forma di relazioni

oggettuali, modula e modifica il modello delle forze evolutive innate; in corrispondenza ad ogni livello di sviluppo fattori costituzionali innati pongono le condizioni e contribuiscono a modellare l'esperienza; il rapporto reciproco dei fattori dà origine agli stadi dello sviluppo psicosessuale e psicosociale in un modello di crescita che non potrebbe essere definito meglio che col termine "epigenesi" usato da Erikson. L'organismo obbedisce alle leggi interne che comandano che un organo debba essere formato dopo un altro, che un elemento del bagaglio comportamentale debba essere creato dopo un altro. Egli scrive: ... questo principio evolutivo dell'epigenesi ... governa lo schiudersi, prima della nascita, della base organica di ogni comportamento e continua dopo la nascita a governare lo schiudersi delle potenzialità sociali dell'individuo nei successivi impatti dei sistemi pulsionali e delle realtà culturali (Erikson, 1959)".

"Ogni organismo evolve in uno slancio continuo spazio-tempo interagente con fenomeni pluridimensionali spazio-tempo multipli simultanei" (Frateschi M., 1988-1989). Nell'essere umano il principale, unico ed essenziale, campo spazio-tempo dinamico di forze e conflitti è il proprio organismo. M.S. Mahler, F. Pine, A. Bergman (1975) evidenziano l'importanza dell'integrazione di teorie evolutive più elaborate, sostenendo che: "Secondo la nostra opinione la salute e la patologia si possono comprendere in relazione ad aspetti evolutivi, tra i quali il più importante, dal nostro punto di vista, è la valutazione qualitativa dei nuclei residui del periodo simbiotico e del periodo di separazione e individuazione. Attraverso l'integrazione di teorie evolutive più elaborate, siamo in possesso di strumenti che se usati per ampliare la teoria della libido, possono fornirci un'ulteriore comprensione dell'ambito più esteso dei sintomi nevrotici dell'infanzia e anche dell'intero ciclo vitale.

Dimentichiamo spesso il fatto che il nucleo della teoria della libido che racchiude la chiave che porta alla nevrosi, cioè il complesso edipico, non è soltanto una teoria delle pulsioni, ma è una teoria altrettanto importante delle relazioni oggettuali. Vi è la tendenza a sottovalutare la potenzialità dell'io e dei

precursori del Super-io, nella creazione di conflitti intrapsichici ai primi livelli di sviluppo.

Riteniamo che la nostra comprensione della nevrosi infantile possa trarre giovamento dall'integrazione dei dati raccolti con l'osservazione e con la ricostruzione delle primissime fasi dell'esistenza extrauterina del bambino. Crediamo che un'ulteriore comprensione provenga dall'osservazione del cammino seguito dal bambino che si differenzia e che si stacca dalla matrice simbiotica, e dal rintracciare i primi passi del conflitto interiorizzato.

Nel nostro lavoro clinico, come anche nelle osservazioni sulla coppia madre-bambino, abbiamo rilevato con nostra sorpresa conflitti evolutivi che sono specifici di ogni fase".

Il modello strutturale tripartito di Io, Es, Super-Io, fu introdotto da Freud con la pubblicazione di *L'Io e L'Es* (1923). Il modello strutturale che superò il modello topografico prevedeva che l'Io fosse considerato distinto dalle pulsioni istintuali. A questo proposito Gabbard G.O. (2005) ricorda che: "L'aspetto conscio dell'Io era l'organo esecutivo della psiche, responsabile del prendere decisioni e dell'integrazione dei dati percettivi. L'aspetto inconscio dell'Io conteneva i meccanismi di difesa necessari a contrastare le potenti pulsioni istintive alberganti nell'Es – precisamente la sessualità e l'aggressività ... La psicologia dell'Io concettualizza il mondo intrapsichico come un mondo in conflitto tra le istanze. Il Super-io, l'Io e l'Es combattono tra loro mentre sessualità e conflittualità tendono ad esprimersi e scaricarsi. Il conflitto tra le varie istanze provoca angoscia. Questo segnale d'angoscia (Freud, 1925) avverte l'Io della necessità di un meccanismo difensivo. Il meccanismo della formazione del sintomo nevrotico può essere così compreso: il conflitto provoca angoscia, la quale porta ad un difesa, che a sua volta porta ad un compromesso tra l'Es e l'Io. Un sintomo è pertanto una formazione di compromesso che contemporaneamente difende dal desiderio che emerge dall'Es e soddisfa lo stesso desiderio in forma mascherata.

Anche questi riferimenti alla teoria psicoanalitica evolutiva vengono sviluppati dalla psicodinamica psicoevolutionista, sugli aspetti dell'angoscia,

dello sforzo evolutivo, dei nuovi oggetti investiti di energia, della Motivazione Intrinseca Strutturale e del Condizionamento Arcaico: "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 M., 2007a). Ghezzi N., in riferimento alla teoria psicologica dialettica, e in particolare, su due bisogni psicobiologici intrinseci, sostiene che: "Nella teoria psicologica dialettica venne chiamato bisogno di appartenenza/integrazione sociale il fattore genetico di apprendimento; e venne altresì chiamato bisogno di opposizione/individuazione il fattore genetico che determina la selezione sui valori, così ben descritto da Waddington che lo pone come il secondo sistema evolucionistico dell'uomo" (Ghezzi N., 2008).

In considerazione del conflitto e dei meccanismi difensivi e sulla corrispondenza tra alcuni stati nevrotici e specifici meccanismi di difesa, Lingiardi V., Madeddu F. (2002) riprendono una tesi di Bergeret: "Nel modello freudiano, tali meccanismi sono, come è noto, correlati agli stadi evolutivi. Per Bergeret (1974): Quando si tratta di organizzazioni di modalità nevrotica, genitale ed edipica, il conflitto si pone evidentemente tra pulsioni sessuali e le loro proibizioni; l'angoscia è allora l'angoscia di castrazione e le difese tendono ad attenuarla. Nelle



organizzazioni psicotiche, invece, tutta una parte predominante del conflitto profondo si attua con la realtà. L'angoscia è un'angoscia di frammentazione, sia per la paura di un impatto troppo violento con la realtà sia, al contrario, per la paura di perdita di contatto con questa stessa realtà. Compaiono allora le difese proprie del sistema psicotico: autismo, negazione della realtà con la necessità qualche volta di ricostruire una neo-realtà; l'insieme di questi procedimenti porta poi alla classica situazione delirante. In tutto il gruppo degli stati limite infine, l'angoscia è l'angoscia della perdita dell'oggetto, vale a dire un'angoscia depressiva. Le difese saranno quindi centrate sul modo di evitare questa perdita e portano a un doppio manicheismo: separazione interna tra ciò che è buono e ciò che è cattivo e separazione esterna tra buoni e cattivi".

Se Freud ha individuato i meccanismi difensivi correlati agli stadi evolutivi e la psicoanalisi contemporanea ha svolto una significativa e ricca opera di individuazione e di estensione di una molteplicità di difese, la psicomica psicoevolutionista ha ricercato, scoprendo e confermando a livello clinico psicodiagnostico e psicoterapeutico, le modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche: previsione emotiva, scenario spazio-tempo, pausa emotiva, regolazione della distanza emotiva, valutazione personale della realtà (Frateschi M., 1988-1989, 2012a).

Quindi, per la psicomica psicoevolutionista le modalità difensive psicoevolutive si aggiungono ai meccanismi di difesa dell'Io, nel Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD), articolato su tre caratteristiche fondamentali: Struttura, Organizzazione, Funzione. La Struttura è determinata già in uno stadio embrionale, poi fetale, preconstituita 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). Questo sistema strategico complesso, sarebbe già presente nel Campo Organismo Fetale (Frateschi M., 1989, 2012a, 2018b). L'analisi, l'elaborazione e l'interpretazione del Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD), dei meccanismi di difesa (difese tattiche) e delle modalità difensive psicoevolutive (difese strategiche e tattiche), nel trattamento psicoterapeutico psicomica psicoevolutionista può essere particolarmente utile ed efficace nella configurazione dinamica della evoluzione delle difese, della strutturazione, organizzazione e funzionamento della personalità. Nel trattamento psicoterapeutico psicomica psicoevolutionista l'evoluzione dell'essere si realizza con l'evoluzione delle difese, meccanismi di difesa e modalità difensive psicoevolutive, utilizzate con dinamiche congruenti ed efficaci, che sviluppano il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo; a sua volta, il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo nella progressione della configurazione della totalità dinamica della propria struttura, organizzazione, funzione, dà ulteriore sviluppo all'utilizzazione delle difese, con una conseguente evoluzione delle difese. In linea di massima, questa dinamica progressiva favorevole interviene su struttura, organizzazione e funzionamento della personalità, nelle condizioni generali di miglioramento ed evoluzione; al contrario, una dinamica regressiva sfavorevole, per gradi psicopatologici differenziati, interviene su struttura, organizzazione e funzionamento della personalità, nelle condizioni generali di peggioramento ed involuzione.

In conclusione, sono stati descritti alcuni possibili sviluppi nell'ambito psicomica psicoevolutionista dei concetti di angoscia e di psicomicrotrauma. Green A. (2012) in La clinica psicoanalitica contemporanea riferendosi ai fondamenti teorici del processo psicoanalitico afferma: "Questa specificità della psicoanalisi consiste nel procedere all'esame retrospettivo e

retroattivo di un corpus analizzabile che consegue a un insieme articolato di concetti il cui referente è una matrice postulata a partire da alcune produzioni che divengono après-coup, l'oggetto dell'analisi (mentre all'inizio si riteneva che esse non tracciassero che il cammino delle rappresentazioni-scopo). L'ipotesi alla base di questa contraddizione suppone che il linguaggio della comunicazione ordinaria o riflessa offra minori possibilità di accesso al funzionamento mentale che quello dell'associazione libera che segue la regola che prescrive di dire tutto (e di non fare nulla). Questo funzionamento, come Pierre Marty aveva ben intuito, obbliga a definire un asse che renda intelligibili i movimenti indicati dalle forme al quale esso si lega. Quest'asse è stato situato da Freud nello psichismo originario, dalla parte delle pulsioni. I suoi successori, più spesso l'hanno collocato agli stadi iniziali della relazione madre-bambino. Gli svolgimenti casuali e le discussioni senza fine attorno a questa divergenza in rapporto all'origine dei disfunzionamenti hanno spinto alcuni autori a proporre una posizione teorico-clinica alla quale si potrebbe accordare uno statuto centrale. Non si rinuncerà a ricercarne la sorgente, ma la si abborderà come un'ipotesi introdotta après-coup per estrarne l'intelligibilità, se necessario a forgiare un concetto".

Koffka (1912) definisce la distinzione tra concetti descrittivi e funzionali: "Tutti i concetti descrittivi derivano dalla semplice percezione e dalla descrizione dell'esperienza ... Tutti i concetti funzionali hanno come base esperienze che in qualche modo sono state rese obiettive".

"Nella psicoterapia psicoevoluzionista il metodo dell'analisi delle scene, delle immagini e dei sogni, include l'uso di un metodo di analisi sulla formazione dei concetti in psicologia. Se immagino alcune esperienze, posso provare a descriverle attraverso sensazioni visive, olfattive, uditive, ecc.; o per colori, forme, suoni, ecc.; oppure, ancora per sentimenti, emozioni, motivi, ecc.; questi possono essere concetti descrittivi. Quindi, sulla base delle informazioni dell'esperienza, di una sensazione, o di un colore, o di un sentimento potrei riflettere e distinguere

gradazioni, fino a formulare un concetto esplicativo o funzionale che non descrive l'esperienza diretta, bensì pone in relazione l'esperienza con gli oggetti, le forme, i movimenti, ecc., o relazioni tra le esperienze" (Frateschi M., 2012). "Le configurazioni cliniche psicodiagnostiche e psicoterapeutiche nell'orientamento psicodinamico possono comprendere concetti descrittivi ed esplicativi analizzati e rielaborati utilmente, per favorire un profilo di evoluzione psicologica del soggetto e per promuovere la sua condizione di salute e benessere umano" (Frateschi M., 2018a).

BIBLIOGRAFIA

- AINSWORTH M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Attachment*. Baltimore.
- 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.
- BERGERET J. (1974). *La personalità normale e patologica*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano
- BORGNA E. (1997). *Le figure dell'ansia*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- BOWLBY J. (1957). *An Ethological Approach to Research in Child Development*. *Brit. J. med. Psychol.*
- BRENNER C. (1955). *An elementary textbook of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York. Tr. It. *Breve corso di psicoanalisi*. G. Martinelli. Firenze, 1967.
- EHRENFELS C.V. (1960). *Über Gestaltqualitäten*, in Weinhandl Ferdinand: "Gestaltshafte Sehen". Darmstadt.
- ERIKSON E.H. (1959). *Identity and the life cycle*. International University Press, New York.
- FRATESCHI M. (1988). *Communication. Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A..
- FRATESCHI M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa. Comunicazioni*. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.



- FRATESCHI M. (1989). La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevolutionista per una Ricerca Azione nella scuola. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa "Il bambino multidimensionale", Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E., Regione Basilicata.
- FRATESCHI M. (1997). L'evoluzione in Psicologia. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2006). La psicoterapia psicoevolutionista: psicodinamica e analisi delle difese degli adolescenti. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione dell'identità nell'adolescente", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2007a). Il Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza: una prospettiva psicologica psicoevolutionista. Comunicazione presentata al Seminario "Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2007b). 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.
- FRATESCHI M. (2012a). Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista. Armando Editore, Roma.
- FRATESCHI M. (2012b). Psicoevoluzione: prevenzione delle psicopatologie e psicoterapia psicoevolutionista. Comunicazione presentata al Convegno "Prevenzione delle psicopatologie dello sviluppo: Psicoevoluzione, Salute, Scuola", A.I.E.Psi., Bari.
- FRATESCHI M. (2012c). Nell'ottica della panoramica psicoevolutionista. Comunicazione presentata al Seminario "Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento" Istituto Comprensivo C.D. "Via Dietta" – S.M. "V. Sofo", Monopoli, Bari.
- FRATESCHI M. (2013). La prevenzione e la diagnosi psicoevolutionista. Comunicazione presentata al Seminario: "Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento", Comune di Castellana Grotte – Sala delle Cerimonie
- FRATESCHI M. (2014). Psicoodinamica e psicoterapia psicoevolutionista e la promozione della salute e del benessere. Comunicazione presentata al Convegno: "Psicoevoluzione e progresso psicologico per la salute e il benessere", A.I.E.Psi., Bari.
- FRATESCHI M. (2015). Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 15, 6/2015, pp. 37-44.
- FRATESCHI M. (2017). Psicoodinamica, analisi e fenomeno. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 20, 12/2017, pp.151-161.
- FRATESCHI M. (2018a). Percezione, proiezione e rappresentazione. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 21, 6/2018, pp.106-121.
- FRATESCHI M. (2018b). Psicoanalisi e psicoevoluzione. Processi e stadi evolutivi. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 22, 12/2018, pp.116-132.
- FREUD A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense, Hogart Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1961. Tr. It. L'io e i meccanismi di difesa. Martinelli, Firenze, 1967.
- FREUD S. (1895). Progetto di una psicologia. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1899). L'interpretazione dei sogni. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1911). Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1915 - 1917). Introduzione alla psicoanalisi. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1920). Al di là del principio del piacere. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1923). L'io e l'Es. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.

- FREUD S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- GABBARD G.O. (2005). Psychodynamic Psychiatry in Clinical practice. Third Edition, Washington, D.C., American Psychiatric Press; tr. It. Psichiatria Psicodinamica, IV ed., Milano, Cortina, 2007.
- GHEZZANI N. (2008). La logica dell'ansia. Empatia, ansia e attacchi di panico, Franco Angeli, Milano.
- GREEN A. (1983). Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- GREEN A. (2012). La clinica psicoanalitica contemporanea. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
- GREENBERG J., MITCHELL S. (1983). Le relazioni oggettuali della teoria Psicoanalitica. Tr. It. Il Mulino, Bologna, 1986.
- HARTMANN H. (1958). Psicologia dell'io e problema dell'adattamento, Bollati Boringhieri, Torino.
- HEIDEGGER M. (1927). Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag, Halle.
- HERMAN J.L. (1992). Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo. Tr. It. Roma: Magi 2005.
- HOROWITZ M.J. (1997). Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders, Lahman, MD: Aronson.
- KERNBERG O.F. (1970). "Il trattamento della personalità narcisistica". Tr. It. In Sindromi marginali e narcisismo patologico. Boringhieri, Torino, 1978.
- KERNBERG O.F. (1974). "Problemi clinici della personalità narcisistica". Tr.it. in Sindromi marginali e narcisismo patologico. Boringhieri, Torino 1978.
- KERNBERG O.F. (1970). Disturbi gravi della personalità. Tr. It. Boringhieri, Torino 1987.
- KHAN M.M.R. (1963). Il concetto di trauma cumulativo, in Lo spazio privato del Sé. Ed. Boringhieri, Torino. 1979.
- KLEIN M. (1928). I primi stadi del conflitto edipico, in Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN M. (1932). La psicoanalisi dei bambini, Martinelli, Firenze, 1988.
- KLEIN M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco depressivi, in Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN M. (1957). Envy and Gratitude. A study of Unconscious Sources, New York, Basic Books; trad. It. Invidia e gratitudine, Firenze, Martinelli, 1969.
- KOFFKA K. (1912). Zur Analyse der Vorstellugen und ihrer Gesetze, Quelle und Meyer, Lipsia, pp.2 - 16
- KOFFKA K. (1935). Principles of Gestalt Psychology. Harcourt Brace. New York. Tr. it. Principi di Psicologia della forma. Ed. Boringhieri, Torino, 1970.
- KOHUT H. (1996). Lezioni di tecnica psicoanalitica. (Istituto di Chicago, 1974/1975). Tr. it. Astrolabio, Roma, 1997.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse, Puf, Paris.
- LINGIARDI V., MADEDDU F. (2002). I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica. Nuova edizione., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LINGIARDI V., MC WILLIAMS N. (2017). Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- MAHLER M.S., PINE F., BERGMAN A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation. Basic Books, New York. Tr. it. La nascita psicologica del bambino. Ed. Boringhieri, Torino. 1978.
- SPITZ R.A. (1958). Il primo anno di vita del bambino. Genesi delle prime relazioni oggettuali. Universitaria –Barbèra, Firenze, 1962.
- WADDINGTON C.H. (1961). L'animale uomo, in Huxley J., Idee per un nuovo umanesimo, Feltrinelli, Milano, 1962.
- WINNICOTT D. W. (1971). Playing and Reality, Tavistock Publications, London.
- WOLFF P. H. (1963). Observations on the Early Development of Smiling. In B. M. Foss (a cura di), "Determinants of Infant Behaviour", vol. 2, pp. 113-38, Londra e New York.
- ZETZEL E., MEISSNER W. W. (1973). Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry, Basic Books, New York. Tr. it. Psichiatria Psicoanalitica. Boringhieri



I DISTURBI DEL SONNO NELLA MALATTIA DI PARKINSON

BREVE RASSEGNA SUI POSSIBILI RISCHI NEUROPSICOPATOLOGICI ASSOCIATI

Mariagrazia Labarile

Psicologa, esperta in neuropsicologia
clinica, specializzanda in psicoterapia
cognitivo comportamentale

RIASSUNTO

La Malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa che presenta, oltre ai noti disturbi motori, anche importanti sequele cognitive ed emotive. Tra i sintomi meno conosciuti, ma non meno importanti, vi sono i disturbi del sonno, i quali causano un importante disagio e una marcata compromissione della qualità della vita dell'individuo che ne soffre, divenendo al tempo stesso un stressor per l'individuo e il nucleo familiare e un possibile trigger per l'instaurarsi di altre patologie in comorbidità.

PAROLE CHIAVE

Malattia di Parkinson, disturbi del sonno, deterioramento cognitivo

La Malattia di Parkinson è la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa al mondo con un'incidenza pari a circa l'1% della popolazione mondiale sopra i 50 anni (Dorsey et al., 2007).

Oltre ai sintomi motori più conosciuti, come la rigidità muscolare e il tremore a riposo, la malattia di Parkinson si caratterizza anche per la presenza di sintomi

non motori, ugualmente invalidanti e in grado di ridurre considerevolmente la qualità della vita di chi ne soffre. Disturbi del sonno, gastrointestinali, alterazione del tono dell'umore e stati d'ansia sono solo alcuni dei più comuni disturbi non motori rilevati nella maggior parte dei pazienti con malattia di Parkinson. Tutti noi abbiamo sperimentato almeno una volta nella vita difficoltà nell'addormentamento notturno, precoci risvegli mattutini o intere notti trascorse nella speranza di addormentarci il più presto possibile. Il mattino seguente, chiaramente, ci siamo poi sentiti stanchi, sonnolenti, più irritabili, nervosi e abbiamo avuto difficoltà nello svolgere in maniera efficiente le consuete attività della nostra vita, come lavorare, studiare, cucinare o dedicarci a compiti impegnativi. Fortunatamente, per la maggior parte di noi, questi episodi non durano a lungo nel tempo, anche perché sono spesso legati a dei periodi di vita piuttosto stressanti o a particolari eventi che, dopo un limitato periodo di tempo, cessano di esistere, come ad esempio un esame all'università, un concorso sul posto di lavoro, una preoccupazione per lo stato di salute di un familiare e molto altro ancora. Terminato il periodo stressante ricominciamo a dormire più serenamente e a godere di un sonno ristoratore.

La malattia di Parkinson, tuttavia, non ha una durata limitata nel tempo e i disturbi del sonno che la caratterizzano non sono episodi isolati, bensì una condizione perenne. I disturbi del sonno nella malattia di Parkinson sono piuttosto frequenti, parliamo di una prevalenza che oscilla tra il 60-70% (Oerlemans & de Weerd, 2002). Inoltre, i principali disturbi del sonno sono associati alla presenza di svariate altre manifestazioni psicopatologiche, come ansia, depressione e deterioramento cognitivo (e.g. memoria, attenzione, capacità di pianificazione).

Negli ultimi anni numerosi studi hanno suggerito la presenza di una progressiva e non lineare perdita dei terminali sinaptici nella malattia di Parkinson, anche se ad un ritmo più lento rispetto alla dopamina. L'adeguato funzionamento del sistema serotonergico sembra associato allo sviluppo sia dei sintomi motori che non motori. Inoltre, il sistema serotonergico sembra essere coinvolto anche nella regolazione del sonno: la presenza di un alterato funzionamento dell'asse

serotonergico potrebbe acquisire una certa rilevanza nello sviluppo dei disturbi del sonno nella Malattia di Parkinson (Politis & Niccolini, 2015). Tale assunto si basa su quanto emerso da studi precedenti condotti su animali: le lesioni rilevate nei neuroni serotonergici dei nuclei del Rafe ha indotto una riduzione del sonno associato ad una riduzione dei livelli di serotonina.

PRINCIPALI DISTURBI DEL SONNO NELLA MDP

- **Disturbo comportamentale del sonno REM:** durante il sonno l'individuo può emettere comportamenti sia motori che verbali. Attualmente considerato come un sintomo precursore della Malattia di Parkinson, la presenza di tale disturbo comporta una serie di conseguenze come, ad esempio, un aumentato rischio di deterioramento cognitivo (Plomhause et al., 2014), e depressione (Neikrug et al., 2013).
- **Insomnia:** sebbene la difficoltà nell'addormentamento e il relativo mantenimento del sonno durante la notte siano frequenti nell'individuo con Parkinson, appare rilevante anche la frammentazione del sonno, attualmente considerata come l'indicatore del mantenimento dell'insonnia. Tali difficoltà sono presenti in misura maggiore nei pazienti con Parkinson rispetto al resto della popolazione generale (Lama et al., 2016). La conseguenza di tale alterazione cronica del ciclo del sonno comporterebbe un aumentato rischio di deterioramento cognitivo e demenza, depressione, ansia e psicosi.
- **Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS):** si caratterizza per l'assenza di un continuo afflusso di aria al naso e alla bocca durante il sonno. Ciò determina, di conseguenza, un intermittente apporto di ossigeno al cervello e l'instaurarsi di lesioni cerebrali. È ormai noto che la presenza di tale sindrome sia associata ad un peggioramento delle prestazioni cognitive in tutti gli individui che ne sono affetti: i pazienti che presentano, oltre al Parkinson, anche la sindrome delle apnee ostruttive manifestano difficoltà cognitive maggiori rispetto ai pazienti con Parkinson senza OSAS (Harmell et al., 2016).
- **Sindrome delle gambe senza riposo:** si caratterizza per l'irrefrenabile bisogno di muovere le gambe e per la presenza di sensazioni spiacevoli



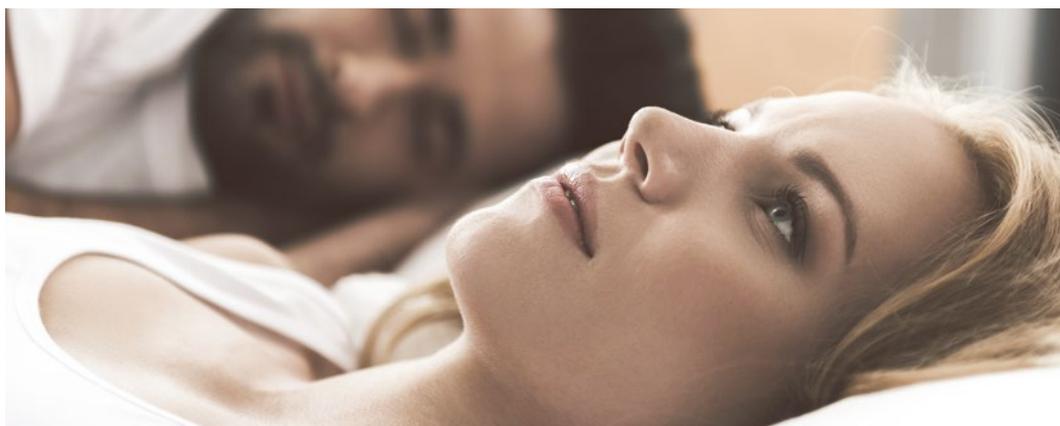
e/o dolorose alle gambe, che scompaiono una volta mosse. Tale irrefrenabile necessità si manifesta quando l'individuo è a riposo, quindi nelle ore serali e notturne. È stata dimostrata una correlazione tra la presenza di tale sindrome e l'insorgenza di deterioramento cognitivo, depressione e sintomi psicotici negli individui con Malattia di Parkinson (Lama et al., 2016).

- La prolungata alterazione del ciclo sonno-veglia determina, conseguentemente, un'**eccessiva sonnolenza diurna** (EDS). Quest'ultima sembra essere maggiormente esperita dai soggetti con Parkinson che hanno sviluppato demenza rispetto agli individui con Parkinson senza demenza. Inoltre, l'eccessiva sonnolenza diurna si configura come fattore predisponente all'insorgenza di depressione, ansia e comportamenti impulsivi.

Questa breve sintesi mette in luce quanto sia grave la presenza ed il mantenimento nel tempo dei disturbi del sonno nella Malattia di Parkinson, la quale, di per sé, predispone l'individuo ad una maggiore vulnerabilità rispetto all'insorgenza di depressione, ansia e deterioramento delle funzioni cognitive. Pertanto, ne consegue che oltre al trattamento dei sintomi motori, sia assolutamente necessario anche il trattamento dei disturbi del sonno e delle psicopatologie associate al fine di migliorare la qualità della vita dell'individuo che ne soffre e dell'intero nucleo familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, et al. (2007). Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*, 68(5):384-386.
- Oerlemans WGH, de Weerd AW (2002). The prevalence of sleep disorders in patients with Parkinson's disease: a self-reported, community-based survey. *Sleep Med* 3:147-149.
- Harmell AL, Neikrug AB, Palmer BW et al. (2016). Obstructive Sleep Apnea and Cognition in Parkinson's disease. *Sleep Med.*,21:28-34.
- Plomhause L, Dujardin K, Boucart M, Herlin V, Defebvre L, Derambure P, et al. (2014). Impaired visual perception in rapid eye movement sleep behavior disorder. *Neuropsychology* May;28(3):388e93.
- Neikrug AB, Maglione JE, Liu L, Natarajan L, Avanzino JA, Corey-Bloom J, et al. (2013). Effects of sleep disorders on the non-motor symptoms of Parkinson disease. *J Clin Sleep Med* Nov 15;9(11):1119e29.
- Lama M, Chahine, Amy W, Amara, Aleksandar Videnovic. (2016). A systematic review of the literature on disorders of sleep and wakefulness in Parkinson's disease from 2005 to 2015. *Sleep Medicine Reviews* xxx 1e18
- Politis M., & Niccolini, F. (2015). Serotonin in Parkinson's disease. *Behavioural Brain Research*, 277, 136-145.





IL NUDO VOLTO DELL'ALTRO

RITROVARSI NEL DIALOGO

Che cosa attendiamo se, pur essendo disperati, ci rechiamo da una persona? Sicuramente, vi vogliamo scorgere una presenza, attraverso la quale ci venga detto che, nonostante tutto, esiste il senso delle cose.

E. Levinas

Non bastano le ossa e la carne per costruire un volto ed è per questo che il volto è la parte infinitamente meno fisica del corpo, fatto di sguardo, di contrazioni della bocca, di pieghe, di tutto quell'insieme di sottili attributi verso i quali l'anima si rivela nel corpo.

E. Sabato

Daniela Cirasino

Psicologa Clinica, Terapista ABA-VB
Associazione Il Gabbiano Ostuni

RIASSUNTO

Il presente articolo si propone di svolgere un'analisi del significato che il volto umano assume nella dimensione dell'incontro. Imbattendosi nel volto d'altri, l'uomo incontra non solo la propria alterità, ma la possibilità di accendere un dialogo con tale alterità. L'altro-da-me mi offre una migliore conoscenza del mio Io e accende nuove possibilità d'essere. In tale senso, l'incontro che ha luogo nella stanza terapeutica è paradigmatico della reale dimensione umana ed è l'avvio alla costruzione di una fondamentale relazione Io-Tu.

PAROLE CHIAVE

Volto, dialogo, esistenza, filosofia, incontro.

INTERROGATIVI

Cosa accade nel momento in cui una persona varca la soglia del nostro studio, l'angolo prediletto da cui ci approssimiamo alla varietà umana? Una storia entra in una stanza che non è semplicemente una stanza, ma è luogo. I contorni di un volto si delineano di fronte al nostro sguardo che già da quel momento comincia a scorgere la cifra del *pathein* che di lì a poco troverà cittadinanza e ragion d'essere in quella stanza. La presenza d'altro è un fenomeno che accade e nel suo accadere ci coinvolge e ci comunica qualcosa. Il suo volto è la metafora di un'esistenza, il suo corpo parla prima ancora che sia il codice linguistico verbale ad avere la meglio coi suoi significati. Nel volto che abbiamo di fronte e che non riusciremo mai ad afferrare per intero riconducendolo a noi stessi, è racchiuso il segreto supremo della vita.



ALLE COSE STESSE

Il fenomeno, come noi oggi lo intendiamo, è ciò che appare, ciò che vediamo così come lo vediamo e come possiamo fedelmente descriverlo. Esso si presenta proprio così com'è, senza giudicarlo aprioristicamente. Giudicare prima vuol dire dare un giudizio ancor prima di *vedere* le cose, vuol dire, in altre parole, sottostare a un pre-giudizio. Per questa ragione è stato detto che la fenomenologia è un ritorno "alle cose stesse". Essa è anche un ritorno al soggetto, al cogito, non al soggetto come categoria artificiale, ma al soggetto proprio, in prima persona: a quel soggetto che è ognuno di noi e che non è né un'astratta categoria, né puro pensiero. Per fare questo bisogna sospendere ogni conoscenza e ogni giudizio dato prima di sperimentare atti e fatti così come sono vissuti, bisogna cioè compiere l'esercizio di sospensione che gli scettici greci usavano chiamare *epochè*.

IL VOLTO DI C.

Quando una persona fa il suo ingresso nella stanza terapeutica, una storia assai articolata varca la soglia della nostra porta, si approssima a noi, miseri custodi del senso e del non-senso. Accogliamo la richiesta di chi porta inscritto tra i solchi disegnati sul proprio volto il naufragio di un destino.

C. è una donna di mezza età con due figli e un marito. Vive con la sua famiglia in un piccolo paese del Meridione ed ha un lavoro part-time presso una agenzia della sua zona. Prima di telefonare e fissare un appuntamento per una consultazione psicologica, dice di averci riflettuto a lungo, di aver sostato nell'indecisione per molto tempo chiedendosi se fosse il caso di vedere o meno uno specialista. C. non ha mai fatto "queste cose", ha sempre tentato di risolvere i problemi della sfera domestica nelle quattro mura di casa. Lei non sa come ci si comporta in queste situazioni e questa volta il patimento traboccava in maniera talmente incontenibile che ha ceduto ad una richiesta di aiuto. Mi chiede di fissare un appuntamento perché ha avuto dei problemi in famiglia e vorrebbe parlarne con un esperto. Accolgo la sua richiesta e le fisso un appuntamento per la settimana successiva.

C. si presenta con puntualità all'incontro. È sola.

Appena varca la soglia del mio studio si nota che il corpo trascina la sua sofferenza. Ha un'aria dimessa, una certa mestizia si scorge nel modo in cui incurva la schiena e distoglie lo sguardo. Sembra imbarazzata oltremisura, si intuisce che non vorrebbe trovarsi in quel luogo, che teme il giudizio ed è spaventata dalle conseguenze. Il suo volto, specchio dei vissuti emotivi, testimonia una pesante pena che pare stia scontando.

Cerco di metterla a suo agio e di rassicurarla sul fatto che possa raccontarmi liberamente la sua storia. Non verrà esposta a giudizio, non ci sono parole giuste o sbagliate.

Il suo sguardo evita con cura di imbattersi nel mio, quasi prova vergogna nel guardarmi dritto negli occhi. Ha l'aria di chi, trovandosi di fronte ad un padre confessore, non sappia proprio come rivelare il grave peccato di cui si è macchiato. La parola non ha ancora trovato cittadinanza nel vano tentativo di significare il significabile nell'esperienza di C.

Ben presto, sul tavolo operatorio delle sue emozioni emergerà la grave ferita di C. Ella ha sviluppato un profondo senso di colpa a seguito di una violenza sessuale consumata da suo figlio nei riguardi della sorellina. C. non riesce a trovare un senso a quanto accaduto, si domanda costantemente quale errore lei abbia commesso nell'educazione dei propri figli. Il suo senso di vergogna e di colpa cresce ogni giorno ed il fardello pesa troppo per un'anima sola. La nudità del suo volto è uno strappo, uno squarcio che si apre nella contestualità dell'esperienza. Ciò perché il volto viene dal suo passato memorabile e di quel passato si fa testimone e presentificazione.

Vedrò C. altre volte. Nella matassa della sua esistenza riuscirà a trovare il modo per sciogliere il groviglio. Il suo volto ed il suo sguardo muteranno ancora e ancora. Parleranno di un percorso complicato, sveleranno significati o restituiranno senso ai vissuti.

IL DIALOGO INTERMINABILE

Se volessimo scorgere un'atavica forma operativa all'arte della psico-terapia, probabilmente troveremo la sua fonte nel socratico dialogo del "che cos'è?" (ti esti) attraverso il quale il saggio Socrate spronava il proprio interlocutore ad interrogarsi

sulle cause dei fenomeni, a ricercarne il senso profondo astraendosi da ogni preconcezione o da ogni definizione tautologica che nulla avrebbe detto di nuovo sull'oggetto o fenomeno d'indagine. Che cos'è il tuo dolore? Da dove esso origina? Che cosa attanaglia la tua esistenza sfiando le sue trame? Non vi è risposta immediata e soddisfacente che possa darsi a questi grandi interrogativi, ma la ricerca di un senso segue il percorso della dimensione dialogica. È nel dialogo che, come una fenomenologia dello spirito di Hegeliana memoria, lo ritrovo me stesso. L'Altro mi riconduce a me e arricchisce di significato la percezione che ho di me stesso. Il dialogo non è logomachia. Chi vi si impegna lo fa totalmente e vi impegna la propria responsabilità. A rimarcare il valore di tale strumento conoscitivo, il filosofo Michail Michailovič Bachtin osserva che il dialogo non è semplicemente un confronto di idee ma un confronto di orientamenti globali, di posizioni esistenziali. Di fatto, come osserva mirabilmente Jaques Rolland, il dialogo prima ancora di essere un parlare-di è un parlare-a, è esposizione ad un altro prima di essere comunicazione di un contenuto. E per tale ragione questo contenuto viene primariamente offerto alla conoscenza dell'altro, al suo apprezzamento e al suo giudizio. Prima ancora di costituirsi come *Detto*, il dialogo è un *Dire*, cioè un approssimarsi all'altro, consegnare ad esso una significanza prima di qualsiasi oggettivazione, esporsi prima ancora che ogni giudizio possa essere formulato.

Il dialogo è una apertura, tant'è che si *fa ingresso* in un dialogo. Questo "entrare" pone la condizione d'esistenza di un polo opposto, l'Altro-da-me a cui io dono ed espongo la mia parola eleggendolo a giudice del mio dire.

La moderna psicologia, con Max Scheler, ha riconosciuto che l'espressione è il primo elemento che l'uomo scorge in ciò che esiste fuori di sé. Per comprendere un gesto di ira o di paura, non abbiamo bisogno di ricordarci i sentimenti che abbiamo provato nel momento in cui abbiamo compiuto quella determinata azione. Il gesto non ci fa pensare a quei sentimenti, esso è quei sentimenti. Noi esistiamo insieme con gli altri e reciprocamente ci

manifestiamo. Tutto ciò che noi siamo si incarna nel nostro linguaggio espressivo; il nostro corpo non è qualcosa di estraneo a noi, come una specie di involucro, esso è il nostro esprimerci o manifestarci. È in ciò che consiste la singolarità dell'io e del Tu. Io mi riconosco nella misura in cui un altro io, cioè un Tu, mi riconosce.

All'interno del dialogo il Tu è l'unico che possa rispondere alle mie domande ed è colui alle cui domande che mi riguardano, lo solo posso rispondere. Mi svelo a te, facendo di te colui che mi chiarisce a me stesso. Il dialogo è una relazione espressiva abitata dal reciproco intendimento di due esistenze che si impegnano ad attestare insieme la verità di ciò che esse sono. Difatti il dialogo rompe la più radicale delle solitudini: la solitudine del pensiero di fronte all'enigma ricorrente del proprio io. Perciò, la vita umana possiamo scorgere solo in virtù del suo carattere dialogico: l'uomo alla ricerca del suo fondamento.

In questo scambio dialogico, di cui il volto rappresenta l'epifania irriducibile dell'assolutamente Altro, il filosofo Emmanuel Levinas specifica che il volto d'Altro mi fa visita e mi parla. È primariamente nel volto che il soggetto fa esperienza della esteriorità e nel reciproco incontro risiede il reale fondamento dello scambio esistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Alici L., Baccharini E., Levi Coen C., Miano F., Morra G., Mura G., Pieretti A., Prini P., Ricci Sindoni P., Sini C., Quinzio S., (1995). La filosofia del dialogo. A cura di Mario Martini. Da Buber a Lévinas, Cittadella Ed., Assisi.
- Bachtin M. (2001). Estetica e romanzo, Einaudi, Torino.
- Levinas E. (2000). Altrimenti che essere o al di là dell'esistenza, Jaca Book, Milano,
- Levinas, E. (2000). Totalità e Infinito. Saggio sull'esteriorità, Jaca Book, Milano, 2000
- Levinas, E. (1991). Tra Noi. Saggi sul pensare all'altro, Jaca Book, Milano.
- Rolland J. (1990). Dostoevskij e la questione dell'altro, Jaca Book, Milano.
- Scheler M. (1998). La posizione dell'uomo nel cosmo, Armando Editore, Roma.



INTELLIGENZA ORGANIZZATIVA

LA NUOVA FRONTIERA DELL'ECCELLENZA

Alessio Alfonso Precipe

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

RIASSUNTO

In questo articolo, l'autore intende focalizzare l'attenzione dei lettori sul concetto di Intelligenza Organizzativa, spin-off della più nota Intelligenza Emotiva, la quale se applicata correttamente nelle procedure di selezione e nelle dinamiche aziendali, può condurre ad un livello di eccellenza, che indubbiamente, si traduce poi in termini di profitti per tutte le componenti aziendali: imprenditore, dirigenti, quadri, dipendenti, fornitori e clienti. Inoltre, la sempre più crescente attenzione alle soft skills, il ruolo sempre più importante assunto dall'Assessment Center nelle procedure di selezione, la richiesta sempre più frequente di competenze di natura relazionale e comunicativa, e il cambiamento repentino del mercato del lavoro, lasciano emergere un'altra importante questione: l'impiego continuativo degli psicologi nelle aziende, anche medio-piccole, e soprattutto nelle procedure di selezione, formazione e valutazione del personale. Attraverso, un'analisi dei più recenti costrutti teorici, di eminenti autori, inerenti questo argomento, l'autore intende sensibilizzare la comunità degli Psicologi, alla promulgazione della cultura del cambiamento anche in questo delicatissimo settore, come già peraltro avviene in altri ambiti, in quanto vista

la precarietà delle attuali condizioni socio-economiche e la delicatezza del momento storico, essi rappresentano un valore aggiunto per indirizzare i lavoratori o chi si appresta ad entrare nel mondo lavorativo, allo sviluppo di quelle competenze che sarà necessario possedere per ottenere il posto di lavoro a cui si ambisce e un conseguente alto livello di soddisfazione lavorativa, che come tutti sanno costituisce una base solida per la conduzione di una vita felice e appagante.

PAROLE CHIAVE

Intelligenza Organizzativa, Intelligenza Emotiva, Soft Skills, Eccellenza Organizzativa, Soddisfazione Lavorativa.

Il mondo del lavoro, sta cambiando. Le regole che stabiliscono l'ingresso in un contesto lavorativo di un potenziale lavoratore, stanno cambiando. Anche i criteri di valutazione di un potenziale candidato stanno cambiando. In questa fase di repentino cambiamento e mutazione delle condizioni socio-economiche, sono emersi nuovi costrutti e competenze necessarie allo svolgimento dei compiti previsti da una posizione lavorativa, e nuove metodologie di valutazione che vanno proprio ad

indagare se un soggetto candidato, possiede questo tipo di competenze. Queste nuove regole, consentono di prevedere chi possiede maggiori chances per eccellere e chi, invece, è più predisposto a perdersi lungo il tragitto. Oggi, infatti, i candidati vengono giudicati non solo in base a quanto siano intelligenti, preparati ed esperti, ma anche, e talvolta soprattutto, considerando il comportamento e gli atteggiamenti, verso se stessi e nelle relazioni e interazioni con gli altri.

Da sempre, gli psicologi e i ricercatori, hanno cercato di studiare e comprendere, i meccanismi e il funzionamento dell'intelligenza, ma è a Gardner (1983), che si deve la classificazione pionieristica che condurrà all'intelligenza emotiva. Fu, infatti, proprio Gardner nel suo libro *Formae mentis*, ad includere, oltre a i classici tipi di intelligenza, ossia quella verbale, logico-matematica e spaziale, un costrutto del tutto nuovo, denominato *intelligenza personale*. Questa forma di intelligenza, veniva intesa come un insieme di capacità che si differenziavano in intrapersonali e interpersonali. Nella dimensione intrapersonale, rientravano tutte quelle capacità di accedere alla propria vita affettiva, ai propri sentimenti e alle proprie emozioni. Per quanto concerne la sfera interpersonale, le capacità sono quelle che si rivolgono verso l'esterno e che quindi, entrano in gioco nelle relazioni con altre persone. Gardner, sosteneva che questo tipo di intelligenza potesse avere lo stesso valore della tipica intelligenza nei test di livello. Tuttavia, fu solo due anni dopo, nel 1985, che apparve per la prima volta il termine *quoziente emotivo*, ad opera dell'allora dottorando Reuven Bar-On, il quale utilizzò questa terminologia all'interno del suo lavoro di tesi. L'obiettivo di Bar-On, oggi famosissimo studioso e ricercatore, era distinguere gli elementi classici dell'intelligenza, misurate dal QI, da quelli emotivi e sociali, i quali richiedevano un nuovo parametro di misurazione che poteva essere proprio, il quoziente emotivo. Il termine preciso, *intelligenza emotiva*, appare nel panorama di ricerca internazionale, solo nel 1990, quando due docenti universitari di Yale, John Mayer e Peter Salovey, lo utilizzarono nel loro articolo "Emotional Intelligence". I due ricercatori

americani, definirono l'intelligenza emotiva, come una particolare forma di intelligenza, che può definirsi sociale, la quale coinvolge la capacità di monitorare i sentimenti e le emozioni proprie e altrui, di discriminarle e di poter utilizzare queste informazioni come guida del pensiero e dell'azione. Mayer e Salovey, vollero perciò, iniziare un programma di ricerca avente l'obiettivo, di sviluppare strumenti validi e attendibili, per misurare l'intelligenza emotiva, e allo stesso tempo esplorare la rilevanza pratico-operativo del costrutto. Il grande pubblico, comincia a prendere confidenza con l'Intelligenza Emotiva, grazie al bestseller di Daniel Goleman (1995), dal titolo *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. Il libro, si incentrava, su alcune caratteristiche personalologiche e competenze, le quali risultavano predittori del successo nella vita di un individuo, in misura maggiore del classico quoziente intellettuale. Il libro di Goleman suscitò grande interesse e fece sì che il costrutto fosse conosciuto ed utilizzato anche nel mondo del lavoro. Ad esempio, l'*Harvard Business Review*, pubblicò un articolo dell'Autore sull'intelligenza emotiva che fu il più letto negli ultimi cinquanta anni della rivista (Goleman, 1998). Nel 1998, Goleman pubblicò *Working with emotional intelligence*, il quale illustrava che le componenti fondamentali dell'intelligenza emotiva sono 5: la *conoscenza del Sé*, la *regolazione del Sé*, la *motivazione*, l'*empatia* e le *social skills*. All'interno del libro, inoltre, Goleman, evidenzia come le competenze emozionali, risultino più predittive delle capacità tecniche e intellettive nel determinare il successo sia degli individui che delle organizzazioni. Un'altra teoria che rappresenta un caposaldo nel campo della psicologia delle emozioni, è quella denominata *Broaden and Build Theory*, di Barbara L. Fredrickson, direttrice del Positive Emotions Psychophysiology Laboratory dell'Università del Michigan, il cui motto recita: "*Provare emozioni positive predispongono la mente ad affrontare meglio le criticità della vita*". Fredrickson e Branigan (2005) sottolineano il ruolo che le emozioni positive, ricoprono nell'espandere le opzioni comportamentali e cognitive, svolgendo pertanto, una funzione adattiva. Pensare positivo, sviluppa la capacità di risolvere



problemi e quella di apprendere. Ancora Friedrickson (2001), sostiene che i lavoratori in grado di provare ed esprimere emozioni positive, diventano più efficaci e si sentono maggiormente inseriti ed intergrati all'interno dell'organizzazione. Le emozioni positive, spingono gli individui a sperimentare nuove situazioni e orizzonti, ad assumersi rischi. Prendendo in considerazione, un lasso temporale medio-lungo, i lavoratori saranno, inoltre, più soddisfatti e motivati. Le emozioni negative, d'altro canto, possono indebolire le risorse individuali per fronteggiare situazioni stressanti, favorendo l'insorgere di patologie quali lo *stress lavoro-correlato* e il *burnout*.

Un altro approccio teorico, molto interessante, inerente l'implicazione delle emozioni nei contesti lavorativi, è l'*Action Theory*, di Hacker. Questa teoria, sostiene che le persone cercano sempre di far fronte alle richieste ambientali in modo attivo, anche a quelle di natura emotiva. In questo paradigma orientato all'azione, le organizzazioni eccellenti traggono vantaggio dal loro lato emozionale. Gli individui che avranno l'occasione di lavorare con le emozioni "intelligenti", svilupperanno a loro volta una "*personalità enhancement*" che è fortemente connessa ad importanti competenze, alla soddisfazione e self-esteem (Hacker, 1998). In questa direzione, l'organizzazione dovrebbe supportare tale azione mettendo i lavoratori nella condizione di porre in atto le competenze e le capacità possedute. La messa in atto delle proprie competenze è sicuramente importante per lo sviluppo e la crescita del lavoratore (Hacker, 1973, 1998). Gli individui dimostrano, orgogliosamente, le loro capacità relative all'intelligenza emotiva, perché aumentano il proprio livello di competenza, anche di fronte a richieste emotive di natura maggiormente complessa. Contrariamente, mansioni lavorative troppo semplici, le quali non implicano un lavoro affettivo, ma esclusivamente competenze tecniche (ad esempio, scaricare e stampare documenti, fare fotocopie, ecc.), non saranno particolarmente gratificanti, soprattutto se particolarmente frequenti e continuative nel tempo.

Questi paradigmi, mettono in luce la necessità di investire, su persone in grado di fare la differenza

da un punto di vista emotivo e nelle relazioni con gli altri. Costrutti come il clima organizzativo, la capacità di lavorare in team e la leadership, si rivelano fondamentali, anche per un incremento significativo dei profitti per l'azienda. Un dipendente soddisfatto, lavora di più e meglio, rispetto ad uno frustrato. Inoltre, le assenze per malattia o infortuni, e anche gli incidenti sul lavoro diminuiscono significativamente, rappresentando l'abbattimento di alcuni costi che, spesso, si rivelano eccessivamente onerosi per un'azienda, in particolar modo in un contesto come quello italiano, caratterizzato da una prevalenza di piccole o medie imprese, il cui apporto di una singola unità lavorativa risulta essenziale, per la quotidiana sopravvivenza.

Naturalmente, quanto illustrato ed espresso finora, non significa nel modo più assoluto che le competenze emotive sono sufficienti per avere successo, a discapito delle competenze tecniche, ma a parità di condizioni, un individuo emotivamente intelligente, avrà maggiori probabilità di provare soddisfazione per il suo lavoro e di raggiungere obiettivi prestigiosi.

IL PANORAMA ITALIANO

In Italia, due studiosi in particolare si sono occupati dell'intelligenza emotiva applicata alle organizzazioni. Giorgi e Mayer, questo il nome dei due illustri ricercatori, hanno utilizzato come base di partenza i modelli di Bar-On e Goleman, per elaborare la costruzione di una piattaforma teorica originale ed innovativa, che hanno denominato *Intelligenza Emotiva ed Organizzativa*. Una concettualizzazione che ha portato particolare innovazione in Italia e che ha saputo superare i bias della sola visione dell'intelligenza emotiva a livello individuale, secondo la quale, l'intelligenza emotiva dipenda comunque dal contesto in cui si applica e, quindi, vada misurata e declinata in uno specifico setting (Giorgi e Majer, 2009). Giorgi e Mayer, asseriscono che l'intelligenza emotiva è strettamente condizionata nelle sue manifestazioni dal contesto, e quindi, si potrebbe osservare, per esempio, che gli individui potrebbero dimostrare un livello elevato di intelligenza emotiva in alcuni contesti (es. famiglia, gruppi amicali,



associazioni, ecc.), ma non necessariamente in altri, come ad esempio il luogo di lavoro. L'idea rivoluzionaria, di questi due autori italiani è quella di indagare la dimensione organizzativa dell'individuo, che non trova molti riferimenti nel panorama teorico, il quale fa riferimento prevalentemente ad altre caratteristiche di natura socio-anagrafiche, a discapito di un'analisi approfondita a livello organizzativo. Bisogna, altresì, tenere in considerazione, che l'intelligenza è un costrutto mutabile, per cui l'influenza dell'ambiente esterno, in questo caso quello lavorativo, appare rilevante. Alcuni ambienti, è possibile che facilitino lo sviluppo di intelligenza cognitiva, ma non emotiva, oppure viceversa. L'intelligenza emotiva individuale, viene a contatto con le norme dell'organizzazione, sia come *display rules* (emozioni da esprimere/reprimere) che come *feelings rules* (emozioni che si presume debbano essere sperimentate/espresse in un determinato setting). Il tratto distintivo di questa connotazione è che l'emozione è plasmata e plasmante il contesto sociale ed organizzativo (Giorgi e Mayer, 2015). Le tipologie di influenza dello sviluppo e dei processi emotivi, da parte di un'organizzazione, possono

essere molteplici: socializzazione e cultura organizzativa, metodologie di valutazione della performance, selezione e formazione del personale, esercizio del controllo e/o del potere e via discorrendo. Un altro concetto che sta entrando nel panorama di ricerca delle emozioni è quello di cultura emotiva e clima emotivo delle organizzazioni (Fineman, 2009). Giorgi e Majer, nel loro testo intitolato proprio *Intelligenza Organizzativa* (2015), sostengono che la ricerca sull'intelligenza emotiva, dovrebbe essere non solo psicologica (cioè incentrata sui tratti caratteriali individuali) ma anche organizzativa (cioè incentrata sulle strutture e sulle percezioni organizzative). Gli autori, inoltre, sottolineano l'importanza che le caratteristiche e le predisposizioni individuali, possano avere un risvolto in esperienze pratiche e costruttive, affinché, possano trasformarsi in competenze, per cui se il contesto non favorisce la messa in atto di queste competenze, esse potrebbero dapprima essere inibite, per poi attenuarsi e, alla fine scomparire del tutto. A questo processo di inibizione, e successiva attenuazione che può condurre anche alla scomparsa di certe competenze, e strettamente collegato all'innalzamento del livello di frustrazione,



il quale può avere implicazioni negative anche nella vita privata. Questo accade, poiché il lavoro riveste un ruolo fondamentale nella vita di un individuo e considerando che in media, una persona trascorre un terzo della sua giornata sul posto di lavoro, la soddisfazione lavorativa diventa un punto cardine anche del benessere personale.

Recenti studi, condotti su numerose organizzazioni, hanno dimostrato che le organizzazioni che possiamo definire intelligenti, hanno una migliore performance, raggiungono migliori obiettivi e si adattano di gran lunga meglio ai mutamenti sociali e organizzativi, rispetto a quelle con minori livelli di intelligenza emotiva. L'intelligenza emotiva aggregata appare, pertanto, un nuovo asset per ottenere un vantaggio competitivo (Giorgi e Majer, 2015). Un individuo, che percepisce e vive, in un ambiente organizzativo emotivamente intelligente, interagisce in modo più costruttivo e collaborativo con gli altri, risulta più efficace ed eccellente, poiché concentra il cervello su azioni intelligenti anziché stupide, ossia comportamenti dannosi per se stesso e per gli altri, emozionalmente inadeguati, oppure, troppo aggressivi.

Partendo del modello di Goleman, i due studiosi italiani, Giorgi e Majer, hanno individuato alcune dimensioni che debbono essere riconosciute e valutate per poter parlare di Intelligenza Organizzativa, al fine di valutare lo stato attuale di un'organizzazione e poter programmare, ove necessario, interventi mirati, volti a colmare eventuali lacune, e che possano spingere l'organizzazione stessa verso nuovi traguardi di efficacia e eccellenza. Le competenze emotive ed organizzative individuate da Giorgi e Majer sono 12 e sono le seguenti:

1. **Consapevolezza di sé:** le persone che dimostrano di possedere questa caratteristica, riconoscono quali emozioni stanno provando e la ragione per cui le provano, conoscono l'impatto che le loro emozioni e i loro comportamenti possono avere sulle persone con le quali lavorano, riconoscono il modo in cui le loro emozioni influenzano la prestazione, imparano dagli errori, analizzano la loro performance per comprendere perché hanno sbagliato e come possono migliorare in futuro;
2. **Sicurezza di sé:** coloro che posseggono questa caratteristica, si mostrano sicuri di sé, hanno un'alta autostima in relazione al lavoro e alla capacità di far fronte ai problemi ad esso connessi e poterli risolvere, riescono a svolgere la loro prestazione lavorativa anche in presenza di situazioni di incertezza e/o pressione, si assumono la responsabilità di eventuali fallimenti ed insuccessi;
3. **Intrapersonal:** le persone che hanno questa caratteristica ben sviluppata, sono capaci di manifestare e sostenere la propria opinione con gli altri, sono dotate di autonomia e leadership nella prese di eventuali decisioni;
4. **Autocontrollo emotivo:** gli individui con questa caratteristica, sono in grado di svolgere le proprie mansioni lavorative con la dovuta calma e serenità, riescono a dominare i propri impulsi e le proprie emozioni negative, sono riflessivi e rispettosi degli altri, resistono alla tentazione di rispondere in modo negativo/distruittivo;
5. **Tenacia:** coloro che presentano questa caratteristica ben sviluppata, sono zelanti e tenaci nel perseguire i propri obiettivi, non si lasciano scoraggiare dalle difficoltà che si presentano loro nel portare a termine la mansione, hanno coraggio nel prendere delle decisioni anche impopolari, non abbandonano mai il campo, si sforzano e si impegnano concretamente;
6. **Adattabilità:** le persone adattabili, sono aperte a idee e approcci nuovi, si dimostrano flessibili nel rispondere al cambiamento, gestiscono facilmente anche molteplici richieste, le priorità, l'evolversi dei fatti e rapidi cambiamenti, adottano punti di vista diversi a seconda delle necessità e dei cambiamenti intervenuti, risultano flessibili nell'applicare regolamenti e procedure, modificano il proprio modus operandi e il proprio comportamento in relazione alle situazioni;
7. **Empatia:** coloro che risultano avere questa caratteristica, sono attenti alle emozioni altrui, sanno ascoltare gli altri, comprendono le mentalità, gli interessi le motivazioni e ai bisogni degli altri, entrano velocemente in sintonia e vengono accettati facilmente;

8. *Orientamento al cliente*: i clienti, possono essere sia interni che esterni. Le persone che posseggono questa caratteristica, cercano il modo di aumentare la soddisfazione del cliente, offrono assistenza, aiutano gli altri senza difficoltà, mostrano sensibilità e comprensione verso i problemi altrui, cercano di soddisfare il cliente con prodotti o servizi ad personam, curano il post vendita/servizio;
9. *Consapevolezza organizzativa*: gli individui consapevoli da un punto di vista organizzativo, sono in grado di leggere le dinamiche sociali e politiche, comprendono gli aspetti informali di un'organizzazione, individuano le reti sociali essenziali (personaggi chiave, coloro che possono influenzare le decisioni), riconoscono le restrizioni organizzative, sanno individuare e cogliere le opportunità;
10. *Lavoro di gruppo*: coloro che dimostrano di possedere questa caratteristica, sono capaci di collaborare e cooperare al fine di raggiungere obiettivi comuni, promuovono un clima amichevole e collaborativo, coinvolgono tutti i membri del gruppo in una partecipazione attiva, sollecitano nuove idee, esprimono giudizi positivi sugli altri, cercano di risolvere i conflitti;
11. *Leadership*: le persone con questa spiccata caratteristica, emanano entusiasmo ed energia, a tal punto da poter spingere un'altra persona o un gruppo verso una determinata direzione, danno l'esempio, ispirano e creano stimoli per il gruppo, delegano compiti e responsabilità per sviluppare le capacità altrui, esprimono giudizi positivi sugli altri anche in momenti difficili, evitano accuse personali ma criticano e correggono in base al task, sollevano il morale del gruppo;
12. *Catalizzatore del cambiamento*: le persone dotate di questa capacità, sanno innescare e gestire il cambiamento, riconoscono la necessità di cambiare, stimolano anche gli altri al cambiamento.

Queste sono le dodici competenze individuate da Giorgi e Majer (2015), che devono essere

individuate per valutare il livello di intelligenza organizzativa. Per fare ciò era necessario trovare uno strumento psicometrico che fosse in grado di effettuare questa valutazione. È doveroso ricordare, che spesso, in ambito organizzativo le indagini non vengono svolte da psicologi del lavoro, ma da psilogi clinici, sociologi ecc., i quali utilizzano strumenti clinici o afferenti ad altri settori. Per questa ragione, e dopo aver declinato le 12 competenze, i due ricercatori hanno brevettato un nuovo strumento psicometrico: l' *Organizational Emotional Intelligence Questionnaire (Org-EIQ)* (Giorgi e Majer 2015). Il questionario è composto da 99 item che afferiscono alle 12 aree dell'intelligenza emotiva e a 4 costrutti correlati e ad una scala di controllo (positive impression). L'Org-EIQ rappresenta una novità, poiché valuta caratteristiche individuali esclusivamente sul lavoro e non nella vita in generale. Gli item sono stati, costruiti scrupolosamente, in riferimento a come una persona si comporterebbe o agirebbe sul posto di lavoro. Questo test, pone inoltre l'attenzione sulla vitalità del concetto di intelligenza organizzativa, nella convinzione che le organizzazioni forniranno prestazioni tanto superiori quanto maggiore sarà, a livello di aggregazione, la loro competenza emotiva (Giorgi e Majer, 2015). Le macro aree, a cui afferiscono le competenze elencate precedentemente sono:

- *Consapevolezza e valutazione del Sé*: valuta l'abilità dell'individuo nel discernere e classificare le emozioni sul lavoro e la sua capacità di autovalutazione in merito alle proprie risorse interiori, ai propri limiti e alle proprie abilità. Si articola nei fattori: Consapevolezza di sé, Sicurezza di sé, Intrapersonal.
- *Autogestione*: misura la capacità individuale di controllare gli impulsi, l'umore e i sentimenti, affinché, non influiscano sulla prestazione lavorativa; misura, inoltre, il grado di flessibilità e adattabilità dinanzi a situazioni nuove o impreviste. Si articola nei fattori: Autocontrollo emotivo, Tenacia, Adattabilità.
- *Competenza sociale*: valuta l'abilità nelle relazioni sociali e il livello di empatia che il soggetto riesce



a sviluppare all'interno dell'ambiente lavorativo. All'interno di quest'area sono compresi i fattori: Empatia, Orientamento al cliente, Consapevolezza Organizzativa.

- **Relationship management:** misura la capacità di sviluppare interazioni spontanee e disinvolve con gli altri, potenziando abilità di cooperazione e di leadership. Si articola nei fattori: Lavoro di gruppo, Leadership e Catalizzatore del cambiamento.
- **Orientamento al risultato:** impulso a migliorare, raggiungere e soddisfare uno standard di eccellenza. La voglia e la sfida a migliorarsi, danno luogo ad un continuo perfezionamento della propria prestazione. Le persone che posseggono questa tipologia di competenza sono fortemente motivate a raggiungere i propri obiettivi e i propri standard, che risultano essere molto elevati; sanno riconoscere le priorità e sono in grado di prendere decisioni al momento opportuno; imparano a migliorare costantemente le proprie prestazioni.
- **Life balance:** capacità di gestire in modo ottimale l'equilibrio tra lavoro-vita privata. Le persone con questa abilità, mettono in atto uno stile di vita equilibrato dando il giusto spazio al lavoro e agli affetti; riconoscono, altresì, il bisogno di crescita personale al di là del lavoro.
- **Tolleranza allo stress:** gestione dello stress legato alle mansioni lavorative. Il fattore in oggetto, valuta la misura in cui ciascuno riesce a far fronte alle problematiche connesse al ruolo, alle responsabilità legate ad esso o che gli sono state assegnate, e allo svolgimento della mansione. Le persone che mostrano di possedere questa caratteristica, riescono a gestire positivamente lo stress organizzativo; sanno in che modo gestire la propria carriera; dimostrano di avere controllo su ciò che gli accade sul posto di lavoro.
- **Umor:** dimostrare ottimismo e soddisfazione. Le persone con questa spiccata caratteristica, risultano essere energiche, agiscono spinti dalla speranza di successo e non dalla paura del fallimento; hanno aspettative positive anche di fronte alle avversità, evitano atteggiamenti di scoramento; risultano essere generalmente sod-

disfatti di se stessi e della propria vita lavorativa.

- **Impressione positiva:** è tesa ad identificare risposte tendenziose dei soggetti che vogliono dare un'impressione eccessivamente positiva di se stessi. Individua fenomeni di desiderabilità sociale e uno stile di risposta non veritiero.

L'Org-EIQ può essere utilizzato dalle organizzazioni e dalle figure professionali che operano nell'ambito delle risorse umane e della psicologia del lavoro, fornendo informazioni attendibili per finalità diverse: selezione e valutazione del personale, valutazione del potenziale, orientamento e career counseling, valutazione delle competenze, formazione e sviluppo del personale, attività di diagnosi organizzativa. L'Org-EIQ è stato validato grazie a diversi campioni in tutta Italia (con una maggiore frequenza nel centro) per un totale di 1787 soggetti. Oggi più di 4000 lavoratori hanno compilato lo strumento per variegate finalità (Giorgi e Majer, 2015).

I PROCESSI DI SELEZIONE E VALUTAZIONE

La selezione del personale è da sempre considerato uno dei passaggi chiave del successo di un'organizzazione. Tuttavia le procedure e gli strumenti, utilizzati nel corso del tempo, sono profondamente cambiati. Oggi, nell'era della digitalizzazione, anche i social network sono diventati degli strumenti di recruiting, e sia le organizzazioni che i soggetti che si occupano di mediazione nel mercato del lavoro (es. agenzie interinali), utilizzano le piattaforme digitali. Inoltre, l'avvento di internet e dei suoi correlati, ha notevolmente ridotto le distanze, favorendo le comunicazioni con ogni parte del mondo.

Oltre un secolo fa, le imprese guardavano all'efficienza produttiva, come la soluzione più idonea per rispondere alla progressiva crescita della domanda di merci e prodotti. Queste imprese, espressione diretta del grande capitalismo americano ed europeo (Ford, Dupont, Krupp, Agnelli, Siemens, Singer ecc.), adottarono il modello organizzativo del lavoro del primo taylorismo, fondato sul concetto di gerarchia piramidale. La conoscenza era elaborata dalle funzioni vertice della piramide e la sua distribuzione avveniva in maniera formale dall'alto in basso

(top-down). Successivamente nella prima metà del secolo scorso, si affermò in America l'organizzazione del lavoro a catena, marchio di fabbrica del colosso automobilistico Ford. Il modello fordista prevedeva l'organizzazione della produzione di automobili tramite una fortissima parcellizzazione delle operazioni lavorative. La numerosa manodopera era impiegata in attività che prevedevano la ripetizione di micro operazioni che andavano svolte nel minor tempo possibile. In Europa, i modelli organizzativi prevalenti, contrariamente a quanto si ritiene, furono scarsamente influenzati dalla corrente tayloristica. In molti casi, prevalse piuttosto, un'interpretazione del taylorismo che avvalorava un ricorso più intensivo al cottimo, volto alla riduzione sempre maggiore del tempo di lavorazione (Macheda, 2017). Tra il 1924 e il 1932, uno studioso australiano di nome Elton Mayo, condusse una ricerca allo stabilimento di Hawthorne della Western Electric Company, in cui intervistò 21000 persone. Gli studi avevano come obiettivo, stabilire delle relazioni significative fra fattori esterni, ad esempio l'intensità dell'illuminazione, la produttività e le norme di lavoro in gruppo. Grazie agli esperimenti e alle ricerche condotte da Mayo, si comprese che costrutti come la collaborazione e la motivazione dei lavoratori, incondizionatamente pretesa dalle gerarchie aziendali non potevano essere imposte dall'alto, ma necessitavano di una preventiva pianificazione e di un continuo sostegno. La ricerca dell'efficienza produttiva, non poteva essere separata da tutti quegli aspetti connessi ai comportamenti effettivi dei lavoratori, stimolati ed incoraggiati per renderli coerenti con le prestazioni attese. Fino alla metà degli anni cinquanta del XX secolo, le teorie organizzative postulavano una netta separazione tra attività di pianificazione e controllo, prerogativa esclusiva della direzione, e attività esecutiva che invece riguardava prettamente i lavoratori. Non era affatto contemplato, il diretto coinvolgimento del personale nelle decisioni inerenti il lavoro, ma attraverso l'opera di Mayo si riuscì a comprendere che gli elementi personali, situazionali, motivazionali e sociali, erano fattori in grado di influenzare in maniera significativa la prestazione lavorativa. Questi concetti,

parallelamente allo sviluppo e alla diffusione delle teorie sulla motivazione, ad opera di illustri psicologi come Maslow (1943) e Lewin (1946), diedero il via ad una rivoluzione che avrebbe cambiato definitivamente, il concetto di risorse umane.

Dopo la seconda guerra mondiale, lo scenario economico era profondamente mutato, se da un lato il boom economico rappresentava una grossa opportunità di crescita e di sviluppo, la scarsità delle fonti di energia, si era rivelato dall'altro lato, più complesso del previsto. A guidare lo sviluppo e consumo del mercato erano ora la conoscenza, l'innovazione e i bisogni dei clienti. E per gestire la produzione e adeguarla alle richieste del mercato servivano nuove idee e approcci manageriali come quelli introdotti dall'americano W.E. Deming in Giappone all'inizio degli anni sessanta del secolo scorso (Macheda, 2017). Deming sosteneva che la qualità di un prodotto o di un servizio, poteva essere stabilita solo in base ai giudizi dei clienti. Le aziende, quindi, dovevano adeguare i flussi della produzione non solo ai volumi effettivamente richiesti, ma anche tenendo conto della prospettiva del cliente finale. La gestione della produzione nelle aziende nipponiche, faceva leva sui circoli di qualità e su tecniche di controllo (diagramma di Pareto, grafico di Ishikawa a lisca di pesce ecc.) capaci di coinvolgere i lavoratori e farli diventare protagonisti dei successi raggiunti dalle loro imprese come quelle automobilistiche (es. Toyota), motociclistiche (es. Honda) e di elettronica (es. Sony, Samsung) (Macheda, 2017). Questo modello di gestione viene definito modello della *Qualità Totale*. Il modello produttivo della Toyota, ha introdotto il concetto di produzione "snella", che si fonda sull'applicazione costante di una filosofia di produzione del miglioramento continuo, spesso definito Kaizen (Maurer, 2004). L'approccio dello scientific management e della Qualità Totale ha favorito l'introduzione in ambito produttivo della misurazione quantitativa. Le imprese ragionano, in effetti proprio in termini quantitativi, in termini di fatturato, costi e ricavi, utili e perdite. D'altro canto, è possibile misurare attraverso indicatori oggettivi, anche le prestazioni lavorative e le performance dei loro collaboratori (Macheda, 2017).



L'automazione dei sistemi di selezione, è andata di pari passo con lo sviluppo tecnologico e l'affermazione dell'informatica all'interno delle imprese. Fino alla metà degli anni novanta del secolo scorso, i tools informatici che si stavano affermando in vari settori, non hanno avuto lo stesso impatto sui processi di selezione, i quali continuavano ad essere scanditi da fasi standard: pubblicazione degli annunci sulla stampa, screening, intervista, eventuale assessment. La trasformazione vera e propria avviene verso fine secolo, in quanto con l'avvento di internet e la diffusione di siti e portali aziendali, le imprese hanno iniziato ad aprirsi ai sistemi di e-recruiting e Job boards. In Italia però le cose procedevano più lentamente, per via dei limiti infrastrutturali delle reti telematiche e delle

problematiche di natura gestionale/amministrativa, in quanto gli applicativi informatici erano concepiti in ottica gestione, più che sviluppo. Tuttavia, la riforma del mercato del lavoro avvenuta nel 1996, vide l'affermarsi di soggetti privati nel processo di intermediazione tra domanda e offerta: le agenzie per il lavoro. Queste agenzie, erano dotate di siti e portali all'avanguardia che permettevano a un potenziale candidato di far recapitare il proprio Cv anche on line. Nei primi anni duemila, l'Italia conosce un periodo di rapida diffusione e sviluppo delle tecnologie legate ad internet ed il curriculum in forma cartacea diventa merce rara. Dalla metà degli anni duemila, le imprese hanno intuito l'importanza di semplificare il processo di ricezione dei curricula, per cui realizzarono all'interno dei propri



siti e portali l'area dedicata alla ricerca di personale (la sezione spesso denominata "lavora con noi"). A cavallo della fine del primo decennio del nuovo secolo, ci furono i cambiamenti più importanti, non solo del punto di vista digitale, ma anche del processo vero e proprio di recruiting. Il coinvolgimento di altre aree e funzioni (marketing e ICT), nel comparto solitamente poco conosciuto e riservato del "personale" ha comportato una vera e propria rivoluzione nel mondo delle HR. Le pratiche collegate alla puntuale analisi del lavoro, (es. job description, job specification) furono ben presto abbandonate. E tutte quelle attività che costituivano il patrimonio dei conoscenze degli specialisti HR (i profili professionali, le posizioni lavorative, le mansioni) divennero intuitivi anche per i non esperti, perché standardizzati in form facilmente modificabili on line (Macheda, 2017). Il risultato fu che molto spesso, le imprese assumevano persone con un profilo che era stato tracciato, più da società esterne che dalla funzione interna. Negli ultimi anni, il matching domanda e offerta di lavoro si è profondamente rinnovato. Molti più soggetti offrono servizi on line di pubblicazione e ricerca lavoro (università, editori di testate giornalistiche, imprenditori privati es. Infojobs). Sul fronte social a dettare legge negli ultimi anni è stato il modello LinkedIn e la sua capacità di sottrarre utenti (potenziali candidati per le imprese) di tutto il mondo. Tale modello si pone ad un livello elevato di intermediazione della domanda e offerta di lavoro (Macheda,2017).

L'innovazione crescente, degli ultimi anni, mostra avere effetti devastanti su molti settori produttivi (editoria, giornali, taxi ecc.), ma allo stesso tempo potrebbe rappresentare un'opportunità per altri. Si presume che nei prossimi anni, vista la complessità della situazione economica e del sistema, molte professionalità potrebbero scomparire, e al tempo stesso molte altre ne potrebbero nascere. L'ipotesi è che in un futuro, neanche troppo lontano, il mercato del lavoro subirà un radicale cambiamento, che trasformerà la visione che abbiamo ora di una funzione stabile e costante nel tempo, in un concetto di flessibilità allargata che vede un lavoratore interagire con più soggetti datori di lavoro, ma per

periodi limitati. Lavoratori freelance e collaboratori delle imprese saranno assunti per specifiche prestazioni. Alla retribuzione del lavoro calcolata sull'attività svolta presso la sede fisica di un'azienda si va sostituendo un sistema di ricompensa dei lavoratori globali basato sulla performance effettiva (*pay or performance*) (Macheda,2017). Ora la domanda è: quali sono le caratteristiche che i soggetti ideali devono possedere, affinché possano sostenere la crescita continua dell'organizzazione? La risposta è semplicissima: la più importante è l'Intelligenza Emotiva.

Lo sviluppo crescente delle neuroscienze, ha permesso di comprendere al meglio il ruolo fondamentale che le soft skills ricoprono, per il raggiungimento del successo lavorativo, il miglioramento della performance e il benessere organizzativo. Con il termine soft skills si intende, l'insieme di tutte quelle competenze personali che vanno al di là della preparazione tecnica e del livello di expertise (denominati invece hard skills). Attraverso le tecniche neuroscientifiche si è potuto osservare con attenzione il ruolo delle emozioni sul posto di lavoro e quali capacità personali sono più utili per il ruolo organizzativo ricoperto. Doti come la leadership, o la capacità di lavorare in team, piuttosto che quella di risolvere problemi, hanno una profonda connessione con la nostra parte emozionale. Purtroppo, però, molto spesso i programmi di training e formazione, non tengono conto di questa componente, e mirano ad un tipo di apprendimento classico, rivolto cioè al nostro sistema cognitivo. Risulta per cui necessario, conoscere alla perfezione il funzionamento del sistema limbico, il quale regola il nostro cervello emozionale per poter calibrare interventi formativi che mirano ad un apprendimento emotivo anziché cognitivo.

Individuare persone che desiderano ottenere il successo in ambito lavorativo, costituisce uno dei cardini di ogni procedura di selezione. Le teorie sulla motivazione, indicano che ogni individuo, dopo aver soddisfatto i bisogni cosiddetti primari, avverte la necessità di realizzarsi, di raggiungere un determinato obiettivo e di conseguire il successo. Spesso questi studi, come ad esempio quelli



di Maslow (1943) sono stati utilizzati dai responsabili delle risorse umane per identificare il candidato migliore, oppure per motivare e rendere soddisfatto il personale già presente in azienda. La persona davvero motivata, è completamente preso dal lavoro che svolge ed è immerso nell'attività che sente corrispondere ai suoi obiettivi. L'individuo sente di poter far fronte agli impegni deliberatamente e si mette in gioco con il massimo dell'attenzione, concentrazione e dedizione (Macheda, 2017). Una persona in questo stato, non sente il tempo trascorrere. Si trova in una fase di trance che Mihaly Csikszetmihalyi (1990), definisce *stato di flow*. Il piacere che una persona prova nello svolgere una determinata attività, funge da ricompensa di una motivazione propria del soggetto definita intrinseca, anziché invece, legata a incentivi esterni e per questo denominata estrinseca, aumentando vertiginosamente il livello di soddisfazione. Queste teorie sono alla base di tutti i processi di coaching e counseling organizzativo, nonché di attività di training e formazione. Aumentare il livello di motivazione, è un obiettivo di qualsiasi responsabile HR, ed è particolarmente necessario ma al tempo stesso difficile da conseguire, quando l'attività lavorativa in sé, risulta ripetitiva e poco stimolante.

Analizziamo ora le tipologie di soft skills. Partiamo da quelle definite personali:

- a) **Altruismo:** per altruismo si intende la disposizione del soggetto di agire per il bene e l'interesse altrui anche se dovesse significare sacrificare il proprio. L'altruista è apprezzato per la sua indiscussa moralità e ritenuto in grado di fornire apporti positivi per lo sviluppo.
- b) **Autonomia:** si tratta della capacità di una persona di conseguire e mantenere i risultati lavorativi attesi, anche se la struttura organizzativa dovesse mutare. In ambienti lavorativi poco strutturati, come quelli che si presume caratterizzeranno il futuro prossimo, in cui viene lasciata molta libertà agli individui di gestire le tempistiche e le modalità di realizzazione di un compito, persone con un basso livello di questa caratteristica, potrebbero non rendere al meglio.
- c) **Autocontrollo:** già esplicitata in precedenza, un soggetto capace di autocontrollo, tollera senza difficoltà i conflitti oppure le situazioni di incertezza, mantenendo un comportamento stabile anche nei momenti di difficoltà.
- d) **Fiducia in sé:** trattasi della consapevolezza delle proprie capacità e del proprio valore. Tale capacità favorisce l'assumersi di responsabilità sempre più elevate all'interno dell'organizzazione. Oggi, per molte aziende, rappresenta un requisito fondamentale che un potenziale candidato deve possedere.
- e) **Flessibilità/adattabilità:** anche questa, viene considerata una capacità importantissima, dato il contesto socio-economico in cui viviamo, e i repentini cambiamenti che si devono affrontare. Si tratta della capacità di adattarsi a situazioni mutevoli o di superare gli ostacoli presenti lungo il percorso. Coloro che risultano dotati di questa abilità, sono in grado di collaborare con persone e gruppi diversi, senza perdere la propria identità accogliendo e valorizzando al meglio i punti di vista altrui, fondamentale in una società globale e multiculturale.
- f) **Impegno lavorativo:** sembra alquanto banale, ma non è così. L'impegno lavorativo è strettamente collegato alla capacità di un individuo di applicarsi con senso di sacrificio e tensione al risultato. Per quanto scontato possa sembrare, oggi molte persone non sono disposte a sacrificarsi, né a fare la cosiddetta gavetta.
- g) **Innovazione:** oggi più che mai, con una scienza e una tecnologia che fanno passi da gigante in pochissimo tempo, questo tratto è più che mai apprezzato e ricercato anche per via di un appiattimento generale che risulta essere presente soprattutto nelle giovani generazioni. Trattasi della capacità di risolvere i problemi in modo originale e creativo, ed accettare con entusiasmo ed intraprendenza le sfide che si presentano.
- h) **Intelligenza emotiva:** considerata la regina delle soft skills, la sua descrizione è stata abbondantemente trattata. È importante sottolineare l'influenza che le emozioni esercitano sul pensiero e il contributo che danno al miglioramento del-

la creatività di ognuno. Le emozioni hanno una portata individuale e sociale che condizionano in molti casi il successo lavorativo personale e il benessere organizzativo (Macheda, 2017).

- i) Motivazione ed efficacia personale:** detto già della motivazione come una spinta che porta al raggiungimento di una determinata meta, dal punto di vista organizzativo, una persona motivata si lascia coinvolgere in progetti e azioni, tesi a conseguire risultati prestigiosi per sé e per l'organizzazione.
- j) Sensibilità alla formazione:** strettamente connessa all'impegno lavorativo, implica il desiderio di apprendere e di conoscere sempre cose nuove, incrementando lo sviluppo personale e dell'organizzazione.
- k) Persistenza:** anche questa apparentemente scontata, si tratta della capacità di impegnarsi con costanza nel completare un lavoro. Individui volubili e demotivati, potrebbero precludere il buon esito dei compiti lavorativi assegnati.
- l) Precisione e disciplina:** si intende la capacità di pianificare e dare ordine alle situazioni caotiche. Risulta importante per il controllo e la prevenzione di errori nel processo produttivo.
- m) Resistenza allo stress:** in ambito sportivo viene spesso chiamata resilienza. Trattasi della capacità di rispondere in maniera appropriata alle situazioni stressanti e che generano tensione. Un individuo resiliente/resistente si dimostra calmo, elastico, efficiente ed efficace in queste situazioni, non trasmette agli altri le proprie tensioni ed è dotato di un forte equilibrio. Lo stress rappresenta la patologia degli ultimi anni, la mutevolezza e la precarietà del contesto non aiutano affatto, resistere a questo tipo di stimolo risulta sempre più difficile, tuttavia per un'organizzazione che opera oggi, rappresenta un tratto imprescindibile.

Ci sono, poi, altre soft skills, che possiamo definire realizzative, in quanto necessarie per una prestazione lavorativa ottimale. Esse sono:

- a) Attenzione ai dettagli:** è la capacità di una persona, di curare i particolari e gli elementi peculiari

inerenti l'attività lavorativa svolta. D'altra parte, il disinteresse per il lavoro, la noncuranza e la svogliatezza, caratterizzano un lavoro di scarsa qualità.

- b) Conseguire obiettivi:** implica la capacità di mettere in gioco la combattività e la determinazione necessaria per raggiungere gli obiettivi assegnati.
- c) Gestire le informazioni:** trattasi dell'abilità di ricercare e reperire informazioni, al fine di risolvere un problema, oppure, per cogliere un opportunità.
- d) Spirito di iniziativa:** sempre inclusa fra i requisiti essenziali, in ogni annuncio di lavoro, s'intende la capacità di agire, superare eventuali problemi e coinvolgere gli altri nel processo di miglioramento. È corredata da persistenza, tenacia e risolutezza.
- e) Controllo:** si tratta della capacità di sviluppare metodologie per misurare i risultati del lavoro delle persone. Coloro con questa capacità, identificano eventuali discrepanze fra standard attesi e risultati effettivi, e propongono strategie per correggere eventuali errori.
- f) Risultati/sforzi:** il rapporto tra risultati e sforzi, valuta gli sforzi lavorativi sia in termini qualitativi che quantitativi, che un soggetto compie per raggiungere i risultati attesi.
- g) Customer experience:** è una abilità molto particolare, poiché implica l'accettazione del punto di vista del cliente ignorando quelle che possono essere state, le sensazioni personali legati al brand o ai suoi touch point.

Negli annunci di lavoro, viene sempre sottolineato l'importanza della capacità di relazionarsi, di un potenziale candidato ai fini della valutazione. Esaminiamo ora le skills inerenti le relazioni, definite skills sociali:

- a) Orientamento al cliente:** qualità sempre richiesta, è la capacità di individuare, comprendere e soddisfare le esigenze dei clienti sia interni che esterni dell'organizzazione.
- b) Orientamento sociale:** può sembrare erroneamente simile alla precedente. Rappresenta il modo in cui la persona gestisce le relazioni so-



ciali. È collegata sia all'orientamento al cliente che all'empatia. Chi possiede questa caratteristica, predilige il lavoro con gli altri e riesce a soddisfare non solo le esigenze dei clienti, ma anche quelle dei collaboratori.

- c) *Cooperazione*: cooperare sembra sempre molto semplice, ma spesso si rivela assai complesso. Per cooperazione si intende, il desiderio di lavorare con gli altri, distribuirsi i compiti in relazione alle specifiche competenze di ognuno e lavorare insieme verso una meta comune, tralasciando le mete individuali che non collimano con essa.
- d) *Sensibilità relazionale*: si tratta dell'abilità di riconoscere e guidare le emozioni altrui. Coloro in possesso di questa caratteristica, dimostrano di avere anche una buona capacità di ascolto. Questa competenza può essere utile a tutti i soggetti che si occupano di relazioni con i clienti (Macheda, 2017).

Abbiamo, inoltre quelle soft skills definite di influenza perché riguardano la capacità di coinvolgere, influenzare e guidare gli altri. Esse sono:

- a) *Comunicazione*: dietro questo tema c'è un mondo, fatto di teorie, formazione e modelli. Si tratta di condividere informazioni, idee, progetti, ecc. con gli altri. La persona che padroneggia questa abilità afferma le sue idee in maniera chiara, senza timore ed è disponibile all'ascolto e al confronto con gli altri.
- b) *Influenza e persuasione*: implica credibilità e autorevolezza, capacità di gestire le informazioni e di risolvere i problemi orientando le scelte altrui.
- c) *Leadership*: anche questo tema è costantemente sotto la lente d'ingrandimento, di modelli teorici e comportamentali, nonché di seminari e corsi di formazione, che spesso risultano fuorvianti. Il buon leader, dirige e conduce gli altri verso un obiettivo, sviluppa la partecipazione attiva, motiva le persone, valorizza le capacità delle persone e accetta le responsabilità.

La leadership, segna il confine tra le soft skills necessarie per un profilo medio e invece quelle che rendono possibile ricoprire ruoli di alto profilo e di

elevata responsabilità, che definiamo skills manageriali. Coloro che si occupano di questo tipo di selezione, ossia i cacciatori di teste (head hunters), la quale differisce dalle normali procedure di selezione del personale, si preoccupano di individuare e valutare le seguenti caratteristiche:

- a) *Decision making*: ossia la capacità di prendere una decisione, con velocità e accuratezza, valutando e scegliendo tra diverse alternative (Macheda, 2017).
- b) *Direzione*: abilità di guidare il personale nello svolgimento dell'attività lavorativa, supervisionare le prestazioni e facilitare il conseguimento degli obiettivi posti dall'organizzazione.
- c) *Pensiero analitico*: componente fondamentale per utilizzare la più rinomata capacità di problem solving. Si tratta dell'abilità di pensare in maniera dettagliata, approfondita e sistematica per trovare una soluzione al problema.
- d) *Pianificazione e organizzazione*: coloro in possesso di questa abilità, identificano obiettivi e priorità, organizzano le risorse per il futuro e distribuiscono le responsabilità in modo appropriato ed efficiente, programmano e implementano attività di diverso genere, ottimizzano costi e ricavi, mantengono gli impegni e rispettano le scadenze.
- e) *Problem solving*: capacità di comprendere gli elementi problematici e prioritari delle diverse questioni, di identificarne le possibili conseguenze e soluzioni (Macheda, 2017).
- f) *Team work*: implica l'abilità di costruire rapporti lavorativi positivi ed efficienti. Differisce dalla cooperazione perché oltre al desiderio di collaborare con gli altri, implica anche la capacità di farlo.
- g) *Strategia*: identificare la direzione da seguire, le possibilità di incontro tra contesto e organizzazione, promuovere l'utilizzo appropriato delle risorse.

Per valutare queste caratteristiche, durante il processo di selezione, si utilizzano procedure particolari come l'Assessment Center. L'AC, è un metodo di valutazione del potenziale, basato sull'osservazione dei comportamenti individuali sia

nell'interazione con altri soggetti sia attraverso performance singole. Si tratta dunque, di un procedimento che consente di prevedere il successo, o meno, di un individuo che ricopre un determinato ruolo, con un buon grado di approssimazione (Del Pianto, 2004). L'AC, si basa su una serie di prove, somministrate da diversi valutatori che poi integrano fra loro i risultati, per determinare una valutazione complessiva. Le prove, possono essere scelte per attività, per dimensione o per entrambi.

- Per attività: in questo caso si cerca di riprodurre il più fedelmente possibile, le situazioni di lavoro più ricorrenti, sotto forma di test situazionali.
- Per dimensione: si scelgono prove standard per mettere in rilievo le dimensioni da osservare.
- Per dimensione e per attività: le prove scelte, sono strutturate in modo da rispecchiare sia l'attività lavorativa, che le dimensioni comportamentali, in proporzione alla loro importanza.

Le prove, come sottolineato in precedenza, possono essere individuali o collettive. Ecco alcuni esempi:

Individuali

- *In Basket* (nel cesto): al candidato viene sottoposta una ipotetica situazione di lavoro, che dovrà gestire in base alle risorse a disposizione. Le dimensioni valutate sono: pianificazione, strategia, organizzazione, scelta delle priorità, nonché delega e gestione dei rapporti;
- *Interview simulation*: la simulazione di intervista, consiste nel far simulare al candidato un'intervista in cui egli ricopre il ruolo del capo. Attraverso questa prova si valutano: tolleranza allo stress, persuasione, comunicazione, leadership ecc. ;
- *Test attitudinali*: prove che misurano abilità, capacità e attitudini. La forma più diffusa, è quella di test a scelta multipla, della durata di circa 30 minuti. Valutano, costrutti come intelligenza generale, verbale e numerica;
- *Test e inventari di personalità*: valutano caratteristiche emotive, sociali e motivazionali, gli interessi e gli atteggiamenti del soggetto. Esistono numerosi strumenti, ma i più diffusi sono il Big Five e il MMPI.

Collettivi

- *Leaderless group discussion*: letteralmente discussione di gruppo senza leader. Della durata di circa 90 minuti, il numero dei partecipanti può variare dalle quattro alle otto persone. Si rilevano dimensioni quali, spirito di gruppo, cooperazione, leadership, abilità nelle relazioni interpersonali, ascolto, comunicazione ecc. ;
- *Business game*: deriva dalle esercitazioni tattiche a tavolino usate in ambito militare (Del Pianto, 2004). Viene ricreato un ambiente rigidamente aziendale, che sia il più possibile fedele alla realtà, in cui partecipanti devono risolvere problemi e prendere decisioni a più riprese. Ai candidati viene data la facoltà di modificare alcune variabili e mentre altre no. Possono emergere competenze quali leadership, cooperazione, collaborazione, persistenza, capacità decisionale e di risolvere i problemi;
- *Presentazione*: si assegna ad un soggetto un argomento da esporre di fronte a un pubblico. In genere si dà la possibilità al candidato di prepararsi fornendogli il materiale in anticipo. Si punta a rilevare la sua capacità di improvvisazione, flessibilità, adattabilità, strategia, pianificazione e organizzazione;
- *Fact finding*: ossia scoperta dell'accaduto. I soggetti vengono messi di fronte ad un fatto o ad un problema di cui però, posseggono solo informazioni parziali. È utile per indagare dimensioni quali stile di apprendimento, ricerca delle informazioni, capacità e modalità decisionali;
- *Advocacy case*: letteralmente casi di negoziazione, trattasi di simulazioni in cui ognuno dei partecipanti ha un ruolo e un obiettivo e deve negoziarlo con gli altri, solitamente di tipo economico. Valuta capacità di persuasione, comunicazione, gestione delle informazioni, persistenza, problem solving e decision making;
- *Obiettivi di gruppo*: in questo tipo di prova, i candidati hanno tutti delle informazioni parziali della soluzione che devono raggiungere in uno specifico lasso di tempo. La soluzione sarà possibile solo se tutti collaboreranno. Infatti le dimensioni principalmente valutate sono collaborazione, cooperazione e team working.



La procedura dell'AC, è molto lunga e forse anche dispendiosa nell'implementazione, ma permette di scegliere il candidato ideale per l'organizzazione, e l'investimento iniziale, sarà comunque ripagato in futuro in termini di performance e intelligenza organizzativa.

IL RUOLO DEGLI PSICOLOGI

Nei Paesi del nord Europa, negli Usa e in Canada, lo psicologo è entrato a far parte in pianta stabile dell'organigramma di un'organizzazione. La crescente richiesta di valutazione della personalità e delle soft skills, ha richiesto l'impiego di figure professionali. Strumenti come i test di personalità, o organizzativi, rilevanti tratti psicologici degli individui, non possono essere applicati da chi non possiede i requisiti base di psicologia. In Italia, spesso, i responsabili HR, hanno dei profili completamente diversi da quello psicologico (ad es. ingegneria, economia, giurisprudenza, scienze della formazione ecc.), purché in possesso di un master in risorse umane. Il limite di queste figure, non è solo quello di non poter somministrare dei test, ma anche quello di non avere abbastanza competenze da riconoscere e risolvere particolari situazioni che si creano sul posto di lavoro. Il *Big Five* di Costa e McCrea, è uno dei reattivi di personalità più utilizzati in ambito organizzativo. Alcuni studiosi italiani, Caprara, Barbaranelli, Borgogni e Vecchione ne hanno brevettato una versione chiamata *BFQ-2* composto da 134 item, con un report facilmente leggibile ed interpretabile, proprio per agevolare i non esperti in psicologia (Macheda, 2017). Tuttavia, uno psicologo potrebbe comunque fornire una visione più completa e, in taluni casi, fare la differenza. Lo psicologo, contribuirebbe notevolmente a migliorare l'aspetto relazionale e comunicativo, dei membri dell'organizzazione potendo intervenire sia individualmente, che collettivamente, oppure a livello organizzativo. Puntare sulla Qualità Totale o sul Miglioramento Continuo vuol dire che le persone saranno soddisfatte, perciò, lavoreranno di più e meglio,

raggiungendo parametri di eccellenza e benessere, individuale e organizzativo, senza dimenticare i profitti, che sarebbero di sicuro incrementati, il che in un panorama contraddistinto da un elevato tasso di competitività, rappresenta una grossa opportunità. Successo, non è sinonimo di impero economico, molto spesso può significare semplicemente dignitosa sopravvivenza, che in un contesto come quello italiano, per una piccola o media impresa simboleggia un traguardo tanto importante, quanto difficile da raggiungere.

Se si considera l'importanza, che scuole, università e istituzioni, attribuiscono al QI, è sorprendente come esso rende conto di una parte limitata delle reali prestazioni di un individuo. La correlazione tra il QI e il successo nella carriera, è pari al 25%. Ciò significa, che il QI considerato da solo, lascia senza spiegazione il 75% del successo professionale. Paradossalmente essere abbastanza intelligente da sapersi muovere nei campi più impegnativi sul piano cognitivo, si rivela poco predittivo, come fattore, per il successo lavorativo (Goleman, 1998).

BIBLIOGRAFIA

- Argentero P., Cortese C. G., Piccardo C. (a cura di) (2009), *Psicologia delle Organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Castiello D'Antonio A. (2015), *La selezione psicologica delle risorse umane*. Milano: Franco Angeli.
- Del Pianto E. (1999;2004), *Assessment Center. Tecniche e strumenti per il valutatore*. Milano: Franco Angeli.
- Giorgi G., Majer V. (2012), *Intelligenza Organizzativa*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Goleman D. (1996), *Intelligenza Emotiva*. Milano: Rizzoli.
- Goleman D. (1998), *Lavorare con intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli.
- Macheda. D. (2017), *Social recruiting, soft skills e neuroscienze*. Città di Castello: Centro Universitario Editore.
- Maurer R. (2013), *Un piccolo passo può cambiarti la vita. Il metodo kaizen applicato alla realtà di tutti i giorni*. Milano: Antonio Vallardi.



LA COMUNICAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA USO O ABUSO DELLA TECNOLOGIA?

*Il fallimento di una relazione è quasi sempre
un fallimento di comunicazione.*

Zygmunt Bauman

RIASSUNTO

La domanda che ogni adulto prima o poi dovrà farsi è questa. Cosa fare? Cedere alla tentazione di acquistare uno smartphone ai più piccoli o resistere strenuamente? Le motivazioni per scegliere di fare una cosa o l'altra sono tra le più disparate, siano esse tra i favorevoli che tra i contrari. Come sempre la realtà ci pone quindi dinnanzi ad una fronda di adulti si contendono una ragione in una lotta che può avere tra gli sconfitti solo i bambini. C'è chi sostiene che il telefono fa parte della vita di un adulto da non meno di 15/20 anni e che quindi sia normale regalarlo ad un bimbo di 8 anni. C'è chi invece, decide di "darlo in gestione" per un periodo limitato di tempo. Ci sono poi gli "integralisti" che considerano lo smartphone (il pc o la console) come oggetti che tra le mani dei bimbi non potrebbero fare altro che danni, quindi restano fermamente contrari sia all'acquisto che all'uso estemporaneo. Nei mesi scorsi è stata condotta una piccola rilevazione in una scuola primaria avente per oggetto proprio l'uso dei dispositivi elettronici da parte dei piccoli alunni, al fine di sensibilizzare loro, i genitori

ed il corpo insegnante su quanto i dispositivi digitali vadano utilizzati con la giusta guida e nei giusti modi. Quanto rilevato è stato poi sintetizzato nel presente lavoro.

PAROLE CHIAVE

Social network, smartphone, digitale, internet, new media, gaming, console.

PREMESSA

"Quì Londra"... – Ici Londres! Les Français parlent aux Français! – è la trasmissione più importante mai andata in onda da quella emittente clandestina incominciò: alle 21.15 del 5 giugno 1944.

Quando alla sera la Francia occupata sintonizzava la manopola delle piccole radio da salotto sulla BBC, e udiva l'accenno alla 5° Sinfonia di Beethoven, ossia la V di Vittoria secondo l'alfabeto Morse, seguito dall'annuncio di alcuni messaggi "speciali", qualcuno capiva immediatamente di dover destare più attenzione degli altri, che spesso non capivano affatto il significato di frasi apparentemente senza senso, o di banale ovvietà come "Giovanni ha i baffi

Emiddio Ricco

Psicologo Clinico / Psicoterapeuta
Sistemico Relazionale in formazione



lunghe” o “Felice non è felice” o “Non amo le crepes seuzette”.

Era il 1944 e la battaglia che portò alla caduta del regime nazista venne annunciata così. Molte famiglie erano riunite nei pochi salotti in cui vi era una radio ed è questo l'esempio più remoto di come la tecnologia abbia modificato irrimediabilmente il modo di comunicare nell'epoca moderna.

Immaginare oggi di riunirsi attorno ad un dispositivo antico quale la radio risulta, ai più, inimmaginabile ma risulterà di certo più familiare constatare quanto oggi il modo di ricevere aggiornamenti dal mondo sia sostanzialmente il medesimo ma in forma più personale, attraverso lo smartphone.

È da quest'ultima constatazione che nasce uno spunto di riflessione condiviso che ha dato origine al presente lavoro: i dispositivi elettronici interconnessi sono da considerarsi amici o andrebbero usati con le dovute attenzioni, ma soprattutto andrebbero affidati ad individui in età evolutiva?

È ormai chiaro, di fatti, quanto la diffusione dei mezzi interconnessi porti l'uomo ad utilizzarli senza farci caso ma quanto sono diffusi tra i bambini? Con questa rilevazione non si è di certo cercato di rispondere a domande così complesse ma si è solo tentato di fornire qualche spunto di riflessione sull'uso della “tecnologia” attraverso lo spaccato di vita carpito dalla realtà quotidiana degli alunni di una scuola primaria.

LA RILEVAZIONE

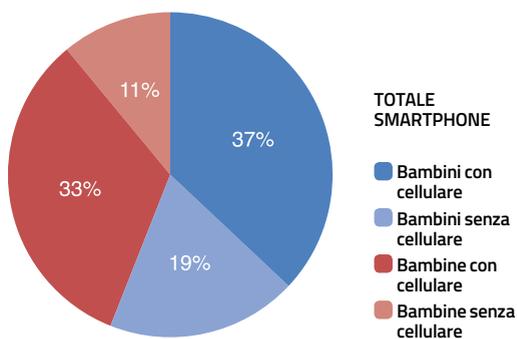
Nel mese di ottobre del 2018, in una scuola primaria di Bari si è svolto un progetto in occasione del mese del benessere psicologico strutturato attraverso attività esperienziali erogate da sei differenti professionisti alternatisi tra le varie classi della primaria (dalla 1ª alla Vª). Tra le numerose iniziative rivolte sia ai piccoli discenti che ai loro genitori oltre che al corpo docente, è stato somministrato un questionario sull'uso dei dispositivi elettronici tra i bimbi in diverse fasce d'età ed in particolar modo ad alunni di 5ª elementare aventi un'età media di 10 anni.

La prima disamina sul dato è stata quella relativa al possesso di un proprio dispositivo mobile, nel dettaglio è emerso che:

Per quanto concerne i possessori di uno smartphone (70%) sono nettamente superiori ai bimbi sprovvisti del medesimo dispositivo (30%). (Tab. 1 - 2)

TOTALE 5ª			
BAMBINI CON CELLULARE	BAMBINI SENZA CELLULARE	BAMBINE CON CELLULARE	BAMBINE SENZA CELLULARE
24	12	21	7

Tab. 1



Tab. 2

Appurato il primo dato, per meglio contestualizzare quanto tempo i bimbi siano quotidianamente influenzati, nelle loro relazioni con il prossimo da dispositivi elettronici, si è cercato di capire come nella stessa famiglia tv e smartphone siano utilizzati, ma soprattutto se nell'interazione tra gli stessi membri sia compresente o meno un dispositivo elettronico.

Si è domandato quindi:

1. Usi il cellulare per giocare? Sei sì, per quanto tempo?
2. Usi il cellulare a tavola?
3. Guardi la tv a tavola?
4. Hai una console? Sei sì, per quanto tempo dedichi al gioco?

Usi il cellulare per giocare? Sei sì, per quanto tempo?

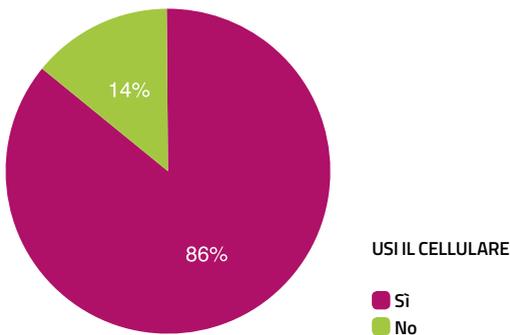
Alla domanda nr. 1 – “Usi il cellulare per giocare?” -, nonostante solo il 70% abbia ammesso di avere uno smartphone proprio, ha risposto in maniera

affermativa l'86% (ben il 16% dei proprietari in più quindi) dei bimbi contro un risicato 14% che ha confessato di non aver avuto accesso al telefono cellulare né a scopo funzionale né tantomeno ludico.

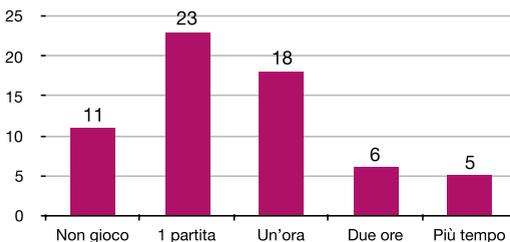
In riferimento ai tempi – "Sei sì, per quanto tempo?" – la maggioranza dei giocatori ha confessato di passare davanti allo schermo del cellulare tra i pochi minuti (una sola partita) ed un'ora del loro tempo, mentre una più ristretta platea ha quantificato l'arco temporale trascorso ad utilizzare il cellulare tra le due ore e più (Tab. 3-4-5).

USI IL CELLULARE	SÌ	NO
	55	9

Tab. 3



Tab. 4



Tab. 5 - tempo cellulare

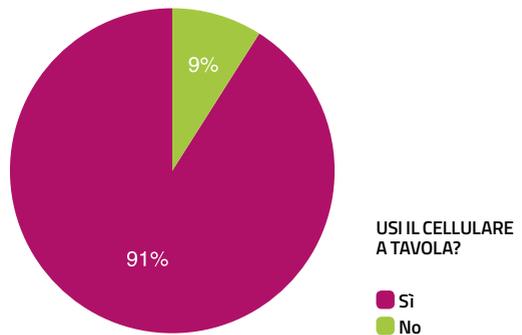
Usi il cellulare a tavola?

Si è cercato poi di comprendere quanto l'abitudine di usare il cellulare si estendano anche al momento

del pasto. Il dato emerso mette in luce che il 91% dei bimbi utilizza il cellulare durante i pasti. Una maggioranza sostanziale alterna quindi il dialogo con i famigliari con l'uso del dispositivo elettronico. (Tab. 6-7).

USI IL CELLULARE A TAVOLA?	SÌ	NO
	58	6

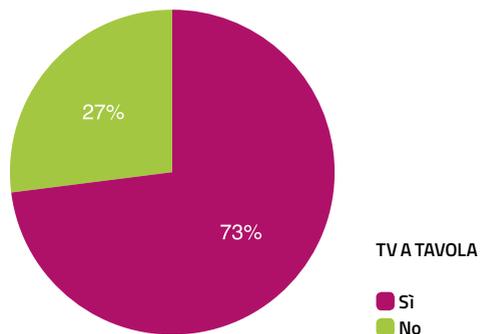
Tab. 6



Tab. 7

Guardi la tv a tavola?

Si è proceduto quindi a raccogliere il dato relativo alla 3ª domanda, - "guardi la tv a tavola?" -. In questo caso le risposte negative sono state inferiori alle positive ma con percentuali più confortanti 73% contro il 27% degli intervistati che confermano di non vedere la tv durante i pasti. (Tab. 8).



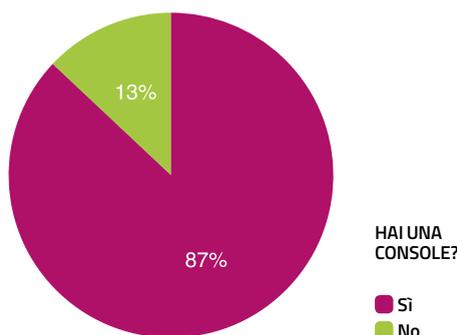
Tab. 8



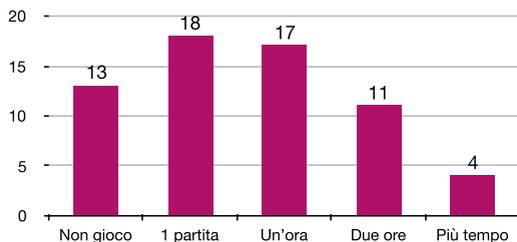
Hai una console?

Sei sì, per quanto tempo dedichi al gioco?

La 4^a domanda – “Hai una console?” – ha visto risalire il numero di bambini dotati di un dispositivo elettronico ed il dilatarsi dei tempi di permanenza. Nello specifico l’87,5% degli intervistati ha ammesso di possedere una console o un pc e di passare in media circa un’ora davanti ad essa, con punte di due ore e più (Tab. 9-10).



Tab. 9



Tab. 10 - tempo giochi

Il dato complessivo ha fotografato una realtà in cui i giovani intervistati hanno espresso un concreto utilizzo di dispositivi elettronici sia per il gaming che per la navigazione. Tralasciando considerazioni sull’opportunità delle abitudini ci si è focalizzati su quanto emerso per orientare alcuni tra gli interventi face to face nelle classi per cercare di sensibilizzare gli alunni sulle problematiche correlate all’abuso dei dispositivi elettronici.

FOLLOW UP

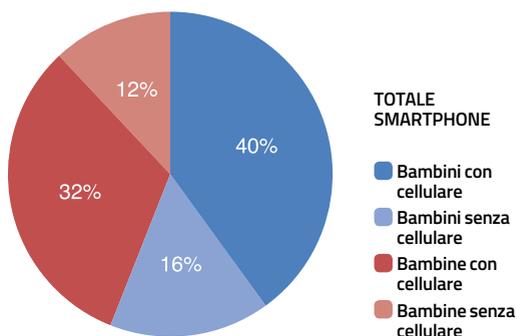
Vista le percentuali rilevate nella precedente indagine e trascorsi circa tre mesi dall’intervento nella

scuola, si è quindi deciso di concentrarsi su un follow-up post natalizio (nel mese di febbraio) per verificare l’eventuale variazione del dato.

In riferimento al numero di bimbi proprietari di uno smartphone, le variazioni non sono state considerevoli ed il numero degli stessi è aumentato di sole 2 unità. La percentuale dei proprietari resta quindi nettamente superiore a quella dei non proprietari - rispettivamente 72% e 28% -. (Tab. 11-12).

TOTALE 5 ^a - 3 MESI DOPO			
BAMBINI CON CELLULARE	BAMBINI SENZA CELLULARE	BAMBINE CON CELLULARE	BAMBINE SENZA CELLULARE
26	10	21	8

Tab. 11



Tab. 12

Per verificare, invece, eventuali variazioni in riferimento alla precedente analisi, si è chiesto quindi nuovamente ai piccoli alunni:

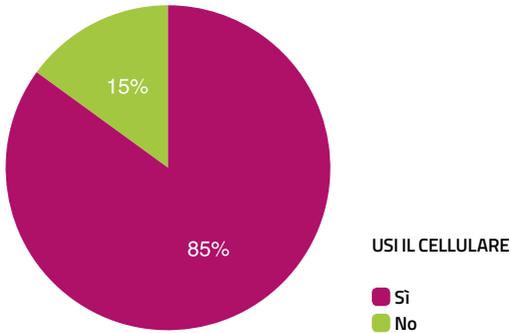
1. Usi il cellulare per giocare? Sei sì, per quanto tempo?
2. Usi il cellulare a tavola?
3. Guardi la tv a tavola?
4. Hai una console? Sei sì, per quanto tempo dedichi al gioco?

Usi il cellulare per giocare?

Sei sì, per quanto tempo?

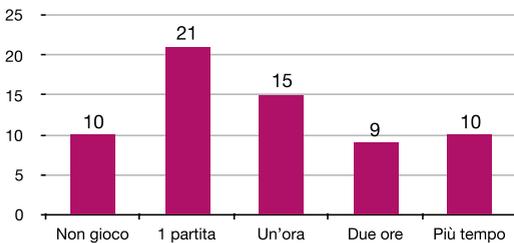
Alla prima domanda l’85% degli intervistati ha

risposto positivamente (in linea con quanto risposto durante la prima intervista) mentre il 15% ha confermato di non utilizzare questo dispositivo (Tab. 13).



Tab. 13

In riferimento ai tempi – “Sei sì, per quanto tempo?” si è notata una leggera crescita nella tendenza temporale. Si è notato, infatti, la diminuzione dei non giocatori (una sola unità) e quella dei giocatori da “una partita” (2 unità) a favore delle restanti categorie che, per quelli superiori a due ore sono cresciute in totale di ben 8 unità (Tab.14).



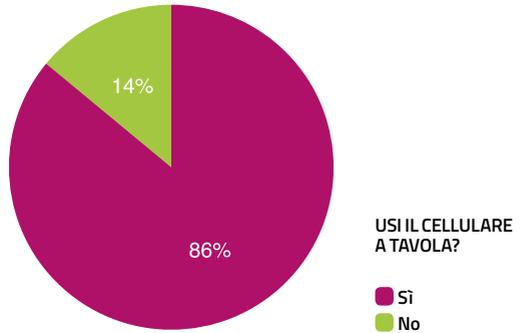
Tab. 14 - tempo cellulare

Usi il cellulare a tavola?

Considerando il precedente dato si riproposta la domanda in merito all'uso del cellulare a tavola. Nonostante l'intervento *de vivo* si è constatata una leggera *deminutio* - 86% contro il precedente 91% - degli utilizzatori del cellulare durante i pasti di certo superiori alla restante platea - 14% contro la precedente di 9% -. (Tab. 15-16).

USI IL CELLULARE A TAVOLA?	Sì	NO
	56	9

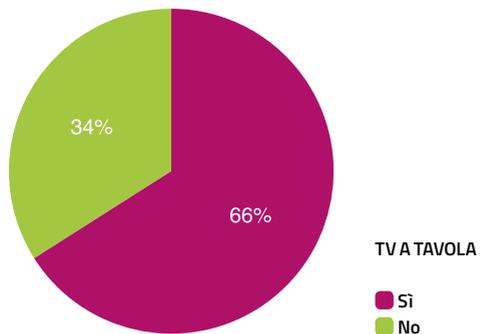
Tab. 15



Tab. 16

Guardi la tv a tavola?

Alla terza domanda il 66% del campione – con una flessione di ben 7 punti percentuale – ha affermato di non vedere più la tv durante i pasti. (Tab. 17)

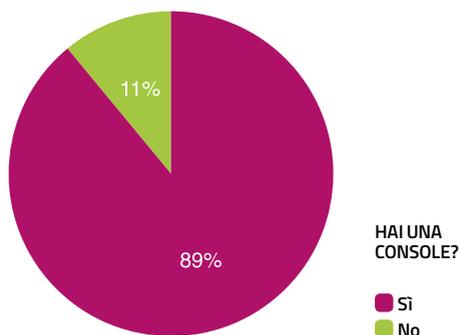


Tab. 17

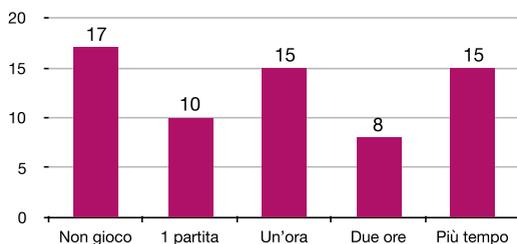
Hai una console?

Sei sì, per quanto tempo dedichi al gioco?

Al quarto quesito, l'89% ha risposto in maniera affermativa – in leggero aumento rispetto alla precedente rilevazione del 87,5% - con una percentuale del 75% fermo davanti al display tra i 5 minuti e un tempo superiore alle 2 ore. (Tab. 18-19)



Tab. 18



Tab. 19 - tempo giochi

CONSIDERAZIONI FINALI

Il presente lavoro non si pone di certo l'ambizioso obiettivo, così come premesso, di trarre alcuna conclusione in merito alle abitudini dei bimbi del III° millennio, ma quello di far riflettere gli addetti ai lavori su come i fanciulli si avvicinino con facilità ai dispositivi elettronici. Negli ultimi anni si è infatti parlato tanto di questo delicato argomento che ha visto nascere diverse correnti di pensiero. Di sicuro i nativi digitali e la cosiddetta "generazione Y" (quella di cui fa parte il campione intervistato) considerano i dispositivi elettronici connessi come naturale estensione dei loro arti ed è su questo assunto e sulla ormai capillare diffusione degli stessi, che ci si dovrebbe chiedere quando e se l'abuso possa trascendere l'uso.

Cercando di contestualizzare il pericolo dal punto di vista clinico, eventuali addiction o disturbi correlati, potrebbero non essere rilevati in tempo per quindi sfociare in vere e proprie patologie.

Si consideri, infatti, che la maggior parte delle dipendenze nasce in situazioni relazionali spesso

problematiche ma soprattutto in un contesto “sommerso” e sconosciuto sia agli amici che ai famigliari. Per quanto concerne le problematiche correlate alla rete internet sono invece gli stessi famigliari ad assecondare un apparente desiderio ludico dei bambini che proiettati nella realtà virtuale senza le dovute precauzioni e le giuste difese potrebbero rimanere loro stessi vittima di quel mondo artefatto costruito dagli adulti troppo spesso non a misura di minore.

La letteratura di riferimento è ricca di numerosi spunti correlate all’uso dei “new media”, spesso sottovalutati, a cui i piccoli internauti sono sottoposti quotidianamente. Tra le più eclatanti ed in costante crescita non si può non annoverare quella dell’*hikikomori* ad esempio, che vede i ragazzi recludersi nelle proprie stanze “sconnettendosi” fisicamente dalla realtà sociale. Certo l’*hikikomori* potrà sembrare un’estremizzazione del fenomeno correlato ad internet anche se la casistica segnala un leggero aumento anche nel nostro paese, ma non l’unica problematica.

Se l’*hikikomori* risulta ancora appartenere ad una realtà remota lo stesso non si può dire del bullismo (quindi del cyberbullismo) che con l’uso della tecnologia mobile ha abbandonato i luoghi nei quali in passato veniva esercitato con forza (scuola e palestra ad esempio) per irrompere prepotentemente tra le mura domestiche.

I media riportano difatti quotidianamente notizie relative a fenomeni di bullismo/cyber che colpiscono bimbi e ragazzi in ogni angolo del mondo, spesso sfociando in veri e propri “giochi” pericolosissimi che spingono i partecipanti fino alla morte.

L’analisi potrebbe continuare puntando il faro su numerosissimi concetti correlati all’universo della rete e questi sono solo alcuni degli esempi citati, ma come più volte sottolineato, il mondo di internet ha da tempo abbandonato la soglia del virtuale per entrare a far parte della vita reale ed è per questo che prima di lasciare le chiavi di accesso ai bimbi bisognerebbe soffermarsi a riflettere su quello che potrebbe essere un rapporto costi/benefici.

A conclusione della presente osservazione si è deciso di riportare l’ultimo – ed il più confortante- dato

rilevato. L’ultima domanda del questionario somministrato era aperta e riportava alcuni tra i giochi maggiormente praticati all’aperto dai bambini.

“Conosci questi giochi? Ci hai mai giocato? (segnare con una X)”

Gioco della campana, nascondino, acchiapparello, strega comanda color, 1-2-3-stella, gioco del fazzoletto, lupo mangia frutta, hula hop, salto della corda.

Sia nella prima rilevazione che nel follow up il 100% degli alunni ha confermato di conoscere in media il 90% dei giochi – con un solo bimbo che in entrambi i casi ha ammesso di conoscere un solo gioco - disconfermando di fatto il luogo comune sul completo disinteresse delle nuove generazioni su giochi praticati quando ancora era la sola radio a comunicare le notizie al mondo.

APPENDICE TESTO

Nella presente appendice si è deciso di annoverare solo alcuni tra i cosiddetti giochi che hanno oltrepassato i confini di internet attraverso l’informazione di altri media.

BLUEWHALE CHALLENGE

Irretiti da personaggi controversi e senza scrupoli (cosiddetti curatori) i giovani giocatori sono sottoposti ad un “lavaggio del cervello” fatto di assurde regole che la cui ultima porta alla morte. Si è fatto gran parlare sull’esistenza di questo gioco. Scandagliando la rete sono state reperite le seguenti regole:

1. Incidetevi sulla mano con il rasoio “f57” e inviate una foto al curatore
2. Alzatevi alle 4.20 del mattino e guardate video psichedelici e dell’orrore che il curatore vi invia direttamente
3. Tagliatevi il braccio con un rasoio lungo le vene, ma non tagli troppo profondi. Solo tre tagli, poi inviate la foto al curatore
4. Disegnate una balena su un pezzo di carta e inviate una foto al curatore
5. Se siete pronti a “diventare una balena” incidetevi “yes” su una gamba. Se non lo siete tagliatevi molte volte. Dovete punirvi



6. Sfida misteriosa
7. Incidetevi sulla mano con il rasoio "f57" e inviate una foto al curatore
8. Scrivete "#i_am_whale" nel vostro status di VKontakte (VKontakte è il Facebook russo, ndr)
9. Dovete superare la vostra paura
10. Dovete svegliarvi alle 4.20 del mattino e andare sul tetto di un palazzo altissimo
11. Incidetevi con il rasoio una balena sulla mano e inviate la foto al curatore
12. Guardate video psichedelici e dell'orrore tutto il giorno
13. Ascoltate la musica che vi inviano i curatori
14. Tagliatevi il labbro
15. Passate un ago sulla vostra mano più volte
16. Procuratevi del dolore, fatevi del male
17. Andate sul tetto del palazzo più alto e state sul cornicione per un po' di tempo
18. Andate su un ponte e state sul bordo
19. Salite su una gru o almeno cercate di farlo
20. Il curatore controlla se siete affidabili
21. Abbiate una conversazione "con una balena" (con un altro giocatore come voi o con un curatore) su Skype
22. Andate su un tetto e sedetevi sul bordo con le gambe a penzolini
23. Un'altra sfida misteriosa
24. Compito segreto
25. Abbiate un incontro con una "balena"
26. Il curatore vi dirà la data della vostra morte e voi dovrete accettarla
27. Alzatevi alle 4.20 del mattino e andate a visitare i binari di una stazione ferroviaria
28. Non parlate con nessuno per tutto il giorno
29. Fate un vocale dove dite che siete una balena
30. Dalla 30 alla 49 - Ogni giorno svegliatevi alle 4.20 del mattino, guardate i video horror, ascoltate la musica che il curatore vi mandi, fatevi un taglio sul corpo al giorno, parlate a "una balena"
50. Saltate da un edificio alto. Prendetevi la vostra vita.

BLACKOUT GAME

Altro "gioco" praticato sui social che affonda però le proprie radici nei tempi in cui internet non esisteva.

"Si tratta di un gioco del soffocamento, spesso fatale, che spinge a privarsi meccanicamente dell'ossigeno per periodi sempre più prolungati come prova di coraggio oppure per arrivare ad uno stato di euforia da asfissia con stato confusionale dovuto alla ipercapnia e l'eccessiva concentrazione di anidride carbonica nel sangue". La Challenge può essere praticata sia da soli che in compagnia e con l'uso di mezzi meccanici (dalla corda, alle scarpe, ai cavi elettrici) che annodati attorno al collo della vittima possono causarne il decesso per asfissia meccanica acuta, il tutto filmato ed in diretta sul web.

SELFIE ESTREMI

È la pratica di scattarsi una foto in luoghi impraticabili o alla guida di un mezzo. Non vi sono regole codificate ma il limite per questo tipo di pratica è solo la follia. Di seguito l'estratto di un articolo pubblicato sulla versione digitale di TGcom24:

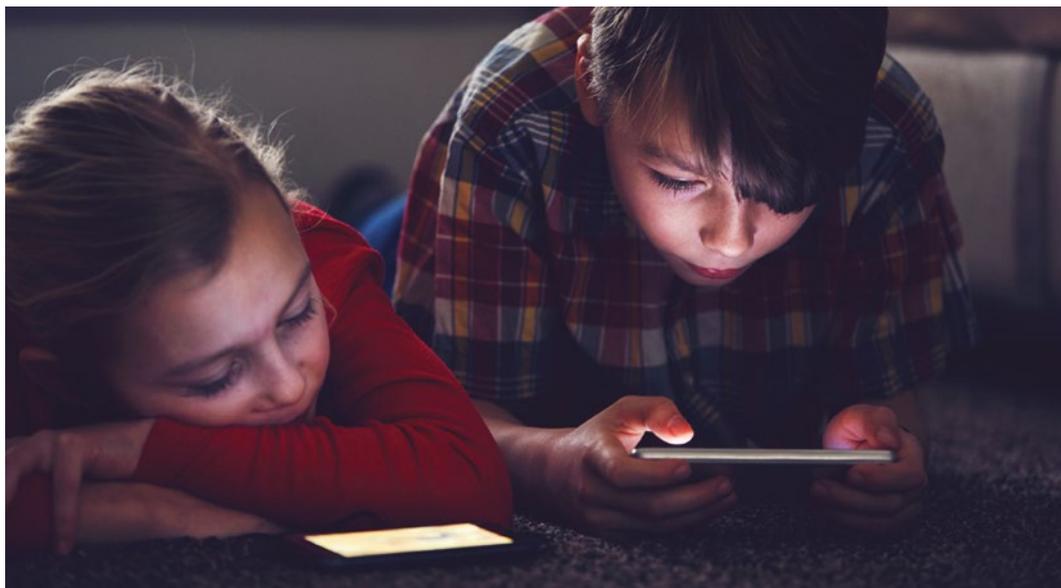
"Selfie estremi, sempre più ragazzi rischiano la vita per una foto

Su un tetto, sui binari del treno, alla guida: rischiare la vita per un semplice autoscatto col cellulare, per immortalare in un fermo immagine quel momento di pura adrenalina. Si chiama Daredevil Selfie la pericolosa moda dei selfie estremi, che sta contagiando sempre più giovani.

Un selfie estremo per provare sensazioni forti.

I dati sono decisamente allarmanti: il 13% degli intervistati ha provato almeno una volta a farsi un selfie in situazioni poco sicure. Tra questi, l'11% ha anche confessato di aver avuto imprevisti che hanno messo a repentaglio la propria vita. Qualcuno lo ha fatto scientemente: il 18% per provare sensazioni forti, l'8% per sentirsi grande di fronte agli amici. Ma non sempre la scelta è ponderata: per il 63% non c'è stato bisogno di una motivazione particolare; si fa e basta. Quasi sempre, quindi, si tratta di un gesto volontario: solo il 10% ha detto di aver rischiato perché in qualche modo 'costretto' dal branco. In più, nella maggior parte dei casi c'è consapevolezza di quello che si sta facendo: il 65% degli intervistati si è detto consapevole di rischiare(...)

In tanti postano l'impresa sui social network E, trattandosi di un fenomeno che riguarda i



giovannissimi, naturalmente non può rimanere fuori la dimensione social. Quasi tutti i ragazzi che si sono dati al Daredevil Selfie lo hanno fatto per condividere la propria 'impresa'. Un quarto ha inviato l'immagine agli amici e l'ha postata sui social network; un altro 27% si è concentrato solo su questi ultimi, puntando ad amplificare l'eco del gesto; il 17%, al contrario, si è limitato a mandarlo via chat solo agli amici più stretti. Mentre appena il 31% ha preferito tenerlo per sé, quasi come fosse un trofeo”.

BIBLIOGRAFIA

- Vrioni, I. (2017). Hikikomori- Nuova forma di isolamento sociale: Youcanprint; Abridged.
- Zielenziger Michael (2008). Non voglio più vivere alla luce del sole. Elliot
- Zygmunt Bauman (2005). intervista sull'educazione. Sfide pedagogiche e modernità liquida; Anicia.
- Marina D'Amato. (2006). Bambini multimediali: per giocare, per conoscere, per crescere. Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Istituto degli Innocenti.
- Maria Luisa Genta, Antonella Brighi, Annalisa Guarini (2009). Bullismo elettronico : fattori di rischio connessi alle nuove tecnologie. Carocci, Roma.
- Valeria Giordano e Stefania Parisi (2007). Individualismo Reticolare E Socialità Virtuale. Cenni Sul Problema Delle Relazioni Sociali Mediate Da Internet. Metelmi.
- Giovannella C. (2008). L'uomo, la macchina e la comunicazione mediata: evoluzioni di paradigmi e design per le esperienze nell'era organica dell'interazione. ResearchGate.
- Putti S., Cantelmi T., Toro M.B. (2008). Emozione del comunicare: comunicazioni (marginali e tecnomediate) in psicoterapia. Idee in Psicoterapia – n. 2 – 2008
- Cantelmi, T. (2013). Tecnoliquidità. La psicologia ai tempi di internet: la mente tecnoliquida. Milano: San Paolo Edizioni
- Carpenter, J. C. (2012). Narcissism on Facebook: Self-promotional and anti social behavior. Personality and Individual Differences. Sciencedirect.
- Tonioni, F. (2014). Cyberbullismo. Come aiutare le vittime e i persecutori. Mondadori.
- Villani, D., Grassi, A., Riva, G. (2011). Tecnologie emotive. Nuovi media per migliorare la qualità della vita e ridurre lo stress. Edizioni LED.



PRENDERSI CURA DELLA **PERSONA** PRIMA ANCORA CHE DEL **PAZIENTE** LA **DIMENSIONE PSICOLOGICA** E IL RICONOSCIMENTO DEL PAZIENTE

Saverio Costantino
Psicologo psicoterapeuta

Mariù Liso Medico
Specialista in Psichiatria

Angela Vitale Medico
Specialista in Psicoterapia

RIASSUNTO

Una riflessione sulla dimensione psicologica del paziente nel suo rapporto con il medico di base e sulla difficoltà sperimentata da essi nella comunicazione del proprio disagio psichico. La ricerca spasmodica di risposte in rete da parte del paziente lo porta alla costruzione di una dimensione solitaria in cui esso non può percepirsi come parte di un sistema curante. In questo panorama culturale risulta quindi necessario per medico e psicologo inserirsi cercando di prendere in carico prima la persona e successivamente il paziente. Un valido impegno a formare anche il medico di Base nella costruzione di invii evitando la solitudine nelle scelte del paziente.

PAROLE CHIAVE

Rapporto medico paziente, psicoterapia, psicologia e medicina, psicologo e medico di base.

Questa riflessione tende a costruire insieme uno spazio condiviso di riflessione e di accoglienza di

alcuni contenuti che riguardano il disagio psichico. Oggi più che mai il disagio pervade ogni nostro ambito dal relazionale, alla vita familiare e ai contenuti dell'età evolutiva.

La complessità di ogni contenuto non consente più a nessun operatore che si occupi di salute di potersi muovere solo o di poter rispondere ai bisogni di cura con una lettura unidirezionale.

Il paziente ormai cerca risposte ovunque, spesso superando il livello del medico di base, primo baluardo per una prima lettura, l'accesso a internet e alle tante offerte spinge l'utente a inoltrarsi in un mare di opportunità o di insidie allo stesso tempo.

Nonostante ciò sembra quasi che tutto sia noto e sotto controllo, se non fosse che si registra che a livello mondiale i disturbi psichiatrici e con essi i disagi psicologici fanno parte di quei disturbi che spesso non vengono né diagnosticati e né trattati, rappresentando così una importante causa di morte. In 13 mila casi la principale causa di



morte è direttamente correlata ad un disturbo dell'umore, ma spesso questo disturbo non viene neanche riconosciuto o, peggio ancora, viene sottovalutato.

Quando a dover essere curata è una parte del corpo, è giusto che il paziente resti a letto, lasciandosi visitare, auscultare, sottoponendosi alle analisi necessarie per la giusta cura. E quando ad essere malata è la "mente"? Non esiste una linea netta di confine tra salute e malattia mentale. Nel corso della vita una persona può trovarsi in diverse "condizioni mentali":

- **Benessere mentale:** è lo stato verso cui ciascun individuo tende, caratterizzato da un buon livello di equilibrio, serenità, accettazione dei propri limiti, curiosità verso il nuovo.
- **Disagio mentale:** in questa condizione il soggetto avverte uno stato di sofferenza, tensione, frustrazione, tristezza, senza tuttavia che si instauri alcun sintomo specifico.
- **Disturbo o malattia mentale:** è la condizione

in cui il soggetto inizia a presentare alterazioni mentali o comportamentali, cioè iniziano ad insorgere sintomi psichiatrici specifici, quali deliri, allucinazioni, ossessioni, ecc.; tale condizione può essere temporanea se curata efficacemente e in maniera tempestiva.

- **Disturbo mentale stabilizzato:** è la condizione in cui vive il soggetto quando il disturbo si cronicizza.

Questo porta a sottolineare come sia nettamente falsa l'idea secondo cui nella nostra vita ci siano solo due stati possibili: lo stato sano e lo stato malato; in realtà, quella che chiamiamo "esistenza normale" comprende anche condizioni di disagio che possono sfociare in veri e propri disturbi.

Fondamentale è sempre il tempestivo riconoscimento del disagio e saperlo fare è un "dovere" di tutti noi medici, al fine di indirizzare al meglio il paziente che, spesso, già di suo vive lo stigma della malattia mentale e fa fatica ad accettare il doversi



rivolgere ad uno psicologo o, peggio ancora, ad uno psichiatra.

La consapevolezza di poter contare su una vera e propria rete di aiuto competente (per es. medico di famiglia, psicologo, psichiatra) costituisce una risorsa basilare per la salute mentale.

Un buon esito di un trattamento deve tener conto della dimensione integrata psicoterapia e farmacologia; spesso entrambi sono un valido binario per arrivare alla meta, seppur facendone i dovuti distinguo.

Il classico e ormai diffuso attacco di panico, o stato ansioso che trova origine nella storia psicologica del paziente vanno affrontati non rimuovendo il contenuto dell'ascolto competente, e un valido percorso psicoterapico spesso ne garantisce un esito più stabile, perché sicuramente un lavoro su di sé costruisce basi solide per il riconoscimento del disagio e di ogni strategia per affrontarlo.

La multidisciplinarietà è il riconoscimento dell'articolato mondo dei bisogni del paziente ma anche dei curanti, sempre presi dal doversi far carico di troppe responsabilità alle quali non sempre si può rispondere senza un confronto.

Un paziente che sta bene restituisce una valida gratitudine anche all'inviante, altrimenti tende a trovare risposte nonostante tutto.

Molti dei pazienti che seguiamo in psicoterapia spesso non hanno condiviso con il proprio medico di base tale scelta, a volte vogliono proprio che rimanga senza il coinvolgimento del medico. Nonostante ciò il nostro approccio tende a cucire lì dove è possibile tale strappo.

È fondamentale garantire una particolare attenzione ai segnali diretti e indiretti del disagio mentale per es. già in età evolutiva, al fine di rilevare il disagio sommerso, limitando il più possibile il ricorso alla genza.

In altri casi, invece, è proprio ai medici di famiglia che molti pazienti si rivolgono per primi per "confidare" il proprio disagio mentale. Sì, "confidare" è il termine più giusto, perché troppo spesso per questi pazienti è una cosa da tenere nascosta. Il medico di medicina generale ha il compito importante pertanto di saper riconoscere la condizione

di sofferenza mentale, valutandone natura e gravità, aiutando così il paziente a rivolgersi alle figure professionali competenti... lo psicologo e lo psichiatra.

Ovviamente in questo si riconosce come a volte lo studio medico pieno di pazienti in attesa di risposte, risente di un grande sforzo per non essere frettolosi; di fatto si stima che mediamente il colloquio con un medico di base abbia una durata di circa 7 minuti e in questo breve tempo bisogna spesso saper dare anche risposte orientanti, poiché la semplice prescrizione di un ansiolitico o antidepressivo senza una adeguata spiegazione o elaborazione porta ad una variegata serie di condotte che sarebbe molto lungo affrontare in questa sede.

Ci piacerebbe anche con questo articolo aprire un confronto sulla formazione psicologica del medico o almeno non perdersi l'occasione per poter dare un contributo diverso ai nuovi medici di base in formazione, affinché abbiano qualche strumento in più per interpretare il sistema in maniera olistica, non dimenticando le nuove patologie di cui si dovrebbe occupare come ludopatia e dipendenza dal web.

Occuparsi di una persona che ci offre il proprio disagio psicologico non si tratta di curare solo una malattia, ma si tratta di prendere in cura una persona, spesso una famiglia e un contesto di relazioni sociali, nella sua interezza, analizzandone complessivamente la vita, per poter così determinare un cambiamento, arrivando a trasformare le sue condizioni psicologiche e di relazione, ricostruendo nuove forme di benessere e di equilibrio.

Il cuore della Legge Basaglia metteva "tra parentesi la malattia mentale", non come negazione della sofferenza, ma come rifiuto a considerarla dimensione totalizzante della persona; lo psichiatra Angelo Barbato (formatosi in quella stagione di grandi cambiamenti) sottolineava che "c'è una evidenza scientifica molto chiara, che ci dice che si possono fare cose efficaci per la salute della persona sofferente, anche se non siamo in grado di modificare i meccanismi che producono o mantengono la malattia". Le cose più efficaci che possiamo fare sono riconoscere tempestivamente il disagio e lasciare che la giusta psicoterapia, associata o no



alla psicofarmacologia, intervengano sul modo in cui la persona si rapporta e affronta la malattia. In psichiatria non abbiamo a disposizione un marker, come dire, uno standard che ci dica: È guarito/non è guarito. Non c'è un esame, un test. Dobbiamo dotarci di un atteggiamento di maggiore apertura, con la consapevolezza che qualunque cosa si utilizzi ha in sé dei limiti, rappresentati dalla enorme importanza che ha la soggettività della persona.

Per concludere vorremmo mantenere il focus su una lettura sistemica del mondo psicologico, familiare e sociale della persona, inserito in una società che spesso tende a dare numerosi stimoli e tante soluzioni spesso anche illusorie e poco professionali, tanto lo si osserva anche per patologie a rischio vita.

Spesso le risposte sono cercate sui social, in una rete che spesso tende a creare uno strappo con i professionisti che invece dovrebbero guidare tale cammino; non è possibile dare risposte ormai convenzionali e obsolete ad un mondo che cambia e ci

cambia, e i nostri pazienti spesso riescono a darsi risposte nonostante noi.

BIBLIOGRAFIA

- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute. Raffaello Cortina Editore, Milano.*
- Saltini, A. (1997). Il riconoscimento dei disturbi emotivi nella medicina di base: il ruolo della comunicazione medico-paziente. *Quaderni di Psichiatria*, (1).
- Solano, L., Di Trani, M., Ferri, R., & Renzi, A. (2015). Offrire risposte dove emerge la domanda: lo psicologo di base nell'assistenza sanitaria primaria. *Ricerche di Psicologia*.
- Solano, L., Pirrotta, E., Boschi, A., Cappelloni, A., D'Angelo, D., & Pandolfi, M. L. (2010). Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse. *Italian Journal of Primary Care*, 2(2), 93-100.
- Tomassoni, M., & Solano, L. (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi* (Vol. 204). Franco Angeli.

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DELL'ALCOLISMO TRA SPIRITUALITÀ E PSICOTERAPIA IL MODELLO DELLA COMUNITÀ EMMANUEL

Dario Loparco

Psicologo esperto in Psico-oncologia.
Ass. Salentina Angela Serra
c/o UOC Oncologia Medica
& Breast Unit ASL Brindisi

Daniilo Cozzoli

Educatore presso la Comunità Emmanuel

RIASSUNTO

Risolti i problemi più imminenti che il soggetto inizialmente reputa essere le cause del perdurare del suo alcolismo, non di rado nel medio/lungo periodo si riscontrano delle recidive anche importanti, pur in assenza di quelle precedentemente designate come cause. Per quanto le odierne conoscenze neuroscientifiche ci permettano di capire questi fenomeni anche in virtù d'una protratta vulnerabilità e compulsività agli stimoli originariamente causanti la dipendenza, tuttavia non legittimano un riduzionismo epistemologico-ermeneutico, non consentendoci quindi di svalutare o dirottare le interpretazioni del paziente, né esimendoci dal compito di trattare il suo vissuto. Proprio in rapporto a questo "mondo di significati" del soggetto, è necessario

notare quanto frequentemente proprio il paziente giunga in ultima analisi ad attribuire il proprio alcolismo ad un non meglio identificabile disagio esistenziale e valoriale che lo lascia cronicamente demotivato, inappagato, disorientato. Questo è tanto più significativo quando si rileva come la mancanza di senso sia lamentata tanto da persone che la considerano conseguenza di vissuti traumatici o di privazione, quanto da persone che la considerano originaria e non riconducibile ad un passato problematico, se non addirittura stridente con la propria agiatezza. L'approccio terapeutico integrato è quindi motivato dall'esplicita ricerca di senso del nostro paziente che conseguentemente accompagniamo nella personale costruzione d'un sistema di significati e valori, ovvero d'una spiritualità, non

necessariamente trascendente in senso religioso, ma tale da fornire più ampie e solide prospettive esistenziali. In tale prospettiva l'integrazione della spiritualità nel trattamento riabilitativo dell'alcolismo è solo il più recente passo di quel difficoltoso e lungo cammino che al trattamento educativo-morale ha progressivamente integrato quello medico, psichiatrico, psicoterapeutico, socio-lavorativo, relazionale e familiare. Lungi da volerne attestare l'effettiva validità scientifica, la seguente riflessione può diventare un punto di partenza per eventuali approfondimenti di ricerca sul tema dell'umano.

PAROLE CHIAVE

Alcolismo, spiritualità, comunità, riabilitazione

Il duplice fondamento: spiritualità e professionalità

La Comunità Emmanuel è una ONLUS fondata a Lecce nella notte di Natale del 1980, dal sacerdote gesuita padre Mario Marafioti e dall'assistente sociale Enrica Fuortes, quale associazione di volontari dediti all'assistenza ed alla riabilitazione psico-sociale di persone con problematiche differenti.

L'ispirazione nasce da un gruppo di preghiere che vuole vivere la dinamica dell'incarnazione di Gesù, incarnando la parola del Vangelo nel concreto servizio alle persone più bisognose, povere ed emarginate. Da quest'intuizione viene la scelta del nome "Emmanuel", che in ebraico significa "Dio con noi", che si riferisce al servizio caritatevole dei volontari che si fanno così strumenti e segni tangibili della cura di Dio per gli ultimi ed indica anche il fatto che per un credente Gesù stesso è presente nel prossimo sofferente. Il termine "Comunità" si riferisce all'intenzione di fornire l'aiuto innanzitutto accogliendo l'emarginato in una comunità che funga temporaneamente da famiglia sostitutiva che, a partire dall'esempio e dalla personale testimonianza di vita dei volontari, abitui ed educi a modalità sane di relazione, comunicazione, comunione e collaborazione, essenziali per un'autentica riabilitazione individuale e sociale. È in tal senso che "Accogliere e condividere" ed "Accostare vita con vita" dall'essere linee guida pedagogiche divengono dei veri e propri motti della Comunità

Emmanuel. La prima opera nella quale si concretizza questo progetto è una Casa Famiglia per persone svantaggiate che accoglie un disabile, un tossicodipendente ed una ragazza madre. Nell'arco dei suoi trent'anni di vita la Comunità si va progressivamente ampliando e sviluppando sino all'attuale strutturazione in sei Settori d'intervento: Famiglia e minori, Disabilità, Dipendenze, Cooperazione e Impresa Sociale, Migrazione e Sud del Mondo e Diakonia.

Lo sviluppo di tutti questi servizi, incontrando le molteplici problematiche vecchie ed emergenti dei diversi ambiti d'intervento, impegna la Comunità in una grande sfida pedagogica che la porta ad elaborare itinerari educativi, percorsi dell'anima, sentieri di liberazione, di guarigione, di crescita e di maturazione. Partendo dalla ricerca della verità e del senso della vita, la persona viene accompagnata ad una più autentica consapevolezza di sé stessa, ad un adeguato uso delle cose, alla giusta relazione con gli altri ed all'apertura alla trascendenza ed alla relazione con Dio.

La forte identità cristiana nella quale si riconoscono tutti i volontari stabili della Comunità non interferisce con la chiara laicità professionale, anzi conformemente al duplice carisma tramandato dai fondatori (un sacerdote ed una assistente sociale), col crescere dei bisogni e delle problematiche, la Comunità ha affiancato ai volontari tutte le diverse figure professionali necessarie: psichiatri, psicoterapeuti, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, amministrativi, ecc... (Castro e Greco 2010). La religiosità, lungi dall'ostacolare la professionalità, svolge la funzione di suscitare una più elevata etica del lavoro e del servizio.

Sicché tutti sono tenuti alla formazione permanente, al confronto con altre figure professionali ed alla supervisione. Tutti debbono poter motivare le loro decisioni ed i loro interventi non a partire da basi ideologiche, religiose o morali, ma mostrandone la coerenza con approcci teorici pacificamente accettati dalla comunità scientifica. Tutti infine debbono tenere costantemente presente il rispetto del diritto di ciascuno all'autodeterminazione nella libertà d'opinione e di decisione. È

opportuno infine segnalare come lo stesso padre Mario, a scanso d'equivoci volontaristici o spontaneistici, proprio rifacendosi alla personale tradizione religiosa, esorti a seguire due criteri caratteristicamente gesuitici quali la *"discreta caritas"* ed il *"magis"*. La *"discreta caritas"* invita ad esercitare il bene con discernimento e prudenza, applicandosi approfonditamente negli studi per poter essere d'aiuto al prossimo. Il *"magis"* richiama la necessità d'andare oltre la risposta immediata al disagio del singolo per poter rimuovere le condizioni più ampie che causano il problema a danno della collettività, progettando quindi interventi a lungo termine ed a largo raggio.

L'allineamento del trattamento riabilitativo con il P.A.N.

In rapporto all'obiettivo precipuo del presente lavoro, si prende in considerazione solo il Programma Terapeutico del Settore delle Dipendenze da sostanze psicotrope, mostrando panoramicamente gli elementi caratterizzanti comuni ai diversi Centri Terapeutici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il disturbo di dipendenza il risultato di un'interazione multifattoriale complessa, per cui di riflesso il Programma segue un modello olistico bio-psico-sociale, mediante un trattamento multimodale integrato, centrato sulla persona nella sua poliedricità ed interezza, tenendo conto dei diversi ambiti: medico, psicologico, educativo, sociale e legale. La modalità d'attuazione del programma d'intervento è diversificata per fasi, ambiti, obiettivi e durata del trattamento, personalizzati sulla base delle diverse problematiche, caratteristiche e motivazioni del soggetto.

Una volta dunque che il soggetto abbia conosciuto e accettato la proposta di vita della Comunità, viene accolto e immesso in un cammino terapeutico psicopedagogico che, in varie tappe successive e concatenate, mira ad aiutarlo a *"farsi uomo"*, crescendo attraverso una nuova e più profonda presa di coscienza della realtà, attraverso un nuovo senso di sé e della vita, in una progressiva liberazione, guarigione, maturazione, responsabilizzazione e socializzazione, attorno ad un personale ed autentico

progetto di vita, nella continua educazione a *"pensare secondo verità"* e a *"vivere con amore"* (Castro e Greco, 2010).

Il cammino terapeutico prevede cinque fasi ovvero: *Pre-accoglienza, Accoglienza, Esser-terapia, Responsabilità, Reinserimento*, che ricalcano con diversa articolazione le fasi generali previste dal Piano Antidroga Nazionale, ovvero il *Trattamento* (suddivisibile in induzione, stabilizzazione e mantenimento), la *Riabilitazione* ed il *Reinserimento*.

È opportuno precisare che le diverse fasi non siano concepite ed attuate come processi distinti e sequenziali, ma come processi fortemente *integrati* ed *incrementali* l'uno dell'altro. Pertanto: ogni *fase* si occupa di tutti gli ambiti d'intervento seppur in misura diversa; ogni *passaggio* da una fase all'altra, pur ricevendo una distinzione formale, è nell'operatività *graduale* ed inizialmente *compenetrato*. Tuttavia la distinzione in fasi rispecchia l'utilità e necessità di procedere *step by step* e *per obiettivi*. Quanto alla tempistica, nell'alcolismo ogni fase ha una durata di 3 mesi. Al termine d'ogni fase si compie una *valutazione di esito* in seguito alla quale l'equipe psico-pedagogica decide se trattenere ancora il paziente nella stessa fase, oppure farlo procedere a quella successiva. In qualunque momento, l'utente è libero di lasciare il percorso comunitario tuttavia: se questo avviene al termine d'una fase che ha avuto esito positivo si considererà una *fine del trattamento* (con parziale o totale raggiungimento degli obiettivi prefissati); in caso contrario, si parlerà d'una *interruzione del trattamento*; solo per chi avrà terminato positivamente tutte le fasi si parlerà infine di *completamento del trattamento*, il che richiede non meno di 15 mesi, ma nella pratica si prolunga sino ai 2 anni.

Fase di Pre-accoglienza ed orientamento. In questa prima Fase (corrispondente alla fase di *induzione* e *stabilizzazione* del trattamento del P.A.N.) l'ambito d'intervento predominante è sicuramente quello medico-psichiatrico poiché si affrontano quelle problematiche psico-fisiche più direttamente conseguenti all'uso recente di sostanze. In questo momento propedeutico, l'obiettivo principale è quello

di rimuovere quegli ostacoli (per lo più sofferenze ed instabilità psicofisiche) che per la loro intensità ed urgenza impedirebbero all'individuo di dedicarsi a qualunque ulteriore processo di cambiamento. Seguendo la modalità prettamente pedagogica di partire da ciò che è più vicino e manifesto per il discente, si mira ad aiutare l'alcol-tossicodipendente, ancora troppo immerso nel "*problema droga*", a risolvere quelle conseguenze che sente come più immediate e pressanti. Inizialmente risulta spesso opportuno (e richiesto dallo stesso utente) il ricorso a terapie farmacologiche anti-craving ed anti-astinenziali, che vengono adeguatamente calibrate sulla singola persona, in base alle sue specifiche caratteristiche psico-biologiche ed anamnesticotossicomane (riguardanti la storia d'abuso). La durata di questa Fase risulta pertanto molto soggettiva ma solitamente oscilla intorno ai 2-3 mesi (giungendo però anche a 6 mesi in casi più problematici di tossicodipendenza). Una volta superata la fase acuta e liberato il corpo dalla dipendenza fisica, l'intervento farmacologico cede gradualmente il posto ad interventi psico-educativi.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Allontanamento dell'utente dall'ambiente che espone al rischio d'uso, mediante l'inserimento nel contesto residenziale protetto del C.T.;
- Primo assessment multi-professionale dell'analisi di bisogni e criticità e della domanda d'aiuto e stipulazione del contratto terapeutico;
- Inquadramento e monitoraggio clinico (medico, psichiatrico e psicologico);
- Divezzamento ed interruzione dell'uso di sostanze d'abuso (alcol, droghe o farmaci);
- Eventuale disimpegno graduale di terapia farmacologica sostitutiva e raggiungimento della condizione di drug-free;
- Stabilizzazione dei sintomi e recupero psicofisico;
- Conoscenza reciproca tra utente ed operatori della struttura e progressivo ambientamento ed inserimento nelle attività e dinamiche della vita comunitaria e nel gruppo dei pari;
- Interventi supportivi e motivazionali mediante

colloqui individuali ed attività di gruppo, al fine d'accrescere il desiderio al cambiamento ed alla guarigione e d'assumere la consapevolezza a continuare il cammino per compiere una riabilitazione integrale;

- Orientamento alla successiva modalità di trattamento ed impostazione d'un personale percorso riabilitativo.

Superato il malessere psicofisico correlato alle sostanze e raggiunto un buon recupero complessivo, il paziente va al suo SerT d'appartenenza per fare una verifica. Qualora si concordi il totale conseguimento degli obiettivi prefissati e non ci sia alcun'altra richiesta del paziente il suo trattamento giunge al termine. Qualora il paziente riconosca invece il bisogno di ricevere un trattamento ulteriore, dopo pochi giorni di "*prova a casa*", rientra in Comunità per iniziare la Fase seguente del programma. In una simile modalità, fatta di prova a casa, verifica presso il SerT e negoziazione/riformulazione del programma terapeutico tra utente-SerT-C.T., si concludono anche le altre fasi successive.

Fase di Accoglienza. In questa Fase (corrispondente grossomodo alla fase di *mantenimento* del trattamento del P.A.N.) l'ambito d'intervento privilegiato è quello educativo-comportamentale finalizzato ad agire sui comportamenti disfunzionali correlati all'uso di sostanze. Questa precedenza è determinata dal fatto che alle persone che soffrono di dipendenze patologiche sono significativamente correlate problematiche di compulsività ed impulsività, di trasgressività ed aggressività. Per le loro proprietà impattanti e destabilizzanti le comuni dinamiche relazionali, queste caratteristiche comportamentali, prima ancora della dipendenza in sé, risultano essere le prime manifeste cause che rendono l'alcol-tossicodipendente un soggetto progressivamente problematico, disadattato, emarginato ed infine, deviante. Queste problematiche comportamentali impediscono il mantenimento di buone relazioni, precludendo così un'adeguata prosecuzione del trattamento, specie comunitario. Conseguentemente divengono prioritari gli

interventi di moderazione e contenimento degli atteggiamenti più eccessivi. Tuttavia non si può direttamente strutturare un programma educativo se non si acquista prima una più ampia conoscenza del soggetto. Per cui l'intervento psicologico, se precedentemente si era focalizzato nel monitoraggio clinico e nell'intervento d'urgenza per alleviare e gestire i malesseri astinenziali, assume ora tutt'altro rilievo, preparando un primo inquadramento psicologico che fungerà da base sulla quale s'implementerà l'intervento educativo.

Gli obiettivi principali in questa Fase sono:

- Inquadramento personologico mediante approfondimento di colloqui anamnestico-investigativi; somministrazione di questionari su personalità, temperamento e modalità relazionali; acquisizione d'informazioni dai report collaterali familiari.
- Rilettura della storia di vita da parte del soggetto, invitato a riconoscere i propri comportamenti problematici per soppesarne le ripercussioni negative nei diversi ambiti: affettivo-familiare, lavorativo-economico, legale, ecc.
- Impegno del paziente a riconoscere tempestivamente le proprie spinte pulsionali ed emotive ed a gestirle adeguatamente in modo non impulsivo e socialmente accettabile.
- Impegno del paziente al massimo rispetto degli altri e delle regole di buona convivenza comune; a risolvere in modo non conflittuale le molteplici difficoltà pratiche e relazionali derivanti dalla coabitazione.
- Attuazione d'interventi educativi finalizzati all'accrescimento dell'autocontrollo; al differimento della gratificazione; alla tolleranza della frustrazione; al passaggio dal "*principio di piacere*" al "*principio di realtà*"; all'osservanza dell'assetto strutturato-contenitivo e normativo-sanzionatorio di un C.T.
- Stesura d'un P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) da parte dell'educatore, sulla base delle dirette osservazioni comportamentali, dei dati raccolti dall'equipe multi-professionale, dai feedback del gruppo di pari, ecc.

- Incontri con i famigliari, per lo più finalizzati alla riparazione e riapertura delle relazioni.

Fase di Esser-terapia. In questa Fase (corrispondente alla fase di *riabilitazione* del P.A.N.) l'ambito d'intervento prevalente è quello psicoterapeutico poiché si cerca di curare quei processi psicologici predisponenti o produttori di credenze, affezioni ed atteggiamenti non adattativi. Il soggetto viene aiutato a risalire dagli *effetti* alle *cause*, dal *particolare* all'*insieme*, dall'*evento* ai *processi*, al fine d'esercitarsi in un'*ermeneutica della complessità* e passare gradualmente dal "*problema-dipendenza*" al "*problema-uomo*". Considerare cioè quelle problematiche esistenziali preesistenti all'uso delle sostanze, ma non manifeste, inconscie o occultate, che si sono elicitate o slatentizzate con la dipendenza da sostanze.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così riassumere:

- Acquisizione del soggetto d'una comprensione sistemica più profonda della storia tossicomaniaca all'interno della propria storia di vita. Riconoscere quelle condizioni preesistenti (socio-ambientali, culturali, economiche, familiari, ecc...) che hanno permesso/favorito la sollecitazione all'uso di sostanze. Assumere consapevolezza delle condizioni concomitanti sociali (stressori) o personali (vulnerabilità, morbilità latenti) che hanno protrato/incrementato l'assunzione di sostanze.
- Riconoscimento delle proprie modalità automatiche o abituali di comportamento o reazione, per individuarne l'intenzione funzionale-adattativa e confrontarla con l'effettivo risultato-conseguenza, al fine di modificare atteggiamenti (credenze ed azioni) disfunzionali.
- Interventi psicoterapeutici finalizzati alla rielaborazione e pacificazione di nuclei traumatici e disturbanti. All'interno d'un contesto d'accettazione incondizionata e non giudicante, il paziente è accompagnato a poter "accogliere" se stesso, la sua famiglia, il suo passato, la sua condizione attuale, la sua malattia, la realtà tutta intera: ab-

bracciando il "*principio di realtà*" ed orientandosi con speranza nuova e produttiva al futuro.

- Modifica dell'intervento educativo, che diviene gradualmente meno direttivo-prescrittivo, per essere più dialettico, responsabilizzante ed empatico.
- Sviluppo dell'autostima, dell'autoefficacia e dell'auto-aiuto (auto-monitoraggio, auto-critica, auto-correzione).
- Incontri con i familiari finalizzati ad una comprensione sistemico-familiare delle dinamiche e problematiche, all'affrancamento del "paziente designato" e ad un riconoscimento più equo di ruoli e responsabilità, con l'invito ai familiari ad intraprendere un personale percorso di consapevolezza di sé come individui e famiglia.

Fase di Responsabilità. In questa Fase (anch'essa corrispondente alla fase di *riabilitazione* del P.A.N.) l'ambito d'intervento privilegiato è quello affettivo-relazionale. La riabilitazione relazionale è da considerarsi attività e condizione preliminare indispensabile per poter dar corso ad un vero e proprio reinserimento sociale e lavorativo. In effetti non di rado il paziente giunge in Comunità possedendo delle proprie competenze lavorative, tuttavia sovente non riesce a conservare il suo lavoro per l'incapacità di relazionarsi nei contesti organizzativi.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Sviluppo dell'indipendenza, mediante la progressiva diminuzione della presenza e dell'intervento diretto degli operatori e l'accresciuta capacità di



sentire/riconoscere autonomamente le proprie difficoltà/bisogni e saper chiedere aiuto.

- Sviluppo della responsabilità personale. All'accolto si richiede una condotta esemplare nel rispetto dei regolamenti e nella relazione con gli altri, inoltre gli si affidano compiti più impegnativi e/o di responsabilità o delicati.
- Sviluppo della responsabilità sociale. All'accolto viene attribuito il ruolo di *peer-educator* o *peer-support*, detto "referente" o "fratello maggiore". Svolgendo in tal modo compiti di tutoring, orientamento, accompagnamento ed aiuto agli accolti con minore esperienza nel percorso terapeutico.
- Accrescimento delle competenze relazionali, mediante le capacità di comunicazione, socializzazione, empatia, assertività, affabilità, adattabilità, negoziazione e compromesso.
- Sviluppo delle competenze genitoriali, quali il riconoscimento dei bisogni altrui e la premura di provvedervi personalmente, con disponibilità, altruismo, abnegazione, pazienza, comprensione.
- Sviluppo di apertura mentale, flessibilità, atteggiamento non pregiudizioso, capacità di mettersi in discussione, assumere un'ottica prospettica della conoscenza sociale, sapendo riconoscere i punti di vista altrui.
- Acquisire maggiore consapevolezza dell'interazione sociale, specie di assiomatica e pragmatica della comunicazione coi conseguenti meccanismi di feed-back.
- Maggiore frequenza delle prove a casa per poter rinsaldare i rapporti familiari e sperimentare il proprio autocontrollo e le strategie di coping per prevenire una ricaduta.

Fase di pre-rientro e Reinserimento. In questa Fase (corrispondente alla fase di *reinserimento* del P.A.N.) l'ambito d'intervento è prevalentemente sociale poiché si predispose l'individuo nelle condizioni migliori per poter ricercare un lavoro nel suo territorio di provenienza. Conformemente alle indicazioni del PAN, non vanno confuse la fase di riabilitazione e quella successiva di reinserimento: la prima è finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter

reinserire la persona; la seconda fase, evoluzione e completamento della prima, è più strettamente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Educazione alla progettualità delle azioni, al *problem solving* ed al *decision making* negli ambiti della vita quotidiana mediante identificazione di bisogni e desideri, valorizzazione delle risorse, ponderazione delle alternative, riconoscimento dei limiti, formulazioni di obiettivi raggiungibili e percorsi realistici.
- Formulare una *SWOT analysis* al fine d'individuare i fattori di vulnerabilità e rischio; i fattori di protezione; le conseguenti strategie di prevenzione ed auto-protezione.
- Rafforzamento delle *life skills*, soprattutto quelle lavorative.
- Formulazione del bilancio di competenze ed orientamento psicoattitudinale e professionale.
- Formulazione dell'accolto d'un concreto "progetto di vita".
- Attivazione d'un lavoro di rete coi diversi Enti e Servizi territoriali per agevolare la ricerca d'una collocazione socio-lavorativa.
- Progressivo sgancio dalla C.T. mediante l'allungamento dei tempi di prova a casa, tendendo al ribaltamento dei rapporti di soggiorno tra Comunità e casa, sino al punto da risiedere a casa e fare solo periodici incontri nel C.T. per un'ulteriore accompagnamento e verifica.

Il reinserimento lavorativo costituisce l'obiettivo ed il punto d'arrivo di tutti i trattamenti in quanto capace di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità d'una reale e duratura reintegrazione delle persone alcol-tossicodipendenti nella vita e nella società.

L'integrazione di spiritualità e psicoterapia

I diversi Centri Terapeutici del Settore Dipendenze, pur presentando tutti i medesimi principi e caratteristiche generali sopra esposti e che gli permettono di costituirsi e riconoscersi come unica Comunità Emmanuel,

possono differenziarsi molto l'uno dall'altro per tipologia d'utenti e per specificità metodologiche adottate. Si descrivono qui di seguito alcuni dei momenti più caratteristici e quotidiani del trattamento comunitario, soffermandoci particolarmente su quelle attività che integrano spiritualità e psicoterapia.

Parola d'Assoluto. Il primo momento saliente della giornata (ore 7:45–8:15) è detto "Parola d'Assoluto". Questa pratica è stata ispirata a padre Mario da un'antica usanza monastica nota come metodo antirretico (*antirrhethikos* è traducibile con "risposte confutatorie"), concepito dai monaci come una vera e propria terapia di pensieri, affetti ed azioni (Pontico, 2005). Quando le avversità della vita inducevano ad un monaco dei *logismoi* (cattivi pensieri) connotati da una *patheia* (passione, sofferenza) e queste spingevano ad un *vitium* (azione difettosa, distorta), il monaco ricorreva alla *ruminatio* (meditazione ricorrente) di pensieri buoni diametralmente opposti (o antirretici) a quelli cattivi. Questo gli forniva una rielaborazione positiva della situazione, suscitando quell'incoraggiamento e forza d'animo necessari per sostenere azioni virtuose e superare le difficoltà. Il responsabile del Centro trova che il razionale di questa pratica spirituale sia compatibile con quello assai più noto e condiviso della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. Nel modello ABC infatti si esprime la consequenzialità tra (A) situazioni avverse, (B) interpretazioni cognitive e (C) conseguenze emotive e comportamentali, sottolineando conseguentemente l'importanza di riconoscere i "virus mentali" e debellarli mediante adeguate ristrutturazioni cognitive predisponenti risposte comportamentali adattative. Più specificamente, l'educatore del C.T. riconosce una più stretta vicinanza teorico-pratica di tale pratica col metodo del *Personal Values Card Sort* di W.R. Miller (2003) nel quale l'ACT (Acceptance Commitment Therapy) si integra nel Motivational Interviewing per applicarsi al trattamento dell'alcolismo. Nella pratica concreta del C.T., ogni individuo è chiamato a rivedere nella giornata precedente cosa non sia andato bene, specie pensieri, emozioni o azioni negative, che lo hanno disturbato o lo hanno ostacolato nel suo cammino di pacificazione, maturazione e liberazione, scegliendo poi un singolo specifico aspetto sul quale si propone d'intervenire. La

persona sceglie conseguentemente un valore che reputa curativo rispetto al malessere individuato e vi collega un piccolo concreto proposito che s'impegna a portare avanti durante la giornata. Il tutto lo sintetizza in una breve frase, la Parola d'Assoluto appunto, per lo più estratta da libri, che assume spesso la forma d'un proverbio o aforisma.

Attività ergoterapiche. Durante la mattinata (ore 8:30-13:00), ogni accolto in base alle proprie attitudini si dedica a diverse attività lavorative per lo più riguardanti la gestione domestica del Centro (ad es. pulizia, cucina, lavanderia, orto, officina, giardino, ecc...). Queste attività fungono da terapia occupazionale, con la finalità di promuovere, mantenere e sviluppare le capacità di svolgere con competenza e soddisfazione i compiti essenziali per la propria vita, la cura di sé e del proprio ambiente, raggiungendo un buon grado d'autonomia ed indipendenza.

Colloqui individuali. Sempre nella mattinata si svolgono i colloqui individuali: orientativamente ogni utente fa due colloqui settimanali della durata di 40-60 min., uno con lo psicoterapeuta ed uno con l'educatore, ma queste indicazioni possono variare molto tra le diverse persone o nei diversi periodi del cammino d'una stessa persona.

Schematicamente, l'educatore effettua:

- Assessment alcologico o tossicomano (ASI, CDP, SADQ, IDTS, COPE, MAC2-A) (Corlito, 1998);
- Counseling motivazionale;
- Drug abuse counseling (in questo counseling l'individuo impara a riconoscere le dinamiche psicologiche soggiacenti all'immediata compulsione alle sostanze e quale sia il significato funzionale del suo comportamento tossicomano);
- Formulazione e negoziazione del Piano Educativo Individualizzato;
- Decision making and problem solving counseling;
- Interventi prescrittivi e disciplinari.

Lo psicoterapeuta effettua:

- Colloqui di conoscenza e di management clinico del paziente;
- Colloqui anamnestici ed informativi;
- Somministrazione e valutazione di test cognitivi

(WAIS-R), di personalità (16PF-5, BFQ-2, EPQ-R, TCI-R), clinici (MMPI-2, SCID-II, SWAP-200) e proiettivi (ORT, TAT);

- Colloqui di monitoraggio clinico;
- Interventi psicoterapeutici di orientamento gestaltico (in questa terapia l'individuo impara a riconoscere, gestire e migliorare la sua personalità, i suoi sistemi motivazionali ed i suoi disturbi clinici o di personalità, precedenti o concomitanti o conseguenti all'uso di sostanze, tendendo ad una visione di sé e della propria vita ad un tempo più panoramica e più profonda);

Cammino di spiritualità. Dopo il pranzo ed il riposo, la prima attività pomeridiana (ore 15:30–16:00) è il *Cammino di spiritualità*. Sin dalle origini padre Mario ha evidenziato il valore fondamentale di questo momento, non semplicemente perché in linea con la sua vocazione e formazione personale, ma anche perché convinto della sua funzione terapeutica proprio nello specifico ambito delle alcol-tossicodipendenze. Padre Mario nota ad esempio quanto frequentemente tale contesto sia così caratterizzato da esperienze di attaccamento ai piaceri materiali; di sperimentazione del fallimento e dell'impotenza; di perdita di senso e depressione. Favorire a tali persone l'apertura alla trascendenza ed alla religiosità torna quindi funzionale per avvicinarsi a valori che diano maggiore stabilità e progettualità; o per infondere speranza e riattivare le proprie risorse interiori; o infine per trovare un più fondante e coesivo senso della vita per riacquistare la serenità e la motivazione per andare avanti. Il responsabile del Centro nel cercare il razionale di questa pratica spirituale, nota preliminarmente come il rapporto tra religione e salute sia storicamente talmente originario, intrecciato e duraturo, che al di là di qualunque giudizio di valore teologico-filosofico sulle religioni (che pertiene ad altra sede) non si possa non riconoscere un loro valore antropologico-terapeutico. In questa linea, il responsabile, in qualità d'educatore, si occupa di ricercare non tanto l'*efficacy* (dimostrazione teorico-sperimentale dell'efficacia) quanto l'*effectiveness* (l'efficacia sul campo o nella pratica). L'esperienza gli mostra come persone che vivono un'intensa

spiritualità (indipendentemente dalla religione alla quale appartengono) di fatto presentino generalmente una maggiore ritenzione in trattamento; maggiore disponibilità al cambiamento, all'alleanza terapeutica ed alla compliance; maggiore resilienza e capacità di recupero dalle avversità. La finalità terapeutica concreta è quella d'offrire la spiritualità in funzione di coping proattivo, ovvero come ulteriore strategia cognitivo-comportamentale per fronteggiare e superare situazioni problematiche. L'équipe del C.T. trova infine delle affinità teoriche con la Psicoterapia Umanistico-Esistenziale e Transpersonale mentre nell'applicazione pratica segue il Metodo dei 12 Passi degli Alcolisti Anonimi per giungere al "*risveglio spirituale*".

Nell'esecuzione concreta, gli accolti che sono credenti fanno il cosiddetto *Cammino di fede*: leggono in gruppo uno dei 12 Passi e brevi brani tratti da libri di AA (es. *Giunsi a Credere*) o di religione e spiritualità, dopodiché esprimono delle riflessioni che trasformano in preghiera personale (Pierlorenzi e Senni, 1994). Gli accolti che non esprimono una fede fanno la *Parola d'uomo*, sostanzialmente analoga alla precedente ma priva di riferimenti religiosi o trascendenti e basata su testi d'autori comunemente riconosciuti come autorità morali (es. premi Nobel per la pace).

Attività ludico-ricreative e risocializzanti. Nel pomeriggio (ore 16:00–17:00) una funzione non meno terapeutica di altre acquistano le attività sportive, ludico-espressive e ricreative in genere. Nel contesto delle dipendenze patologiche si nota come avere del tempo libero da riempire, da cui trarre gratificazione ed a cui dare un significato, diviene frequentemente fonte di problemi che si ripercuotono poi sullo stato psicofisico del soggetto suscitandogli quegli stati di apatia, disforia e depressione che reinnescano la compulsione alla ricerca di sostanze d'abuso. Appare dunque chiaro come una piacevole occupazione del tempo libero risulti utile non solo per rilassarsi ma anche per imparare a prevenire, gestire e superare solitudine, noia, ansie, tensioni e frustrazioni. Questo spazio quotidiano nelle domeniche viene dilatato al fine d'uscire dal Centro per gite o visite guidate.



Attività psico-educative di gruppo. Nel tardo pomeriggio (ore 17:00-18:30) gli accolti si riuniscono per fare attività (più genericamente chiamate "ricerca") che di volta in volta possono differire anche molto in base all'operatore che conduce l'attività ed agli obiettivi prefissati. Si presentano brevemente di seguito le modalità formative di gruppo più frequentemente utilizzate.

- *Istruzione programmata.* È la modalità più formalizzata e strutturata d'apprendimento d'informazioni ove si privilegia l'ascolto. Si fa innanzitutto prevenzione secondaria istruendo le persone sulle problematiche alcol-correlate (sanitarie, psicologico-psichiatriche, familiari, economico-lavorative, legali). Si spiega in cosa consistano le dipendenze patologiche ed i trattamenti farmacologici e socio-psico-educativi. Si fa prevenzione e gestione delle recidive ed empowerment delle strategie di coping. È opportuno notare che un fenomeno tanto controverso come l'alcolismo

ha ricevuto molteplici interpretazioni, non di rado eterogenee e difficilmente compatibili. L'educatore del C.T. per proprie convinzioni ed in linea con le indicazioni del Ministro per le Politiche Antidroga, agli utenti spiega l'alcolismo ed i suoi trattamenti usando l'approccio esplicativo della *neuro-educazione etica* (Serpelloni, 2010) nel più ampio panorama delle dichiarazioni della O.M.S.

- *Lettura-Cineforum e Discussione.* È una modalità d'apprendimento mista. Si legge un brano dalla letteratura A.A. o da articoli di giornale, romanzi o film di o su alcolisti. In riferimento a quanto letto o visto, gli accolti esprimono liberamente delle riflessioni e/o raccontano vicende autobiografiche. L'operatore fa interventi di moderazione, di chiarimento e rielaborazione più che di spiegazione, agevolando l'espressione ed il confronto non giudicante tra gli accolti.
- *Incident – Caso.* Un caso è una situazione-problema che richiede soluzione. Il metodo consiste

quindi nel riconoscere ed analizzare gli eventi che hanno condotto a tale situazione-problema per comprendere *come* sia avvenuta e *cosa* si debba fare. Il tipo d'apprendimento sollecitato si caratterizza nella logica della *problem analysis* e del *problem solving*. L'incidente solitamente si fa su un caso immaginario (ma verosimile), del quale reperire informazioni e proporre soluzioni, pronosticandone le conseguenze. In alcuni casi è un accolto a mettere in discussione una sua questione specifica, chiedendo l'aiuto dell'operatore e degli altri per acquisire nuove e più ampie prospettive del suo problema e delle alternative per risolverlo.

- *Simulazione – Role-play*. Il modello d'apprendimento è di tipo esperienziale mediante esercizi, sperimentazioni, riproduzione attiva di dinamiche quotidiane d'ambito relazionale. Riprendendo eventi spesso realmente accaduti nella vita comunitaria del Centro o nel passato degli individui, si simulano o drammatizzano dal vivo le modalità d'interazione più o meno adeguate in una certa situazione. Questo facilita ad acquisire maggiore consapevolezza delle proprie emozioni per poterle meglio gestire ed accrescere la propria competenza sociale. Il role-play, richiedendo di mettersi-nei-panni-di o dell'impersonare un certo ruolo, permette di sviluppare l'empatia, l'apertura e l'elasticità mentale.
- *Gruppo A.M.A.* Il gruppo di auto-mutuo-aiuto segue i principi generali ed il modello supportivo dei gruppi di AA (Aa.Vv. 1967) o di altri SHG (*Self-Help-Group*). In questo caso l'operatore non è presente o, nei gruppi ancora giovani, si limita a minimi interventi moderativi. Per quanto i SHG siano stati oggetto di minor attenzione scientifica tuttavia nell'effectiveness comunemente se ne riconoscono: (1) la funzione di scambio informativo, sostegno, rinforzo e identificazione insita nella dinamica socio-emotiva del gruppo fra pari; (2) il valore terapeutico connesso alla possibilità di svolgere il ruolo di *helper* cioè di prestatore di cure; (3) lo stimolo offerto dalla carica ideologica del gruppo di self help alla modificazione di atteggiamenti,

valori e modelli culturali personali presenti nella società esterna (Tognetti Bordogna, 2005).

- *Terapia di Gruppo di Analisi-Transazionale*. L'Analisi-Transazionale offre un metodo unico di usare il gruppo per lavorare sui "*copioni*" individuali. Le analisi delle "*transizioni*", i giochi e le terapie sullo "*stato dell'ego*" condotte fra l'accolto e lo psicoterapeuta possono essere decisamente aiutate, focalizzate e rafforzate dall'utilizzo delle rappresentazioni delle relazioni fra i membri del gruppo e dalle modalità con le quali l'individuo esteriorizza il suo oggetto intrapsichico. In questo modo il "materiale vivente" delle loro interazioni può essere usato direttamente, può essere interpretato, spiegato e confrontato in modo psicoterapeutico. Il concetto di Berne (1971) del *Group Imago* che si sviluppa in stage/stadi/livelli offre una cornice che aiuta l'esperienza e il suo potenziale di guarigione.

Verifica di gruppo. L'ultima attività terapeuticamente rilevante della giornata (ore 19:00-19:30) è la verifica serale, ispirata a padre Mario dall'*esame di coscienza* gesuitico e dalla *correzione fraternae* che affonda le sue radici ben oltre la tradizione cristiana nelle pratiche filosofiche greco-romane. Sin dalle origini dell'Emmanuel, alla verifica è attribuita una funzione cruciale del percorso terapeutico in quanto momento per "*fare verità*" su sé stessi. Ciascuno ripercorre mentalmente la propria giornata sia per riconoscere gli stati d'animo che i diversi avvenimenti hanno suscitato in lui, sia per valutare i propri pensieri e comportamenti ed il modo di rispondere alle situazioni e rapportarsi con gli altri. Questo al fine di conservare e sostenere quanto c'è stato di buono e costruttivo, oppure di modificare e migliorare quanto è stato negativo e disfunzionale. Questo momento di *auto-osservazione* è integrato dall'*etero-osservazione* o "*confrontazione*" da parte del gruppo dei pari e dell'operatore, i quali tentano di comunicare in modo fraterno e non giudicante quei comportamenti che dal loro punto di vista possono apparire inappropriati e che l'individuo da sé stesso non ha avvertito. Riconosciuta qualche specifica difficoltà o mancanza, ognuno autonomamente fa un "*ripropimento*", prendendosi l'impegno di fare

nel giorno seguente qualche gesto concreto col quale crescere, migliorare e riparare responsabilmente ai propri errori. Quest'ultima attività si riallaccia così alla prima del giorno successivo, la *Parola d'Assoluto*, completando un dinamica psico-educativa elicoidale ed incrementale: (A) pensiero-*pianificazione* (B) azione-*esperienza* (C) retrospezione-*verifica*, p (A₂) pianificazione migliorata (B₂) esperienza migliorata (C₂) verifica migliorata, p (A₃) (B₃) (C₃), p ecc...

Anche in questo caso, l'educatore nota come una pratica di matrice intrinsecamente spirituale-religiosa contenga elementi affini a strumenti terapeutici sviluppati entro paradigmi culturali indipendenti, quali la scuola Psicoterapeutica Cognitivo-Comportamentale che fa largo uso del *diario di auto-monitoraggio* e degli *interventi prescrittivi*. Più specificamente nel campo delle dipendenze patologiche, l'educatore ha riconosciuto nella tecnica della *"gestione delle ricompense"* del Counseling Motivazionale quello strumento educativo, conforme alle linee d'indirizzo del D.P.A., che risulta nella pratica pressoché identico al *"riproponimento"* tradizionalmente proposto dalla Comunità Emmanuel. In tutto questo dinamismo quotidiano si può osservare infine un'equilibrata alternanza tra attività sia fisiche che mentali, sia impegnative che ricreative, sia individuali che comunitarie.

L'integrazione della spiritualità al trattamento riabilitativo appare tuttavia evidentemente assai problematica, per molteplici rilevanti ragioni. In questo contesto tuttavia ci sembra appropriato limitarci ad esprimere brevemente quella prospettiva terapeutico-pragmatica fondamentale che ha permesso una feconda e serena integrazione degli approcci. In tale prospettiva l'obiettivo unico è la cura integrale della persona, tale obiettivo funge da principio ermeneutico ed attraverso questa "gestalt" ogni cosa viene reinterpretata in base alle sue peculiari potenzialità patogene o curative. La spiritualità e la religione non fanno eccezione e, come per tutti gli altri approcci, vengono utilizzate nelle circostanze, nelle misure e nei modi che risultano funzionali al benessere globale della persona. Il criterio dell'efficacia terapeutica, mentre spoglia la spiritualità di carica ideologica, ha l'effetto paradossale di sdoganarla dalle tradizionali

preclusioni e d'altra parte previene rigidità e chiusure dottrinali negli approcci psicoterapeutici o socio-educativi. In definitiva quel che emerge è che i diversi approcci si integrano, non tanto perché si sia dimostrata di principio la loro compatibilità, ma perché si sia programmaticamente scelto d'applicarli in modo che di fatto risultassero coerentemente convergenti nella cura delle diverse dimensioni ed esigenze della persona. Per far questo gli interventi dei diversi approcci vengono dosati tanto quanto serve, in modo tale da adattare il trattamento ai diversi pazienti, più che chiedere ai pazienti d'adattarsi ad uno stesso trattamento. In questo senso ci pare che il mito del Letto di Procuste sia una eccellente metafora pedagogico-terapeutica per mostrare le conseguenze potenzialmente drammatiche nel voler trattare tutte le persone con lo stesso "metro", per farle giungere tutte ad una stessa "misura".

BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv. (1959), *Alcolisti Anonimi*, New York, Alcoholics Anonymous World Service
- Berne, E. (1971). *Analisi transazionale e psicoterapia*, Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini
- Casto, O., Graco, A. (2010). *Vita con vita. La Comunità Emmanuel a trent'anni dalla fondazione*, Lecce, EMMANUEL edizioni
- Corlito, G. (1988). *L'approccio psico-metrico-sociale integrato all'alcolista e alla sua famiglia*, in R. Martorella, D. Vanni (a cura di), *La cura dell'alcolismo: la dimensione di un problema, Atti della prima giornata alcolologica della Val-Tiberina*, Anghiera
- Miller, W. R. (2003). *Spirituality, treatment and recovery*, in Galanter M. (Ed), *Recent Development in Alcoholism*, Vol. 16, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 391-404
- Pierlorenzi, C., Senci, A. (1994). *L'alcolismo. Prospettive di ricerca ed intervento*, Roma, La Nuova Italia Scientifica
- Pontico, E., (2005). *Contro i pensieri malvagi*. Comunità di Bose, Edizione Qiqajon. Si tratta della traduzione italiana di Antirrhethikos.
- Serpelloni, G. (2010). *Cocaina e minori*, Verona, s.e.
- Tognetti Bordogna, M. (2005). *Promuovere i gruppi di self-help* Ed. Franco Angeli

QUALE SUPERVISIONE?

L'OSSERVAZIONE DI UN GRUPPO DI TRAINING IN FASE DI SUPERVISIONE INDIRETTA DELLA SCUOLA CHANGE

Antonio Calamo-Specchia

Psicologo e psicoterapeuta, Consigliere
Ordine degli Psicologi della Regione
Puglia, Allievo Didatta Scuola Change

RIASSUNTO

La presente indagine prende in esame il lavoro della supervisione così come viene condotta nella fase conclusiva del training formativo per psicoterapeuti, all'interno della Scuola Change, sede di Bari del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. L'Autore, nel ruolo di allievo didatta, ha osservato il lavoro di supervisione indiretta all'interno di un gruppo di training prossimo al termine del proprio ciclo formativo, rintracciando all'interno del processo formativo e clinico della supervisione alcuni elementi fondamentali: elementi teorici, elementi tecnici, aspetti processuali, elementi di contesto, elementi personali, processo formativo.

PAROLE CHIAVE

Supervisione, Formazione, Psicoterapia

PREMESSA

Il contributo che segue nasce dalla mia esperienza di formazione come allievo didatta, nel contesto della Scuola di psicoterapia familiare relazionale sistemica Change di Bari.

La prospettiva di un terapeuta impegnato nel percorso formativo da didatta è privilegiata: all'interno di questo percorso lungo e articolato, è possibile infatti osservare il sistema formativo nel suo complesso, dalla clinica agli elementi di crescita personale e professionale degli allievi, agli aspetti didattico-formativi che il didatta/supervisore muove nella relazione con i gruppi di training.

La riflessione che qui propongo si concentra su di un gruppo nella fase della cosiddetta "supervisione indiretta" del training, con cui ho lavorato nella veste di allievo didatta nell'ultimo anno. La supervisione indiretta, nel modello formativo del Centro Studi di Terapia

Familiare e Relazionale, rappresenta l'ultimo tratto del percorso ed è la più prossima alla supervisione che anche i terapeuti già formati utilizzano per ottenere un confronto sul lavoro clinico condotto. Riguardando allievi ormai prossimi a diventare terapeuti è pertanto un momento cruciale, in cui si possono incontrare i terapeuti "un attimo prima" di divenire a tutti gli effetti tali, responsabili unici delle loro terapie.

LA SUPERVISIONE NELLA FASE CONCLUSIVA DEL TRAINING: I PRIMI PASSI

La fase di supervisione indiretta rappresenta un passaggio propedeutico all'"uscita" dalla Scuola, nel senso che essa richiede agli allievi, per poterla affrontare, di sperimentarsi in autonomia (spesso per la prima volta) nella pratica clinica. È un passaggio cruciale, in cui – al pari di questi primi tentativi di condurre il lavoro terapeutico – viene dedicata una particolare attenzione all'allievo ed allo sviluppo del suo processo formativo.

Come affermano Brunì, Vinci e Vittori (2010): "La supervisione indiretta si svolge in un tempo in cui si appartiene ancora fortemente alla scuola e ai suoi ritmi e riti, ma contemporaneamente si avverte forte lo stimolo all'individuazione, con l'avvio (o l'espansione) della propria attività clinica. Terminata quindi la fase della clinica guidata in tempo reale punto per punto, si approda a una modalità fondata sulla capacità di raccogliere e raccontare informazioni, suggestioni e valutazioni sulla famiglia incontrata, sui vissuti e i movimenti terapeutici sperimentati, sui contesti in cui l'incontro si è realizzato". Tale modalità rappresenta una sorta di "grammatica" condivisa, su cui si baseranno gli apprendimenti successivi, e che costituisce il particolarissimo humus dentro cui la supervisione avviene. L'allievo - dopo aver condotto il lavoro del genogramma ed aver riflettuto in maniera profonda su di sé e sulla propria storia relazionale e dopo essersi sperimentato nella conduzione delle sedute nella fase di supervisione diretta - trasferisce queste conoscenze ed apprendimenti nel contesto del suo studio privato o dei Servizi ove svolge la sua attività, elaborando ed adattando i concetti appresi e gli apprendimenti frutto delle esperienze dirette o indirette compiute, in un "cocktail" del tutto nuovo

ed originale, offerto, ora con timore, ora con maggiore fiducia, al supervisore ed al gruppo di training. Il cocktail che l'allievo porta in supervisione non è altro che una forma iniziale di psicoterapia, in cui si rintracciano tutti gli elementi tipici del processo terapeutico, con gradienti e dosaggi differenti, che contribuiscono a creare un prodotto che può risultare di volta in volta indigesto, poco equilibrato, soltanto bevibile, gustoso, mescolato con sapienza, raffinato.

L'OGGETTO DELLA SUPERVISIONE

L'oggetto della supervisione, dunque, è rappresentato da questa forma rudimentale di terapia, che sarà portata alla discussione. La supervisione verterà su molteplici aspetti, fra i quali è possibile rintracciarne almeno sei fondamentali:

1. elementi teorici
2. elementi tecnici
3. aspetti processuali
4. elementi di contesto
5. elementi personali
6. processo formativo

Ciascun allievo terapeuta si sperimenta – più o meno consapevolmente, in funzione del livello di maturazione raggiunto – nella creazione di un cocktail che risulti il più possibile omogeneo ma soprattutto (quel che più conta) adatto per quella particolare "danza" (Minuchin, 1976) che è rappresentata dalla psicoterapia portata in supervisione.

Elementi teorici

Gli elementi teorici che interessano la supervisione sono tutti quegli aspetti della teoria della psicoterapia sistemica e relazionale che possono essere utili in una particolare situazione clinica oggetto della supervisione. Il confronto con il supervisore può essere utile all'allievo per ottenere un inquadramento generale, dal punto di vista teorico, del caso trattato. Al tempo stesso, la discussione verterà anche su quali aspetti teorici l'allievo terapeuta ha avuto nella sua mente come riferimento e perché.

Sovente, all'interno della supervisione, una volta giunti ad una formulazione del caso chiara o quantomeno ad una prima ipotesi di diagnosi sistemica,

si condivide una bibliografia di riferimento. Essa rappresenta una traccia, contenente il lavoro che altri terapeuti hanno condotto su situazioni affini e rispetto al quale gli allievi possono trarre riferimenti e spunti per il proprio lavoro, rintracciare risonanze anche personali ed ottenere un'idea "compiuta" di un processo terapeutico similare a quello in cui sono coinvolti, ma mai del tutto uguale.

Elementi tecnici

Oggetto della supervisione sono anche gli elementi tecnici, ovvero tutti quegli interventi, domande, decisioni, scelte, passaggi, strumenti utilizzati all'interno della terapia utili per indagare un particolare aspetto, che il terapeuta in quel momento ritiene necessario approfondire.

Si tratta di un aspetto molto interessante, poiché è il frutto diretto dell'interazione relazionale "dal vivo" fra terapeuta e paziente. Ciascun terapeuta, infatti, utilizza tali elementi sulla base del proprio convincimento, ovvero l'idea che – mentre il processo terapeutico si sviluppa – egli si sta costruendo di quella situazione, la rappresentazione che egli ha del paziente, di se stesso e della relazione con il paziente (incluse le emozioni del terapeuta e quelle percepite del paziente). La supervisione, quando tocca questi elementi, consente un

avvicinamento maggiore ad aspetti più profondi della persona del terapeuta e del suo funzionamento relazionale in quella data situazione: quali domande ha posto, a chi e perché? Che idea si va costruendo di quella persona e del disagio che presenta? Perché, da dove nasce questa sua ipotesi? È corroborata dagli elementi concreti emersi durante il colloquio, o ha a che fare con delle istanze personali del terapeuta, che ne orientano in qualche modo la lettura? Il terapeuta ne è consapevole? Se sì, questa consapevolezza ha modificato in qualche modo il suo approccio a quella situazione? Se no, come mai? Ci sono aspetti critici personali che questa situazione clinica riattiva? È necessario per il terapeuta operare una ulteriore riflessione su di essi? Generalmente il terapeuta cerca di "preparare" gli aspetti tecnici, magari inquadrando precocemente la situazione clinica ed ipotizzando un andamento del processo terapeutico che comprenda l'utilizzo, in un particolare momento, di alcune particolari tecniche, quali, fra le più comuni: un'analisi della storia relazionale del paziente sul modello del genogramma, nelle prime sedute di una terapia individuale; un'intervista circolare sistemica (Selvini Palazzoli, 1980) per indagare la rappresentazione del problema in una prima seduta familiare o l'utilizzo delle sculture così come formulate da Onnis (1990); l'efficace formulazione



delle sculture o il ricorso al blasone familiare di Caillè e Rey (2005) in una terapia di coppia, ecc.

Sebbene lavorare sulle ipotesi, così come immaginare un possibile andamento del percorso terapeutico, sia un valido esercizio, per gli allievi impegnati nel lavoro di supervisione indiretta esso nasconde il rischio di individuare precocemente una idea di sviluppo del lavoro terapeutico ed il conseguente (rassicurante) tentativo di “applicarla” in maniera critica ed esageratamente “esecutiva” nella situazione che si sta seguendo, guardando allo “schema” che si immagina valido, e non più alla relazione in cui si è immersi.

Affermano Cambiaso e Mazza (2018): “A partire dalla prima presa in carico del paziente noi costruiamo ipotesi provvisorie basate sulle scarse informazioni preliminari (semplici dati comunicati al telefono, che ci inquadrano, in genere, quantomeno la fase del ciclo di vita di cui ci andremo a occupare) e ne tastiamo la coerenza con quanto emerge dal primo colloquio: verificiamo (o falsifichiamo) durante i primi contatti con il paziente, ritiamo l'ipotesi e proseguiamo confrontando, in un movimento di andirivieni, ipotesi e informazioni: le prime selezionano le domande e le seconde modificano o rinforzano le ipotesi”.

Lavorare in supervisione sugli elementi tecnici consente di rodare questo meccanismo e di guidare gli allievi terapeuti verso una maggiore acquisizione di libertà all'interno della seduta, che consenta, sì, di avere in mente delle ipotesi, ma al contempo di “lasciarle sulla soglia della porta”, per usare un'espressione cara a Mara Selvini Palazzoli, per vivere l'incontro relazionale in modo autentico ed operare delle scelte terapeutiche sulla base dell'idea che si va costruendo, in considerazione tanto di quelle ipotesi, quanto degli accadimenti in stanza di terapia, che possono essere del tutto diversi da quelli immaginati in precedenza.

Al tempo stesso, particolare attenzione in supervisione viene dato ai formati della psicoterapia. La convocazione e la scelta del “con chi lavorare”, fra gli elementi tecnici rappresenta probabilmente il più importante, perché in grado di orientare in modo significativo il lavoro terapeutico e perché portatrice di un significato intrinseco circa l'oggetto del problema secondo il terapeuta.

Aspetti processuali

Con elementi di processo ci riferiamo a tutti quegli aspetti della riflessione sul lavoro che l'allievo terapeuta porta in supervisione, che gli consentano di osservare la situazione clinica lungo un continuum temporale ampio, abbracciando cioè l'intero processo terapeutico e non i singoli segmenti legati al gruppo di sedute portate in supervisione.

Approdare a questa dimensione d'insieme è un compito che risulta talvolta difficile per il terapeuta inesperto, che tende a concentrare i propri sforzi sulle singole fasi del lavoro, slegando la propria attenzione da quello che c'è stato prima (come siamo arrivati alla fase attuale) e da quello che sarà dopo (cosa comporterà un certo sviluppo, o uno differente, del momento attuale). L'oggetto della supervisione che tocca gli aspetti processuali è rappresentato proprio dal tentativo di connettere fra loro i vari elementi del caso clinico, per dare corpo ad un'idea generale di cosa potrebbe accadere in una data situazione clinica. Una volta portata a termine una determinata fase di lavoro con il paziente, come è più probabile che si sentirà? Cosa sarebbe più utile fare in quel caso? Cosa avviene, generalmente, in situazioni analoghe?

Elementi di teoria e tecnici si fondono in questo sguardo che – se affinato – consente all'allievo terapeuta di iniziare a costruire l'unica mappa possibile (ed utile ben più degli schemi), quella della consapevolezza delle proprie scelte in stanza di terapia.

In supervisione si cerca di mettere in guardia gli allievi dalla tentazione di giudicare il proprio operato secondo le categorie assolute giusto/sbagliato; prima ancora, è infatti importante che l'allievo terapeuta impari a riflettere sul senso delle sue scelte, su cosa le ha motivate e perché, dunque è fondamentale che affini la propria capacità di argomentare. Questa formulazione pone l'accento proprio sulla consapevolezza degli elementi processuali, intesi come la capacità da parte del terapeuta di cogliere il significato del suo muoversi dentro la terapia e – man mano che affina tale capacità – riuscire ad essere parte attiva in questa azione. Il movimento che ne conseguirà potrà avere un esito o un altro, ma sarà anch'esso un utile oggetto di

lavoro per la terapia, se è stato figlio di un'idea di cui il terapeuta è consapevole. Quella idea (e quella fase della terapia che conseguentemente si è prodotta) sarà poi oggetto della supervisione e potrà essere cambiata, revisionata, meglio adattata alla situazione, ri-orientata in base agli aspetti che, all'interno della supervisione, si identificano quali possibili responsabili dell'esito inatteso di quel passaggio terapeutico.

Elementi di contesto

Numerosi studi sono stati prodotti sul setting della psicoterapia. I casi che ascoltiamo in supervisione provengono dai contesti più disparati e soltanto per una minima parte si inseriscono nella tradizionale cornice dello studio privato. La supervisione con gli allievi terapeuti tocca gli aspetti contestuali innanzitutto relativamente all'analisi del setting: in quale contesto i giovani terapeuti ricevono i loro pazienti? È un contesto privato o pubblico? È un luogo proprio o utilizzato in condivisione con qualcuno? È utilizzato soltanto da colleghi o da altre figure professionali? Come è arredato? Che idea può farsi la persona che giunge in consultazione del "cosa faremo qui", osservando il luogo in cui si trova?

Una ulteriore riflessione viene stimolata poi sull'invio e sulla figura dell'inviante, su quale tipo di idea del lavoro terapeutico sia sottesa a quel particolare invio, in quel particolare contesto.

Ricevere una famiglia con un suo componente X in difficoltà, inviata da un medico di base molto sensibile ed attento alle dinamiche familiari, che consiglia "una riflessione da fare insieme ad un esperto per capire come potete stare meglio e come potete aiutare X" è ben diverso dal ricevere, nel contesto del Tirocinio formativo che l'allievo svolge, ipotizziamo, in una struttura come la Neuropsichiatria infantile, una famiglia che porta il proprio bambino problematico "in visita specialistica" e che sarà sottoposto innanzitutto ad una batteria di test e poi a colloquio clinico.

Da Cirillo (1990) a Gabbard (1999), passando dal lavoro di Cirillo, Selvini e Sorrentino (2002) a quello di Mazza (2016), gli elementi del setting investono il processo della nascita della relazione ed hanno il

potere di determinarne la forma e, talvolta, il contenuto. In supervisione indiretta, la riflessione su questi aspetti ha la funzione di superare tale rischio, attraverso il lavoro di ridefinizione del sintomo e della relazione di aiuto per costruire una comune visione del problema e un'alleanza utile a cercarne la soluzione.

Elementi personali

Nello svolgimento del lavoro di supervisione (e mentre ci si sofferma su elementi teorici e tecnici, aspetti processuali e di contesto) il supervisore considera lo sfondo su cui tale costruzione poggia: la persona del terapeuta in formazione.

"È noto, fin dai primi studi di Freud, che il paziente attiva nell'incontro con il terapeuta quell'insieme di emozioni e di fantasia che è stato sintetizzato con il concetto di transfert. È altrettanto noto, inoltre, come quest'ultimo inneschi nel terapeuta, in analogia con la legge fisica che definisce il meccanismo di azione-reazione, un similare insieme di vissuti ed emozioni: il controtransfert" (Cambiaso e Mazza, 2018). Ogni elemento della terapia, così come ogni elemento della supervisione, chiama in causa gli aspetti personali del terapeuta mossi da quell'incontro di vita che avviene fra lui ed il paziente in terapia. Una delle domande più importanti, nel lavoro di supervisione, è la seguente: come stai, in stanza di terapia, con questa persona/coppia/ famiglia?

Il terapeuta sperimenta sin dalle prime battute dell'incontro terapeutico tutta una gamma di emozioni, che a loro volta sono profondamente connesse con la sua storia personale, in un gioco di continue sponde e rimandi dal "qui e ora" dell'incontro terapeutico, ad un passato in cui si è sperimentata una relazione che, per qualche ragione, l'incontro di oggi richiama alla mente. Analizzare il proprio controtransfert è uno degli elementi più importanti della supervisione e consente al terapeuta di comprendere quanto ci sia di "proprio" nella difficoltà che sta sperimentando. Tale lavoro consente inoltre al supervisore di saggiare l'andamento del percorso formativo e trasformativo del "cambiare pelle" (Romanello et al, 2018) che l'allievo terapeuta sta compiendo, guidandolo verso un possibile

passaggio di lavoro in una terapia personale privata, che può risultare talvolta necessario quando, nel corso del percorso formativo, l'allievo incontra elementi personali troppo difficili e profondi per poter essere trattati nel gruppo di training.

Al tempo stesso, riflettere sulle risonanze è un utile esercizio nella conduzione del percorso di psicoterapia ed è anche in questo esercizio che gli allievi terapeuti si allenano nel corso della supervisione. Scrivono ancora Cambiaso e Mazza (2018): "Per meglio comprendere la natura delle specifiche lenti che indossa il paziente, ovviamente anche in terapia, con le relative distorsioni tipiche che ne conseguono, e permettere al terapeuta di esserne consapevole e controllarle, diventa quindi fondamentale formulare delle ipotesi diagnostiche, intese non come un'etichetta nosografica, ma come una valutazione delle prevalenti strategie relazionali e della loro genesi. In questo senso, il controtransfert rappresenta un mezzo diagnostico/conoscitivo di primaria importanza e del tutto unico".

Processo formativo

Abbiamo definito il materiale portato in supervisione indiretta come un cocktail, i cui ingredienti abbiamo osservato nel dettaglio più da vicino. La risultante di questo lavoro di osservazione e dosaggio dei vari ingredienti, fatta in condivisione all'interno del gruppo di training, ma che vede come attori protagonisti il supervisore e l'allievo-terapeuta che porta il caso in discussione, fornisce in definitiva al supervisore un'idea dello sviluppo del processo formativo che sta compiendo quell'allievo.

Anche questo aspetto è da tenere in considerazione, nel corso delle supervisioni, che non rappresentano – com'è ovvio – una interazione didattica sempre uguale a se stessa. In considerazione del livello di maturazione dell'allievo, il supervisore può incoraggiarlo o richiamarlo alla prudenza su ogni singolo elemento fra quelli trattati in riferimento alla teoria, alla tecnica, al processo, al contesto ed alla persona del terapeuta.

Valutare il livello di maturazione del terapeuta è una responsabilità del supervisore, che guida l'allievo sostenendolo nella sua crescita professionale,

garantendo al tempo stesso un intervento terapeutico (della cui responsabilità, professionale e giuridica, egli è titolare) che sia efficace ed utile per le persone con cui quel terapeuta in formazione sta lavorando.

BIBLIOGRAFIA

- Bruni, F., Vinci, G., Vitttori, M.L. (2010). Lo sguardo riflesso. Psicoterapia e formazione. Armando editore, Roma.
- Cambiaso, G., Mazza, R. (2018). Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Caillè, P., Rey Y. (2005). Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando Editore, Roma.
- Cancrini L., Vinci, G. (2013). Conversazioni sulla psicoterapia. Alpes Italia, Roma.
- Cirillo, S. (1990) Il cambiamento nei sistemi non terapeutici. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (2002). La terapia familiare nei servizi psichiatrici. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gabbard, G.O., Lester, E.P. (1999). Violazioni del setting. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mazza, R. (2016). Terapie imperfette. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Minuchin, S. (1976). Famiglie e terapia della famiglia. Astrolabio, Roma.
- Onnis, L., Di Gennaro, A., Cespa, G., De Agostini, B., Chouhy, A., Dentale, R.C., Quinzi, P. (1990). Le sculture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche. Ecologia della mente, anno V, n. 10.
- Romanello, A., Calamo Specchia, A., Romanello, I., Vinci, F., Zagaria, D.T. (2018). Cambiare pelle. Diventare terapeuta attraverso i processi formativi della scuola Change sede del Centro Studi di terapia Familiare e Relazionale di Roma. Alpes Italia, Roma.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Ipotizzazione-circularità-neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. Terapia familiare 1980; 7: 54-66.



BULLISMO E CYBERBULLISMO

PROGETTO DI PREVENZIONE AL FENOMENO DEL
BULLISMO E DEL CYBERBULLISMO NELLE CLASSI
PRIME DELLE SCUOLE MEDIE “C. GALIANI”
E “G. PASCOLI” DI SAN GIOVANNI ROTONDO

Basilio Fiorentino

Psicologo psicoterapeuta ad orientamento analitico. Dirigente psicologo presso il consultorio familiare di San Giovanni Rotondo (Foggia)

Adelaide Clara Capuano

Psicologa clinica e della salute

Angela Cascavilla

Assistente sociale del consultorio familiare di San Giovanni Rotondo

RIASSUNTO

Per il secondo anno consecutivo si è proposto nelle scuole medie di San Giovanni Rotondo la partecipazione al Progetto al fine di prevenire e contrastare gli episodi di bullismo e cyberbullismo negli adolescenti. Mentre l'anno successivo il progetto "pilota" è stato condotto nelle classi terze di un solo istituto, quest'anno lo stesso si è svolto in due istituti, dunque con un maggior numero di partecipanti, e nelle classi prime. Si è scelto di ricominciare il progetto nelle classi prime al fine di condurlo con una maggiore continuità e per anticipare, sebbene di pochi anni, la prevenzione dei fenomeni in oggetto. Inoltre, l'aver effettuato gli incontri in due istituti ha permesso di poter confrontare i dati tra gli stessi e di individuare, qualora ci fosse, la omogeneità o la disomogeneità dei fenomeni in due zone differenti della cittadina.

PAROLE CHIAVE

Bullismo, Cyberbullismo, Internet, Scuola, Violenza, Adolescenza.

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 su un altro con l'intenzione di nuocere, con l'uso della forza fisica o della prevaricazione psicologica. Il "cyberbullismo" è una delle forme che può assumere il bullismo e la sua evoluzione è legata all'avanzamento dei nuovi media, avviene cioè perpetrato attraverso i moderni mezzi di comunicazione. 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 i cellulari e i personal computer come mezzo per molestare intenzionalmente altre persone (Willard, 2003). L'utilizzo crescente di internet e di telefoni cellulari rappresentano per le nuove generazioni nuovi mezzi per comunicare e mantenersi in contatto. Quella attuale è la prima generazione cresciuta in una società nella quale internet è parte integrante della vita quotidiana. 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. Smith (2008) lo



definisce come: “un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o un gruppo di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima”. Questa definizione è simile a quella del bullismo tradizionale ma, in più, implica l’uso delle nuove tecnologie della comunicazione.

Il cyberbullismo, a differenza del bullismo tradizionale in cui il bullo si confronta faccia a faccia con la vittima, rinforza il danno alla cybervittima a causa della natura virtuale del cyberspazio; in esso, 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 del cyberbullismo a scuola, un elemento chiave è il riconoscimento che gli sforzi di prevenzione e di intervento dovrebbero scaturire dall’azione congiunta di scuole, famiglie e della comunità in generale. Il personale scolastico è chiamato ad assumere un ruolo guida nell’affrontare le ragioni per cui gli adolescenti diventano cyberbulli, come i cyberbulli possono essere puniti, insegnare agli adolescenti a non stare a guardare o permettere che il bullismo (in qualsiasi forma) sia tollerabile e insegnare loro a non ignorare il dolore



che il cyberbullismo causa agli altri (*Strom & Strom, 2005; Willard, 2005*). La prevenzione dovrebbe essere diretta ad aiutare i giovani a sviluppare atteggiamenti e comportamenti pro-sociali in modo che possano costruire e mantenere relazioni sane sia dentro sia fuori le mura scolastiche (*Olweus, 1992, 1993, 1994; Pepler & Craig, 2000*). Benché il cyberbullismo si caratterizzi per l'anonimato del bullo in un ambiente virtuale, le sue conseguenze influenzano l'apprendimento nell'ambito scolastico. Per questa ragione il personale scolastico ha la responsabilità di intervenire su temi legati al cyberbullismo 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*).

È importante, dunque, per le scuole promuovere un ambiente scolastico in cui tutti gli studenti si sentano compresi e in cui le denunce di cyberbullismo siano affrontate attraverso gli strumenti educativi e comunicativi, piuttosto che di repressione (*Shariff, 2005*).

MATERIALE E METODO

A partire da queste considerazioni l'equipe psicologica del Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo coadiuvata da una Psicologa collaboratrice esterna propone un percorso di orientamento, conoscenza e sviluppo delle tematiche relative al cyberbullismo, rivolto ad 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 coinvolto le classi prime della scuola media "Giovanni Pascoli" (IA, IB, IC, ID, IE) e della scuola "Celestino Galiani" (IA, IB, IC) di San Giovanni Rotondo. Il campione dello studio è composto da 164 alunni presenti a

tutti e tre gli incontri (2 teorici e uno dedicato alla somministrazione dei test). Si propone di utilizzare, durante gli incontri della durata di 60 minuti ognuno, la metodologia dell'ascolto attivo che coinvolga psicologi ed assistente sociale.

FASE 1: si organizzeranno dei focus group in cui saranno analizzati i pro e i contro della rete e dei social network, ed una volta chiariti i punti critici, si passerà a proporre delle attività preposte alla prevenzione del fenomeno del cyber bullismo e sarà preparato del materiale informativo su tale tematica.

FASE 2: Verranno proposte e organizzate diverse attività, anche rispetto ai punti salienti emersi nella fase precedente.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali del progetto si basano su:

- Conoscere il fenomeno del bullismo e del cyber bullismo;
- Contrastare ogni forma di bullismo e cyberbullismo;
- Formulare nuove proposte di intervento mirati al fine di prevenire tale fenomeno;
- Osservare le 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

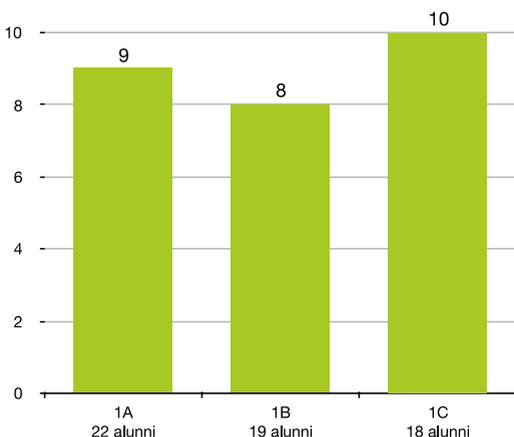
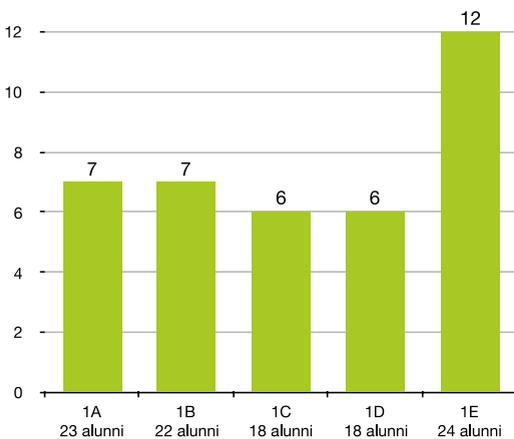
La valutazione di tali obiettivi sarà effettuata attraverso i questionari "La mia vita a scuola" di *S. Sharp e P.K. Smith* al fine di rilevare l'indice degli episodi di bullismo (IEB) nelle classi prime e la versione modificata del questionario Selfreport di *Smith et al.* (2006) per valutare il bullismo elettronico.

RISULTATI

Per il test "La mia vita a scuola" di *S. Sharp e P.K.*

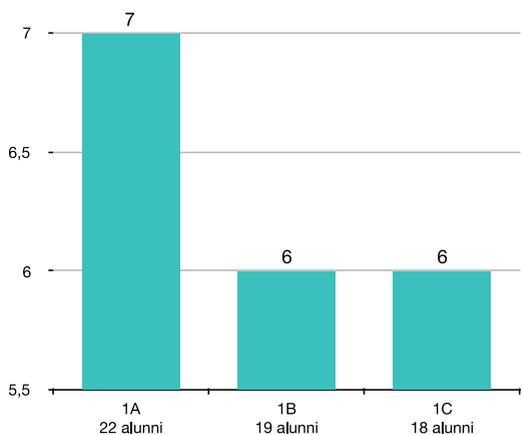
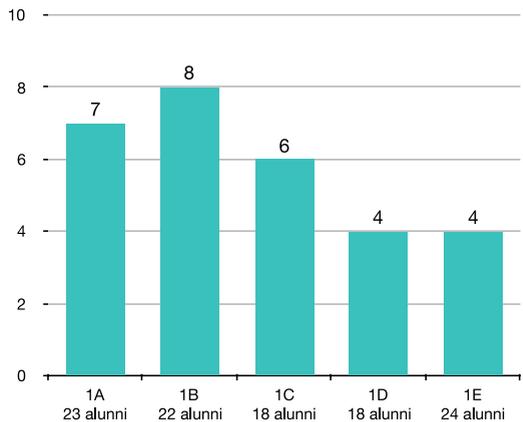
Smith ove l'obiettivo era quello di rilevare il fenomeno del bullismo nelle classi prime, il test è composto da 39 item che fanno riferimento alle situazioni abbastanza frequenti nella vita scolastica, prendendo in considerazione gli ultimi periodi scolastici con risposta MAI, UNA VOLTA, PIU' DI UNA 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 maggiormente radicati. Calcolando la somma delle risposte, si ricava la frequenza dei comportamenti desiderati, in particolare modo del comportamento pro sociale.

LA MIA VITA A SCUOLA DI SHARP E SMITH INDICE DI PROSOCIALITÀ



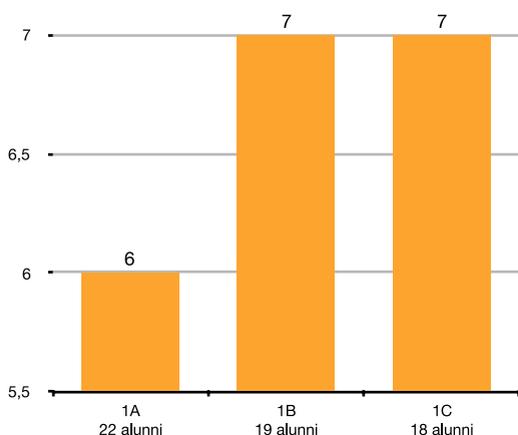
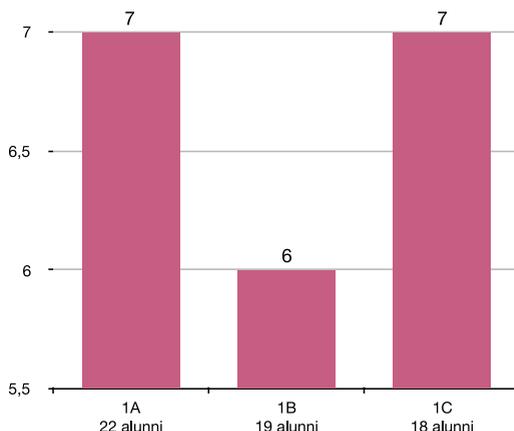
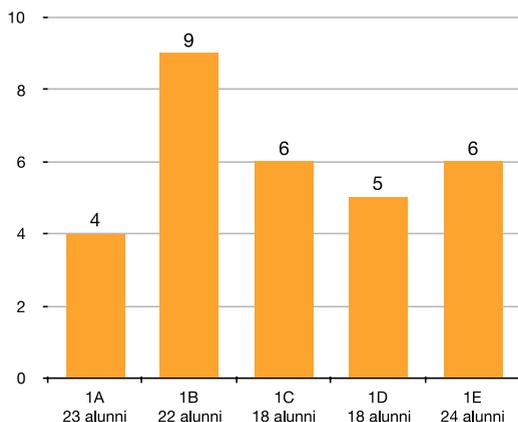
EPISODIO DI BULLISMO FISICO

- 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.



EPISODI 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.



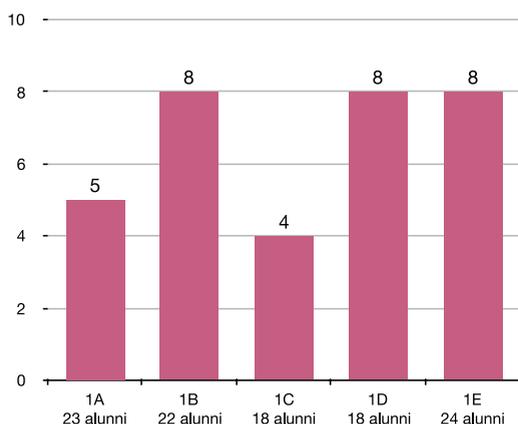
Pertanto calcolando la percentuale di ogni singola scala esaminata, si può dimostrare che nelle classi prime della scuola media C. Galiani, si riscontrano i seguenti valori:

- 36,2% INDICE DI PROSOCIALITÀ;
- 27,6% DI BULLISMO FISICO;
- 28,6% DI BULLISMO INDIRETTO;
- 31,4% DI BULLISMO VERBALE.

Di rimando, invece, nelle classi prime della scuola media G. Pascoli si hanno i seguenti valori:

- 45,8% INDICE DI PROSOCIALITÀ;
- 32,2% DI BULLISMO FISICO;
- 33,9% DI BULLISMO INDIRETTO;
- 33,9% DI BULLISMO VERBALE.

INDICE DI BULLISMO VERBALE



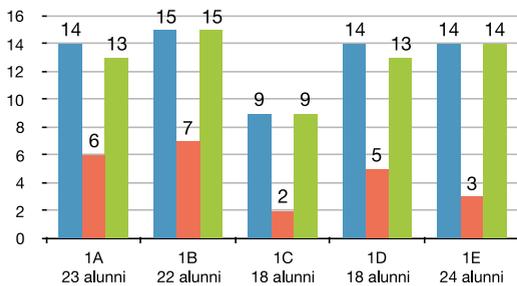
QUESTIONARIO SELF-REPORT DI SMITH ET AL. (2006)

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.

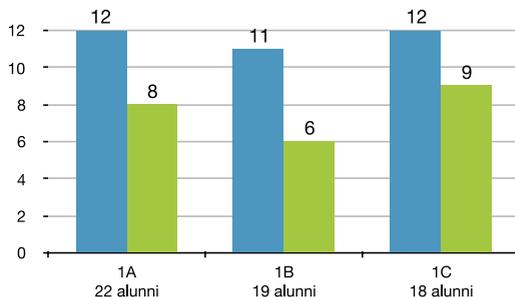
Dallo scoring del questionario self report di Smith sono emersi i seguenti dati:

Che tipo di esperienza hai avuto?



■ Cyberbullismo ■ Brutti messaggi ■ Scherzi telefonici

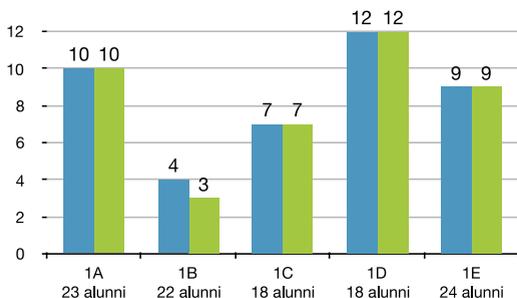
A che tipo di comportamento hai preso parte?



■ Cyberbullismo ■ Scherzi telefonici

- Nell'Istituto Galiani si ha il 62,3% di cyberbullismo;
- Nell'Istituto Pascoli si ha il 66% di cyberbullismo.

A che tipo di comportamento hai preso parte?

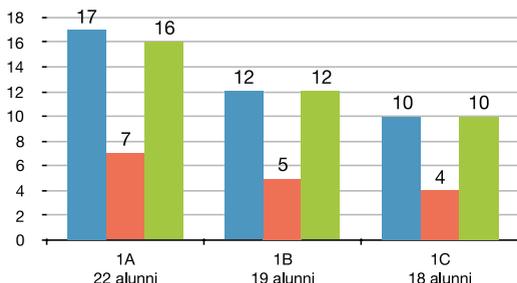


■ Cyberbullismo ■ Scherzi telefonici

CONCLUSIONI

Dagli incontri sono emerse svariate definizioni di bullismo. Le definizioni date dai partecipanti sono da ritenere tutte corrette se si tiene in considerazione l'età degli stessi, la scarsa informazione e prevenzione avvenuta sui fenomeni in oggetto durante la scuola elementare. Ciò nonostante queste definizioni risultano essere incomplete. Infatti, così come per i partecipanti al progetto dello scorso anno (che frequentavano le classi terze) manca il concetto di continuità e ripetizione dell'atto nocivo nel tempo. Quello che resta invariato tra i due gruppi partecipanti è la concezione del bullo come individuo forte che prevarica sul più debole e che spesso si avvale della collaborazione di altri ragazzi pressoché della stessa età o più piccoli. Nel corso degli incontri sono state suggerite, inoltre, diverse strategie di risoluzione. 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 e il più forte sempre singolo o in gruppo, che consente di raggiungere l'equilibrio che permette di soppresdere il conflitto. Infatti, ciò che risulta essere assente tra individuo forte e individuo debole è il confronto al quale viene sostituito l'atto nocivo. Per quanto riguarda il cyberbullismo, i partecipanti hanno dimostrato idee meno

Che tipo di esperienza hai avuto?



■ Cyberbullismo ■ Brutti messaggi ■ Scherzi telefonici



chiare rispetto allo scorso anno sebbene siano molto informati sui nuovi mezzi di comunicazione e sulle nuove tecnologie cybernetiche.

Si è riscontrato infatti un elevato utilizzo di apparecchiature tecnologiche e di social spesso senza il controllo dei genitori e, inoltre, è emersa una linea invisibile tra scherzo e reale presa in giro: sembrerebbe che per i partecipanti tutto sia lecito qualora avvenga dietro lo schermo di un pc o di un telefono. Infatti, rispetto allo scorso anno la percentuale di comportamenti di cyberbullismo è più elevata sebbene il dato sia rilevato su partecipanti più giovani. Si evince, dunque, che con il passare degli anni vi possa essere un maggior utilizzo privo di controllo delle tecnologie e dei social e, dunque, alla luce di ciò, sarebbe auspicabile che vi si faccia una imponente azione preventiva e formativa, sia sui ragazzi sia sugli adulti, al fine di ridurre i fenomeni oggetto di studio di tale ricerca.

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 inter-vention pro-*

gram. 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.stopalbullismo.it/bullismo.html.
- Questionario Self-Report Di Smith Et Al. (2006): www.slideplayer.it/Slide/553933.





CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE IL CONTRIBUTO DI “SAFIYA”

Daniela Teresa Zagaria

Psicologa, Psicoterapeuta, operatrice
Centro Antiviolenza “Safiya”

Annamaria Montanaro

Presidente Centro Antiviolenza
“Safiya” Onlus

RIASSUNTO

L'esigenza che spinge le autrici a scrivere nasce dal bisogno di condurre una ricerca - azione sul territorio - usufruendo di una parte dei costanti contributi finanziari previsti per i Cav dalla Regione Puglia - che consta di una valutazione statistica per trovare risposte a riflessioni culturali importanti sul tema della violenza di genere. Riflessioni che sono maturate, tramutandosi in vere e proprie consapevolezze, anno dopo anno nel percorso di crescita

personale e professionale delle autrici stesse che le ha condotte l'una a costituire ella stessa il Centro Antiviolenza “Safiya”, l'altra a lavorarci al suo interno. La realtà emersa pone le autrici di fronte alla presa di coscienza che ancor oggi, la nostra società è impregnata di retaggi culturali tali per cui ogni donna quotidianamente si trova ad affrontare atti di violenza ed, attraverso il continuo lavoro dei Cav con le donne, è possibile restituire libertà alle vittime e costruire una nuova identità.



PAROLE CHIAVE

Regione Puglia, ricerca, azione sul territorio, violenza di genere, Centro Antiviolenza "Safiya", percorso di sostegno, nuova identità.

La violenza contro le donne è una delle più vergognose violazioni dei diritti umani.

Kofi Annan

Tanto più la mano che ci colpisce ci è cara, tanto più sentiamo il colpo.

Madeleine de Puisieux

INTRODUZIONE

La violenza sulle donne è un tema di estrema attualità e di delicata trattazione. Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come «qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporti, o abbia probabilità di comportare, sofferenze o danni fisici, sessuali o mentali per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichi nella sfera pubblica che in quella privata» (art. 1 Declaration on the elimination of violence against women, adottata dall'Assemblea

Generale delle Nazioni Unite, 20 dicembre 1993, New York). Essa, dunque, costituisce un grave problema di sanità pubblica e una violazione dei diritti umani delle donne; è presente in tutti i paesi ed è trasversale a tutte le culture indipendentemente da fattori sociali, economici e culturali. In linea teorica, se ne distinguono diverse forme – fisica, psicologica, sessuale ed economica – ma tale identificazione appare necessaria «se vogliamo valutarne la frequenza e studiarne le caratteristiche e le conseguenze, ma va tenuto presente che queste violenze non rappresentano nella vita reale delle categorie distinte» (Romito, 2005, p. 27).

Un'analisi recente dell'OMS, basata sui dati disponibili per più di 80 paesi, ha evidenziato che in tutto il mondo il 35% delle donne ha subito violenze da parte del partner. I dati Istat a livello nazionale mettono in evidenza che il 13,6% delle donne ha subito violenza nelle sue diverse forme da partner o ex partner in particolare il 5,2% da partner attuale e il 18,9% dall'ex partner. La presente ricerca condotta dal Centro Antiviolenza "Safiya" sul territorio pugliese e, in particolare nella città di Polignano a Mare rilevano una valutazione che rispecchia similmente tale quadro.

IL PROGETTO

L'Associazione "Safiya" Onlus per il progetto finanziato con i fondi **L.R 29/2014 "Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne"** DPCM 25 novembre 2016 "Ripartizione delle risorse del «Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità» 2015-2016, di cui all'articolo 5-bis, comma 2, del decreto-legge n. 93 del 2013" ha realizzato una ricerca su base statistica al fine di comprendere quale fosse la percezione della violenza sul territorio su cui agisce il Centro Antiviolenza; analisi che dopo 15 anni di attività si rendeva necessaria per comprendere quali fossero i risultati politici e culturali raggiunti.

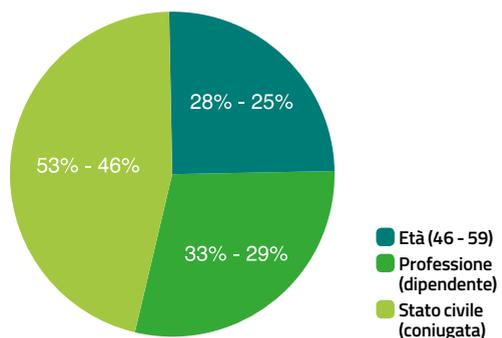
La presenza del Centro Antiviolenza e

dell'Associazione, come ente di promozione sociale e culturale delle donne, ha la finalità di accogliere, ascoltare e accompagnare le donne nei percorsi di uscita dalla violenza; infatti, le donne, affiancate dalle operatrici di Safiya, diventano loro stesse protagoniste del cambiamento per un *io* nuovo e libero e, dunque, testimoni di un'identità nuova.

L'analisi statistica condotta ha permesso di esaminare, a titolo puramente indicativo, un campione di 150 questionari anonimi somministrati dalle operatrici del Centro alle donne della città che hanno dato la loro piena disponibilità a collaborare al progetto.

Si è reso possibile, così, evidenziare un adeguato quadro generale riguardante la percezione e l'incidenza del fenomeno della violenza di genere sul territorio. Le variabili considerate riguardano l'età, la professione, lo stato civile al fine di un inquadramento generale; in seguito, sono state prese in esame variabili più strettamente inerenti al tema quali la presenza della violenza alle donne nella nostra società, le varie forme di violenza presenti e quella di cui più si ha timore, le sue cause, l'autore di reato e il suo profilo, la vittima e le sue caratteristiche, le sue esperienze dirette con la violenza sia subita che assistita, i possibili tentativi di uscita da essa, la conoscenza e l'utilità percepita del Centro Antiviolenza presente nel proprio comune di appartenenza, Polignano a Mare.

Il valore in percentuale più alto rappresentativo di ciascuna variabile presa in considerazione è rappresentato nei seguenti grafici:

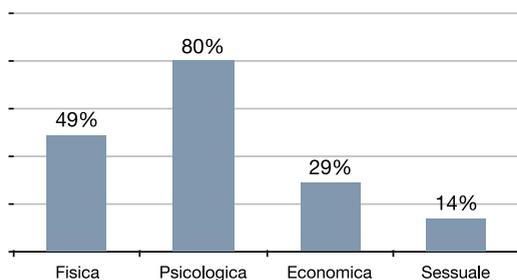


Graf. 1 - Dati generali

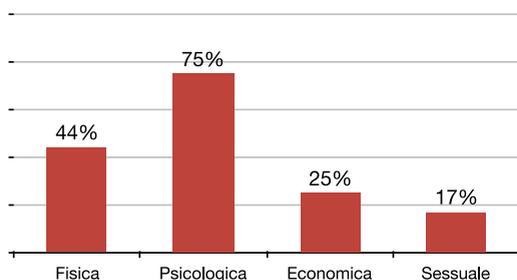


L'età più frequente tra le donne partecipanti risulta essere costituita dalla fascia 46-59 anni, mentre la professione rientra nella categoria delle lavoratrici dipendenti e, inoltre, lo stato civile d'appartenenza fa riferimento al gruppo delle coniugate.

Il dato più significativo emergente dalla presente analisi appare relativo alla presenza della violenza sulle donne nella società attuale; difatti, la quasi totalità del campione intervistato asserisce in maniera positiva. Inoltre, si evidenzia che la forma di violenza percepita come la più frequente e la più temuta rispetto alle altre è quella psicologica:

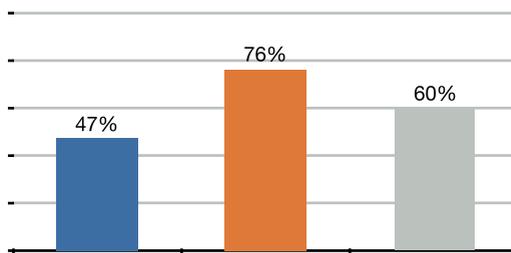


Graf. 2 - Violenza percepita



Graf. 3 - Violenza temuta

Nello specifico, è stato possibile porre in risalto che l'autore che più frequentemente commette violenza è l'ex coniuge a causa della sua gelosia e possesso all'interno della relazione di coppia. A questa caratteristica si aggiunge anche la percezione che egli conduca una vita sociale normale nella società attuale.



Graf. 4 - Profilo dell'autore di reato



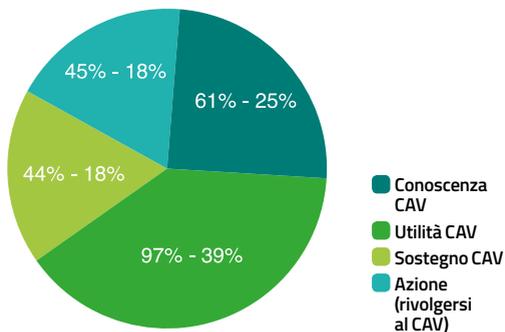
La vittima si caratterizza, invece, come una donna "debole" e molto innamorata che tende, dunque, ad avere maggiori difficoltà per l'uscita dal circuito della relazione violenta. Inoltre, poco più della metà delle partecipanti – il 57% - ha dichiarato di aver assistito a qualche forma di violenza nella sua vita, mentre, si evidenzia uno scarto minimo che, però, protende verso il dato affermativo – il 52% -, per quanto concerne l'essere stata vittima di comportamenti violenti e aggressivi. Pertanto, la maggior parte delle donne – il 48% - che tentano di uscire dalla relazione violenta con coraggio e forza bussano alla porta del Centro Antiviolenza per richiedere aiuto e per dare voce al loro profondo dolore.

All'interno di questo quadro, Safiya si pone come punto di riferimento per le donne vittime di attuali o possibili atti di violenza che confermano la loro conoscenza e riscontrano l'estrema utilità di tale sede territoriale.

Il dato che vogliamo mettere in evidenza è la percentuale delle donne che riconoscono la violenza nel nostro territorio, e ancor di più la consapevolezza della violenza psicologica, che pur resta una forma di violenza silente che danneggia l'autostima delle donne e funziona come dissuasore alla denuncia e alla richiesta di aiuto.

Il dato sul profilo dell'abusante riflette il sentire comune ed emerge a livello culturale soprattutto in riferimento al tema del femminicidio: "è un uomo normale, una persona per bene, un bravo ragazzo".

Il giudizio sull'uomo maltrattante è quasi sempre benevolo e, di conseguenza, l'attenzione si sposta sulla donna, come se fosse responsabile della violenza subita, almeno colpevole di essere debole e innamorata. Pertanto, la gelosia, per antonomasia diviene sinonimo di amore, giustifica la violenza e giustifica il femminicidio inteso come «ogni forma di violenza o discriminazione esercitata contro la donna in quanto donna, come forma di esercizio di potere sulla sua psiche o sul suo corpo, volto ad annientarla, perché non è quello che l'uomo o la società vorrebbe che fosse» (Spinelli, 1998, p.12).



Graf. 5 - dati Centro Antiviolenza

In definitiva, l'analisi condotta mostra come il fenomeno della violenza di genere sia fortemente attuale e che riguardi a pieno la nostra società che, seppur "moderna", è ancora pre-gna di retaggi culturali, sociali e politici ancorati alla visione patriarcale nonostante le numerose conquiste che negli ultimi cinquant'anni, hanno raggiunto le donne per la propria libertà. Appare ancora oggi viva e sentita più che mai la definizione dell'ONU risalente al 1993 che «la violenza contro le donne è la manifestazione di una disparità storica nei rapporti di forza tra uomo e donna, che ha portato al dominio dell'uomo sulle donne e alla discriminazione contro di loro, e ha impedito un vero progresso nella condizione delle donne» (Declaration on the elimination of violence against women, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 20 dicembre 1993, New York).

Il percorso di sostegno che le donne vittime affrontano è condotto assieme alle operatrici del Centro adeguatamente formate «in materia di prevenzione e individuazione di tale violenza, uguaglianza tra le donne e gli uomini, bisogni e diritti delle





vittime, e su come prevenire la vittimizzazione secondaria»(Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul, 2011). Esso, dunque, prevede il riconoscimento delle varie forme di violenza, il coraggio di attraversare il dolore, la presa di coscienza delle proprie risorse, il recupero dell'autostima, l'aiuto reciproco per una relazione positiva e solidale. La violenza contro le donne deve essere nominata e riconosciuta perché possa essere svelata e affrontata, anche attraverso la costruzione di reti di relazioni in grado di sostenere concretamente le donne nei loro percorsi d'uscita dalla violenza. In questo modo, seguendo un'ottica di "sororidad" – sorellanza –, ogni donna può uscire dalla violenza e diventare protagonista e testimone della libertà di tutte le donne.

ALLEGATO A

Questionario sulla percezione della violenza

PREMESSA

Il questionario che stai per compilare è uno strumento molto importante per consentirci di capire qual è la percezione e l'incidenza del fenomeno della violenza sul territorio. Il questionario è anonimo, ti chiediamo di compilarlo autonomamente con sincerità e serietà.

Età

- 16 - 18
- 19 - 25
- 26 - 35
- 46 - 59
- 60 - 75

Professione

- Dipendente
- Impiegata
- Libera professionista
- Casalinga
- Disoccupata

Stato civile

- Coniugata
- Single
- Separata /divorziata
- Vedova

1. Secondo te, è presente la violenza alle donne nella società attuale?

- SÌ
- NO

2. Chi, a tuo parere, più frequentemente commette violenza?

- Coniuge
- Familiare (figli, genitori, nonni)
- Ex coniuge
- Amico/conoscente
- Fidanzato
- Sconosciuto
- Ex fidanzato
- Altro

3. Se sì, quali forme intravedi?

- Fisica
- Psicologica
- Economica
- Sessuale

4. Quale è, secondo te, il profilo di chi commette violenza?

- È autore di reato
- Ha dei precedenti penali
- Ha una normale vita sociale
- È malato / ha problemi psichiatrici
- Ha subito violenza da bambino
- È geloso
- È provocato dalla donna

5. Quale è, secondo te, il profilo di chi subisce violenza?

- È vittima di un reato
- Provoca la violenza stessa
- Se lo merita
- È di scarsa cultura
- È straniera
- È debole

- È molto innamorata
- Ha subito violenza da bambina

6. Cosa può fare, secondo te, una donna per uscire dalla violenza?

- Parlarne con il partner
- Parlarne con un insegnante
- Parlarne con gli amici
- Rivolgersi ai servizi sociali
- Parlarne con un familiare
- Rivolgersi alle forze dell'ordine (carabinieri, polizia)
- Andarsene di casa
- Rivolgersi ad un Centro Antiviolenza
- Rivolgersi al proprio medico o ai servizi sanitari

7. Ti è mai accaduto di assistere a qualche forma di violenza?

- SÌ NO

8. Ti è accaduto di subire da parte di qualcuno comportamenti violenti/aggressivi?

- SÌ NO

9. A tuo avviso, qual'è la forma di violenza che una donna subisce maggiormente?

- Fisica
- Psicologica
- Economica
- Sessuale

10. A tuo avviso quali sono le possibili cause della violenza nei rapporti di coppia?

- Disaccordo / conflitto
- Gelosia / possesso
- Alcolismo / tossicodipendenza
- Disoccupazione
- Povertà
- Credenze religiose
- Basso livello di cultura
- Essere già stati vittima di violenza
- Predisposizione al comportamento violento
- Il comportamento provocatorio della vittima

11. Quale forma di violenza ti spaventa di più?

- Forza fisica

- Minacce / ricatti
- Relazione sessuale forzata
- Limitazione nell'utilizzo di denaro
- Stalking
- Violenza psicologica

12. Se avessi subito una violenza, a chi ti rivolgeresti per ricevere aiuto e sostegno?

- Carabinieri
- Servizi sociali
- Parenti
- Amici
- Prete
- Centro antiviolenza

13. Sei a conoscenza che nel tuo Comune esiste un Centro Antiviolenza?

- SÌ NO

14. Secondo te è utile che nel territorio esista un Centro Antiviolenza?

- SÌ NO

15. Conosci cosa è un Centro Antiviolenza?

- SÌ NO

16. Se tu subissi una forma di violenza e maltrattamento, ti rivolgeresti al Centro Antiviolenza?

- SÌ NO

BIBLIOGRAFIA

- Declaration on the elimination of violence against women, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 20 december 1993, New York.
- Spinelli, B. (1998). *Femminicidio*. Milano. Franco Angeli, 1998.
- Romito, P. (2005). *Un silenzio assordante*, Milano. Franco Angeli, 2005.

SITOGRAFIA

- www.istat.it
- www.salute.it
- www.coe.int/conventionviolence.com



LA RIABILITAZIONE DEI **DISTURBI** DI CAMPO VISIVO CONSEQUENTI A **LESIONI** **VASCOLARI**

STUDIO PRELIMINARE SULL'APPRENDIMENTO PERCETTIVO MODULATO DA NEUROSTIMOLAZIONE

Valeria Piombino
Università degli Studi di Trento

LE PREMESSE

Oggi sappiamo che successivamente ad una lesione cerebrale è possibile recuperare – in una certa misura – le abilità cognitive e comportamentali grazie alle capacità plastiche del cervello. Infatti, diversi autori affermano che dopo un evento patologico le cellule nervose perse vengono rimpiazzate da nuove cellule e il territorio

leso sia nuovamente irrorato e riorganizzato al fine di ripristinare la precedente funzionalità cerebrale.

Lo scopo della riabilitazione è quello di sfruttare la plasticità cerebrale per recuperare al meglio questa funzionalità. Naturalmente ci sono fattori che influenzano sugli outcome riabilitativi come l'estensione della lesione e i fenomeni successivi a questa quali

la diaschisi e la riorganizzazione che, talvolta, possono essere maladattivi e rallentare o inibire il processo di recupero.

Diversi autori, fra cui Danckert e colleghi (2003; citati da Perez & Chokron, 2014) suggeriscono che un'azione guidata diretta nel campo visivo cieco migliori la percezione visiva. Dunque, chiedendo al soggetto di eseguire un compito ripetutamente nella zona lesa è possibile che le parti anatomiche risparmiate dalla lesione partecipino alla percezione mediando i processi visivi anche in assenza del funzionamento di V1 o di strutture intermedie che veicolano le informazioni fino alle aree superiori. A tal proposito, si ricorda che appaiono fondamentali le aree extrastriate sia nel fenomeno del blindsight stesso che nella consapevolezza della percezione, attribuita prevalentemente a V1 e alle retroproiezioni di queste come evidenziato dallo studio di Silvanto e colleghi del 2005.

Dai recenti studi analizzati appare che queste lesioni, specialmente quelle di V1, non precludano l'abilità di imparare nuovamente a discriminare e rilevare stimoli del sistema visivo adulto. È stato solo recentemente, tuttavia, che si è ipotizzato che le abilità di visione cieca potessero essere migliorate tramite l'addestramento – anche senza la consapevolezza del paziente – (Sahraie et al., 2006; citati da Chokron & Perez, 2014) e che si sono osservati miglioramenti soggettivi nella vita quotidiana a seguito di questo. Inoltre, in molti pazienti si è verificato un miglioramento anche con la perimetria, nonostante la misura di campo visivo recuperato variasse ampiamente fra gli individui (Melnick et al., 2015).

GLI OBIETTIVI DELLO STUDIO

La maggior parte delle terapie restitutive propone training in cui il paziente svolge compiti di discriminazione, identificazione o confronto di una o più caratteristiche dello stimolo presentato. Questo richiede al soggetto non solo di rilevare ma anche di esprimere un giudizio riguardo alla natura dello stimolo presentato nel campo cieco (Melnick et al., 2015). Per esempio,

Huxlin e colleghi (2009) hanno osservato una riduzione significativa del campo visivo cieco con perimetro di Humphrey in seguito alla somministrazione di un training a 7 soggetti emianoptici. Gli autori riportano che in pazienti ciechi corticali sia possibile riacquistare la capacità di imparare a discriminare il movimento globale usando dei pallini neri in movimento casuale su uno sfondo bianco (random dots), così come a discriminare l'orientamento statico di griglie (Gabor). Le recenti scoperte propongono uno scenario particolarmente positivo per l'ambito riabilitativo, tuttavia i miglioramenti verificati richiedono tempi troppo lunghi affinché si mostri l'efficacia del training.

Data la necessità del paziente di ritornare ad una qualità di vita quanto più simile a quella precedente all'evento patologico, basandoci sulle evidenze discusse, gli autori si sono proposti di replicare il paradigma utilizzato da Huxlin e colleghi (2009) chiedendosi se fosse possibile velocizzare l'effetto del training utilizzando la stimolazione elettrica transcranica random noise (tRNS). Pare che la tRNS – specialmente se somministrata ad alte frequenze – sia la metodologia attualmente più efficace e sicura nell'induzione di un miglioramento dell'esecuzione di un compito (Fertonani et al., 2011). Il perché di questo successo non è del tutto chiaro ma si ipotizza che sia dovuto all'effetto della risonanza stocastica, ovvero il fenomeno per il quale l'aggiunta di rumore ad un sistema non lineare, come quello neuronale, conduce ad un miglioramento del segnale promuovendo una sincronizzazione del firing neuronale.

Confrontando l'efficacia del training somministrato singolarmente e di quello associato a stimolazione cerebrale, ci si aspetta, dunque, miglioramenti più veloci con la seconda opzione.

I SOGGETTI

I soggetti selezionati erano tutti pazienti neurologici adulti (media 68.5 anni) con uno o più ictus in anamnesi, non portatori di pacemaker o di impianti metallici, non epilettici o con storia



familiare di epilessia e con una funzionalità cognitiva relativamente conservata come evidenziato dalle valutazioni neuropsicologiche effettuate.

I pazienti ritenuti idonei alla sperimentazione sono stati reclutati durante la fase cronica di disturbi di campo visivo conseguenti ad accidenti vascolari cerebrali che hanno coinvolto le aree occipitali e/o della regione capsulo talamica. Il soggetto 1 riportava una lesione fronto-parieto-occipitale

dell'emisfero destro con un'emianopsia omonima sinistra; il soggetto 2 riportava un ictus del circolo posteriore che coinvolgeva lo splenio del corpo calloso e la regione capsulo-talamica e un'emianopsia omonima destra sfumata verso il campo visivo sinistro; il soggetto 3 riportava un ictus del lobo occipitale con lesione capsulo-talamica e mostrava una quadrantopsia superiore sinistra; il soggetto 4 riportava un ictus del circolo posteriore sinistro e mostrava una quadrantopsia



superiore destra con leggera compromissione del quadro inferiore destro.

Tutti i pazienti inclusi nello studio hanno manifestato il fenomeno della visione cieca, svolgendo il compito adeguatamente e riferendo di stare indovinando. Talvolta, venivano riportate sensazioni visive coscienti riferite allo stimolo; i pazienti riferivano di "vedere qualcosa di sfumato con la coda dell'occhio".

Lo studio ha avuto l'approvazione del Comitato Etico ed è stato condotto successivamente al consenso dei pazienti come previsto dalla Dichiarazione di Helsinki, i dati sono stati elaborati dopo previa autorizzazione.

MATERIALI E METODI

Durante le sessioni la fissazione oculare era controllata in tempo reale con un Eye Tracker (*EyeLink 1000 plus – SR Research Ltd, Canada*) che monitorava il centro della pupilla e il riflesso corneale dell'occhio sinistro. L'Eye tracking era impostato in modo da abortire il trial se il soggetto spostava lo sguardo dal punto di fissazione in una misura $>1,5^\circ$ in ogni direzione; inoltre, veniva prodotto un suono per richiamare l'attenzione del soggetto sul punto di fissazione. I test, il training e le misurazioni campimetriche sono stati eseguiti monocularmente.

Ogni soggetto è stato sottoposto alla misurazione del campo visivo con un perimetro automatico prima di iniziare le sessioni (*Optopol PTS 1000 Visual Field, Canon*) per avere una mappa precisa dei deficit visivi dei soggetti. Le campimetrie sono state effettuate anche a metà del periodo di training, ovvero dopo 5 giorni e alla fine del training, dopo 10 giorni.

Nella fase successiva, sono state misurate le soglie di discriminazione del movimento (destra-sinistra) degli stimoli contenenti un certo numero di pallini (Newsome & Pare, 1988) con lo scopo di avere dei riferimenti psicofisici della sensibilità di ogni partecipante.

Dopo la calibrazione, ai soggetti veniva chiesto di svolgere 100 trial del compito di rilevamento e discriminazione della direzione del movimento

globale in diversi punti del campo visivo per rilevarne la zona nella quale somministrare lo stimolo (scelta a margine fra la zona di visione e quella cieca).

Il disegno sperimentale era di tipo Between subjects randomizzato, i due gruppi confrontati erano rispettivamente quello sperimentale (gruppo 1), che eseguiva il training in associazione alla stimolazione, e quello di controllo (gruppo 2), che eseguiva esclusivamente il training. Lo studio è stato eseguito in cieco singolo dagli stessi sperimentatori che hanno analizzato i dati.

La tRNS è stata somministrata tramite uno stimolatore a batteria (*DC-Stimulatur-Plus, NeuroConn GmbH, Ilmenau, Germany*) e una coppia di elettrodi di gomma rivestiti da spugna imbevuta in soluzione salina della misura di 35 cm^2 . Il montaggio è avvenuto secondo il sistema EEG 10-20 su entrambe le cortecce occipitali. Il tipo di stimolazione è stato settato ad alte frequenze (Noise Hf), con un'intensità di 1mA, per la durata di 20 minuti.

IL COMPITO

Ai soggetti era richiesto di svolgere un compito di scelta forzata a due alternative (two-alternative forced-choice task). L'obiettivo era quello di discriminare la direzione del movimento casuale dello stimolo (5° di diametro, 2.6 dots/deg^2), di forma tonda e formato da pallini (0.06° di diametro, $10^\circ/\text{s}$ di velocità, per 250 ms) presentato per 500 ms.

I partecipanti dovevano guardare il punto di fissazione (un piccolo cerchio fisso e posizionato centralmente) per 1000 ms fino alla comparsa dallo stimolo preceduto da un suono breve di avviso. Successivamente alla comparsa di questo, continuando a guardare il punto di fissazione, i partecipanti dovevano indicare la direzione del movimento globale dello stimolo percepita premendo la freccia destra o sinistra sulla tastiera.

Le due direzioni del movimento erano randomizzate durante i trial. Successivamente alla scelta, veniva fornito un feedback sonoro diverso per la



risposta corretta (suono acuto) e per quella scorretta (suono grave).

Quando i partecipanti distoglievano lo sguardo dal punto di fissazione ($> 1.5^\circ$ in ogni direzione) il trial era abortito. Se la risposta era corretta la difficoltà del compito aumentava, nel caso di risposta errata la difficoltà diminuiva.

Il compito è stato somministrato per 200 trial (10 staircase) per la durata totale di 10 sessioni (5 a settimana per 2 settimane).

ANALISI QUALITATIVA E STATISTICA

Mettendo a confronto i risultati degli esami campimetrici è possibile notare alcune differenze nella configurazione della macchia cieca del campo visivo. Similmente agli studi precedenti, i nostri pazienti hanno mostrato modificazioni del campo visivo ma solo nel caso di quelli che hanno ricevuto la stimolazione in associazione al training cognitivo. I pazienti del gruppo di controllo non hanno mostrato miglioramenti agli esami campimetrici.

Per quanto riguarda i dati comportamentali, i pazienti del gruppo sperimentale hanno ottenuto delle soglie i cui valori si dispongono tendendo alla crescita con il passare del tempo. Nel caso del primo gruppo, sebbene l'andamento dei valori sia altalenante e non si verifichi una crescita sistematica giornaliera, si denota un generale andamento positivo che si potrebbe interpretare come un miglioramento dei soggetti in seguito al trattamento. Diversamente, nel secondo gruppo non sono evidenzabili miglioramenti comportamentali; la tendenza dei valori ottenuti è, infatti, pressoché negativa.

Per confermare l'analisi qualitativa è stata svolta un'analisi statistica che ha messo in evidenza risultati coerenti con quelli della prima. In primo luogo, sono state calcolate le variazioni (Δ) delle soglie ottenute dai pazienti in riferimento al giorno 1. L'ipotesi degli autori (H_1) era che le medie di queste ottenute rispettivamente dai pazienti del gruppo sperimentale (gruppo 1, $x = 20.06$, $SD = 16.99$) e dai pazienti del gruppo di controllo (gruppo 2, $M = 11.23$, $SD = 21.52$) sarebbero state diverse da 0.

Al fine di testare questa ipotesi, è stato svolto un t-test (campione singolo contro 0, $p < 0.05$) sulle medie dei Δ dal giorno 1 per ogni gruppo, il quale ha permesso di evidenziare che i miglioramenti ottenuti dal gruppo sperimentale ($p = 0.004$) non siano dovuti alla mera casualità, diversamente da quanto avvenuto con il gruppo di controllo, il cui p -value ($p = 0.133$) non permette di affermare che tale miglioramento non sia dovuto al caso. Tuttavia, confrontando i valori delle medie dei Δ riferiti al giorno 1 fra i due gruppi (t-test per campioni indipendenti e con varianza disuguale), non è stata rilevata alcuna significatività ($p = 0.306$).

Sono state, poi, calcolate le regressioni per stimare quanto la variabile indipendente (x), ovvero la somministrazione del trattamento, potesse controllare la variabile dipendente (y), cioè le medie dei Δ ottenuti dai due gruppi in riferimento al giorno 1.

Anche in questo caso, i risultati hanno evidenziato la significatività del gruppo sperimentale, al quale era stato somministrato il training accoppiato alla stimolazione cerebrale ($p = 0.008$), diversamente da quello di controllo ($p = 0.811$). Tali risultati dimostrano che l'aumento ottenuto dal gruppo 1 possa essere controllato dalla variabile indipendente, circostanza non verificatasi per il gruppo 2.

Avendo notato che tra valori sono presenti degli outliers in entrambi i gruppi (80.60, gruppo 1; 108.10, gruppo 2; in riferimento a ± 2.68 dev.st. su valori z), sono state ripetute le precedenti analisi escludendo tali valori (gruppo 1, $M = 17.11$, $SD = 13.10$; gruppo 2, $M = 6.42$, $SD = 14.27$) ed i relativi numeri di sessione (corrispondenti al numero di training somministrati) ottenendo una riconferma dei risultati ottenuti. Il t-test ha significatività ($p = 0.002$) per il gruppo 1, diversamente dal gruppo 2 ($p = 0.188$); così come l'analisi della regressione (figura 26, figura 27) evidenzia che la variabile y sia collegata dalla variabile x solo nel caso del primo gruppo ($p = 0.024$; $p = 0.534$).

Concludendo, si può escludere che il miglioramento

dei valori ottenuti dal gruppo 1 non sia collegato alla somministrazione della stimolazione in aggiunta al training.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dato il numero ridotto del campione, è necessario sottolineare che si è lontani dall'estendere i risultati ottenuti all'intera popolazione dei pazienti ciechi corticali. Tuttavia, i dati ottenuti possono essere considerati come elementi preliminari che, sebbene necessitino di maggiori approfondimenti su un campione più esteso, si pongono come ulteriori evidenze relative a ciò che si conosce della tRNS e delle sue applicazioni.

Con questo studio si è osservato che, mettendo a confronto i due gruppi, i pazienti ricevuti la stimolazione cerebrale e il training hanno ottenuto un miglioramento delle loro prestazioni rispetto al primo giorno di sessione. Diversamente, i pazienti addestrati senza la somministrazione della stimolazione non hanno beneficiato di alcun effetto positivo.

Una delle prime considerazioni fatte è relativa all'effetto apprendimento che potrebbe essersi verificato conseguentemente allo svolgimento ripetuto della perimetria e/o del training. Sia i valori delle soglie raggiunti che gli esami campimetrici, però, mostrano apparenti miglioramenti solo in due dei quattro pazienti, entrambi facenti parte del gruppo sperimentale. Dunque, almeno relativamente al campione considerato, si può escludere l'incidenza di tale effetto.

Dai dati rilevati in questa sede, non si possono trarre conclusioni definitive riguardo all'efficacia del training e, più nello specifico, se il training cognitivo non sia stato efficace in maniera assoluta o se questo abbia sortito gli effetti sperati esclusivamente quando svolto in associazione con la stimolazione cerebrale; dunque non siamo in grado di determinare se gli effetti ottenuti siano dovuti alla stimolazione o all'associazione fra i due trattamenti. Sebbene nel nostro caso i pazienti che hanno ricevuto solo il training cognitivo non abbiano ottenuto miglioramenti comportamentali rilevanti, studi precedenti (Huxlin

et al., 2009) hanno riportato notevoli incrementi delle soglie – in seguito all'addestramento – fino alla loro stabilizzazione su valori normali per lo svolgimento di questo compito. A tal proposito, si potrebbe ipotizzare che i pazienti del gruppo di controllo non abbiano goduto degli effetti del training a causa della brevità del periodo da noi impostato. In effetti, risultati evidenziati dallo studio di Huxlin e colleghi (2009) riguardano pazienti addestrati per un periodo complessivo tra i 9 e i 18 mesi.

Tenendo presenti queste osservazioni, si potrebbero considerare i dati ottenuti con il primo gruppo come il risultato di un'effettiva velocizzazione del processo di apprendimento laddove vi è stata l'applicazione della tRNS.

Sebbene il presente sia uno studio preliminare, esso permette non solo di riconfermare il ruolo e la presenza del blindsight nel riapprendimento delle funzionalità perse in caso di pazienti con lesioni estese di V1 e di altre aree cruciali, ma anche di poter prospettare uno scenario positivo riguardo alle tempistiche del parziale recupero delle funzioni visive.

BIBLIOGRAFIA PARZIALE

- Fertonani, A., Pirulli, P., Miniussi, C. (2011). *Random Noise Stimulation Improves Neuroplasticity in Perceptual Learning*, *The Journal of Neuroscience*, 31(43):15416-15423.
- Huxlin, K., Martin, T., Kelly, K., Friedman, D.I., Burgin, W.S., Hayhoe, M. (2009). *Perceptual Relearning of Complex Visual Motion after V1 Damage in Humans*, *Journal of Neuroscience*, 29(13):3981-3991.
- Melnick, M.D., Tadin, D., Huxlin, K.R. (2015). *Relearning to See in Cortical Blindness*, *The neuroscientist*, 1-14.
- Perez, C., Chokron, S. (2014). *Rehabilitation of homonymous hemianopia: insight into blindsight*, *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 8(82):1-12.
- Silvanto, J., Cowey, A., Lavie, N., Walsh, V. (2005). *Striate cortex (V1) activity gates awareness of motion*, *Nature Neuroscience*, 8(2):143-144.



PSICOLOGO A SCUOLA

ANTONIO DI GIOIA ESPRIME SODDISFAZIONE PER L'APPROVAZIONE DELLA PROPOSTA DI LEGGE

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi: *"L'iter era fermo da 10 anni. Siamo soddisfatti, la nostra voce è stata ascoltata, ma ora si prosegue senza intoppi per una rapida approvazione"*

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 25 gennaio 2019

"Finalmente potremo adeguarci agli standard europei e garantire il giusto supporto psicologico a studenti e genitori a scuola, luogo fondamentale per la crescita". Il Presidente dell'ordine degli Psicologi di Puglia Antonio Di Gioia si dichiara molto soddisfatto per la prossima istituzione del servizio di psicologia scolastica, tema da sempre a cuore del Presidente su cui si è espresso più volte.

"Auspichiamo una conclusione rapida ed efficace della procedura burocratica, per poter mettere in campo i nostri professionisti e le nostre competenze a disposizione dei più giovani." Prosegue Di Gioia: "Il bombardamento di informazioni e di emozioni, misti alla giovane età e al disorientamento degli adolescenti, creano terreno fertile per i disagi di cui sentiamo parlare quotidianamente. Non solo bullismo o violenza, bisogna ricominciare a parlare anche di amore, empatia, sessualità" Conclude Di Gioia: "Avere un presidio fisso nelle scuole e poter



fornire il giusto supporto ai ragazzi e ai loro genitori, ma anche al corpo docente, spesso disorientato davanti alle nuove generazioni, rappresenta per noi un motivo di grande gioia e soddisfazione."

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180



GLI PSICOLOGI COMPIONO 30 ANNI

DI GIOIA: “NOI SPECIALISTI DELLA COMPLESSITÀ DELLA VITA”

Intervento del Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia nel trentennale della legge 56, che ha istituito la professione dello psicologo.

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 17 febbraio 2019

Il 18 febbraio del 1989 fu approvata la legge 56, che istituì la professione dello psicologo. Sono trascorsi trent'anni. Un anniversario importante per una professione giovane in grado di interpretare i mutamenti ed i disagi della società complessa. Una disciplina in continua evoluzione che ci accompagna nella quotidianità dalle dinamiche familiari a quelle lavorative, dallo sviluppo del bambino al fine vita, dalle patologie prevalenti alla prevenzione di fenomeni sociali devastanti (suicidi ed omicidi, bullismo, dipendenze, ecc.).

Una disciplina entrata a pieno titolo, con la Legge Lorenzin, nelle professioni sanitarie e a cui tutti i cittadini hanno diritto di accedere, così come sancito dai nuovi livelli essenziali di assistenza, che definiscono le prestazioni a cui tutti i cittadini italiani hanno diritto, a prescindere dalla regione di residenza.

Una professione che contribuisce al benessere dei cittadini e che garantirebbe, se diffuso sul territorio al pari della medicina di base, un risparmio di circa il 53% dei costi per la diagnostica. La Psicologia consentirebbe, inoltre, di filtrare la domanda agli studi di medicina generale, è di produrre così risposte adeguate ed efficaci ai cittadini in termini di salute e risparmio economico di notevole entità.

Questo anniversario arriva a pochi giorni dalla scomparsa di Adriano Ossicini, tra i padri della psicologia italiana e promotore della legge 56 e grande punto di riferimento per la nostra professione.

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180



BULLISMO IN PIENO CENTRO A LECCE

DI GIOIA: “SONO POCO PIÙ CHE BAMBINI, DOBBIAMO PRENDERCELA CON I BULLI O CON GLI ADULTI?”

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia tiene alta l'attenzione dopo il grave episodio avvenuto sabato pomeriggio

Antonio Di Gioia

Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 18 febbraio 2019

Un branco di giovanissimi tra i 12 e i 13 anni ha accerchiato quattro ragazzini, loro coetanei, per bullizzarli e picchiarli senza motivo, sparendo poi nel nulla. Il grave episodio è avvenuto lo scorso sabato pomeriggio, sotto gli occhi di centinaia di passanti che affollavano le strade del centro storico di Lecce, a due passi da piazza Duomo. E solo grazie all'intervento dell'unica coppia che ha deciso di non ignorare quel che stava accadendo si è evitato il peggio. “Ciò che mi inquieta è l'assoluta indifferenza di chi si è accorto che fosse in corso un pestaggio tra adolescenti e non ha deciso di agire per bloccare i bulli e difendere i quattro ragazzi picchiati”, spiega Di Gioia.

“Forse, più che sui protagonisti di questa storia che vede dei coetanei alle prime uscite con gli amici dividersi il ruolo di carnefici e vittime, dobbiamo concentrarci sugli adulti. Mi ha molto colpito l'apatia e l'indifferenza di chi non si è fermato” commenta con molta amarezza il Presidente dell'Ordine degli Psicologi di Puglia. “Probabilmente, il comportamento di questi adolescenti lasciati a loro stessi, senza un controllo

o, evidentemente, senza una buona educazione alle spalle, arriva dalla sciattezza e la superficialità, o se non addirittura dalla totale assenza di empatia e dell totale mancanza di rispetto del prossimo. O ancora, della mancanza di curiosità o creatività, che potrebbero suggerire tantissimi modi in cui si può passare del tempo con i propri amici, invece di ammazzare la noia non avendo di meglio da fare che picchiare i propri coetanei solo per gioco”.

Di Gioia conclude l'intervento con un appello: “Mi auguro che i genitori di questi ragazzini possano intanto prestare più attenzione ai propri figli, in molti casi non hanno idea di quello che fanno fuori casa, sono ancora in tempo per suscitare l'amore per il prossimo, per la ricerca del bello, per recuperare i valori fondamentali in un periodo delicato e complesso come quello dell'adolescenza.”

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia

Antonio Di Gioia, 347 9692180



GIORNATA MONDIALE DELLA CONSAPEVOLEZZA DELL'AUTISMO

ANTONIO DI GIOIA: "IL SUPPORTO PSICOLOGICO PER I GENITORI PARTE NEGLI AMBIENTI SCOLASTICI"

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi: "La figura dello psicologo è fondamentale per accompagnare l'intero nucleo familiare nella sfida quotidiana che questo disturbo comporta"

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 2 aprile 2019

"Aiutare una famiglia al cui interno è presente un componente con **Disturbo dello Spettro Autistico** significa poter creare un ambiente di conforto anche all'esterno di una casa piena di amore e di coraggio, che lotta ogni giorno per fornire tutto il supporto necessario a chi ne è affetto."

Il Presidente degli Psicologi di Puglia, ribadisce l'importanza della presenza di professionisti anche all'interno di scuola e istituzioni in occasione della Giornata Mondiale della consapevolezza dell'autismo.

"Gli psicologi sono pronti a mettere in campo tutte le competenze per evitare il disorientamento che nasce da un diverso approccio alla quotidianità". Prosegue **Di Gioia**: "Convivere con un bambino autistico implica l'apprendimento di

nuovi strumenti di comunicazione, che non devono essere rivolti soltanto ai componenti della famiglia." Il Presidente, ribadendo la soddisfazione per l'approvazione del disegno di legge che prevederà la presenza dello psicologo nelle scuole, afferma: "È importantissimo insegnare soprattutto agli altri bambini quale sia il modo migliore di accogliere i compagni affetti da qualunque forma di autismo, e tenendo presente che i disturbi del neurosviluppo sono caratterizzati da difficoltà nella comunicazione e interazione sociale e da comportamenti ed interessi che risultano ristretti e ripetitivi. La scuola è il luogo in cui trascorrono gran parte della giornata, è lì che possono formarsi la percezione opportuna della relazione. Anche in tenera età".



“Come ha spiegato il Presidente Di Gioia, unire le forze è spesso la soluzione migliore, e in questo caso la sinergia di diverse figure migliora notevolmente l'intero ambiente in cui si opera, aumentando l'efficacia dei trattamenti”, sostiene **Paola Annesse**, consigliere dell'Ordine. “Affiancare gli insegnanti di sostegno a scuola -avvalendosi della loro esperienza - per noi psicologi significa solo poter migliorare il tempo passato in classe con i compagni del bambino affetto da Dsa, potendo insegnare anche agli altri bambini a gestire meglio comportamenti ed emozioni, per vivere un'esperienza di crescita collettiva.” “Inoltre -continua la dottoressa Annesse- vorremmo aiutare le famiglie che spesso si trovano sole a gestire l'impegno economico ed emotivo di un soggetto con autismo”

Conclude **Di Gioia** “Vorremmo poter fare di più, anche per i soggetti adulti che sono ancora più soli e abbandonati rispetto ai bambini; per loro c'è una preoccupante assenza di possibilità di lavoro, e soltanto trattamenti farmacologici, che non stimolano l'interazione con il mondo esterno. Ci auguriamo che tutte le manifestazioni di solidarietà previste in Puglia possano concretizzarsi presto e in modo efficace con la nostra presenza massiccia nelle scuole e nelle strutture dedicate, per poter contribuire a creare un percorso di reale integrazione”.

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180





MOLFETTA, “STOP AL BULLISMO”

DI GIOIA: “INTERVENIRE CON LA FORMAZIONE E PROMUOVERE LA CULTURA È LA MIGLIORE STRATEGIA”

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia, Antonio Di Gioia, è stato ospite della presentazione del progetto organizzato da CBRE presso il Gran Shopping Mongolfiera

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 4 aprile 2019

Giovedì 4 Aprile, negli spazi comuni del Gran Shopping Mongolfiera di Molfetta, è stato presentato il progetto “**Stop al bullismo**”, organizzato da CBRE, leader nel mondo nella consulenza immobiliare, che si occupa anche della gestione di numerosi centri commerciali. All'evento hanno partecipato scolaresche, docenti e genitori.

Per l'occasione è intervenuto anche **Antonio Di Gioia, il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia**: “Dopo episodi di bullismo, la scuola e le famiglie coinvolte, sono tenute ad agire tempestivamente. Devono essere messi in condizione di gestire in maniera condivisa la situazione d'emergenza” dice **Di Gioia**. “La strategia migliore per combattere il bullismo è sicuramente la prevenzione. Va promosso, a partire dagli ambienti scolastici,

un clima culturale e sociale che scoraggi sul nascere certi comportamenti prepotenti e prevaricatori. “Sia a casa che a scuola è importante insegnare il rispetto verso gli altri, favorire l'autostima e formare, sia gli adulti che i ragazzi, ad affrontare i conflitti, a gestire le emozioni e a rispettare la convivenza civile e le regole” dichiara la Consigliera **Emanuela Soleti**. “Eventi come questo sono preziosi perché permettono di mettere in luce un fenomeno che spesso viene considerato un semplice conflitto tra ragazzi. E ci auguriamo che il dibattito iniziato oggi possa proseguire anche al di fuori, nella loro quotidianità”.

Per ulteriori informazioni o interviste:
Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180



GARANTIRE ASSISTENZA PSICOLOGICA E BENESSERE DELLA COMUNITÀ

NECESSARIA L'ISTITUZIONE DELO PSICOLOGO DI BASE

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi Puglia,
Antonio Di Gioia: *"Entusiasta della proposta di legge
presentata in Regione"*

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 10 aprile 2019

"Sono soddisfatto e lo sono a nome di tutti gli psicologi pugliesi. La bozza di legge depositata oggi in Regione rappresenta una prima concreta collaborazione tra psicologia e medicina. Oltre, naturalmente, a rinsaldare un percorso già tracciato con l'approvazione dei nuovi Lea, che hanno sancito il diritto all'assistenza psicologica. Ringraziamo il Presidente Giuseppe Romano, la Commissione Sanità ed il gruppo di lavoro". Il **Presidente degli Psicologi pugliesi** commenta con entusiasmo la proposta di legge per l'istituzione della figura dello psicologo di base.

"Medicina e psicologia insieme per promuovere il benessere psicofisico della comunità e migliorare la compliance terapeutica". **Antonio Di Gioia** sottolinea quanto "oggi sia cresciuta esponenzialmente la richiesta di supporto psicologico, e lo psicologo di base è l'unico modo per garantire alle cittadine e i cittadini pugliesi di usufruire di un'attività di assistenza specialistica in collaborazione con l'attività dei medici di base e dei pediatri di libera scelta"

Prosegue **Di Gioia** "Affiancare i medici e fornire un prestazioni specialistiche sarà fondamentale

per prevenire la cronicizzazione dei sintomi, contestualmente si avrà una sensibile riduzione della spesa terapeutica e anche di quella diagnostica, stimata al 31%".

"Studi medici e sperimentazioni già effettuate stimano che entro il 2020 la depressione sarà la seconda causa di disagio dopo le cardiopatie" Spiega il consigliere dell'Ordine **Geremia Caprioli**. "Sono tante altre le psicopatologie e i disturbi psichici che affliggono un numero sempre crescente di persone che si rivolgono al medico di base. È proprio con i medici che intendiamo instaurare una collaborazione sinergica che possa indirizzare verso lo specialista più adatto, e arrivare così alla diagnosi condivisa contribuendo alla riduzione della spesa farmaceutica. Curare un disagio psicologico significa soprattutto occuparsi della totalità dell'essere umano, non solo utilizzare farmaci che non sempre rappresentano la soluzione migliore".

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180



SOCIAL IN CRASH IN TUTTA EUROPA

PSICOLOGI PUGLIA: “RICERCA SPASMODICA DEL VIRTUALE”

Il Presidente Di Gioia: “Singolare quanto l’assenza di
connessione virtuale per qualche ora, abbia lasciato il segno”

Antonio Di Gioia

Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 15 aprile 2019

Domenica 14 aprile, gli utenti di Facebook, Instagram e Whatsapp hanno registrato un malfunzionamento dei social per tre ore. Si è trattato del secondo “crash” in un mese, due episodi che hanno raccolto l’ironia di meme e commenti degli utenti. Mentre i tre social erano fuori uso, si è registrato un notevole incremento di traffico su altri social, sui quali sono confluiti tutti gli utenti orfani. “Una lettura della realtà poco confortante, la ricerca spasmodica del contatto virtuale ci restituisce il risultato di quanto costruito negli ultimi anni: una società che ha necessità di relazioni virtuali, persone che si rifugiano nell’estraneazione

dal reale per evitare di confrontarsi in relazioni autentiche” commenta **Antonio Di Gioia**, presidente dell’Ordine degli Psicologi. “La dipendenza dal web è un problema sottovalutato” dice **Antonio Calamo Specchia**, consigliere dell’Ordine. “Dovremmo intervenire in maniera drastica nelle scuole per rinforzare attraverso interventi mirati le relazioni socioaffettive, che i social insidiano” conclude Calamo Specchia.

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia

Antonio Di Gioia, 347 9692180



MORTE DI ANTONIO COSIMO STANO DI GIOIA: “UN BLACKOUT SOCIALE CHE COINVOLGE TUTTI”

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia, Antonio Di Gioia, interviene sul caso di Manduria: “Per i ragazzi deve essere momento di crescita, ma la comunità si interroghi”

Antonio Di Gioia
Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 30 aprile 2019

Dopo i fermi di otto dei ragazzi indagati per le violenze subite da **Antonio Cosimo Stano**, il pensionato di Manduria morto dopo alcuni giorni di agonia in ospedale, e dopo la conferenza stampa tenutasi in Questura, la storia ha assunto dettagli più chiari. Antonio è morto con un senso soffocante di solitudine che lo opprimeva. Viveva nel terrore delle angherie perpetrate di continuo nei pressi della sua abitazione da ragazzi che documentavano e condividevano tutto sui social. Video che buona parte della comunità messapica aveva visto o di cui era a conoscenza. “Oggi i riflettori sono puntati sui ragazzi, sugli indagati per la morte di Antonio Cosimo Stano”, dice **Antonio Di Gioia**, **presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia**.

“La giustizia ora decreterà la verità su quanto accaduto comminando la pena opportuna per i reati commessi dai giovani. Ma dovremmo spostare l'attenzione sul contesto ed accettare il punto di rottura sociale creatosi”.

“Se fallimento educativo c'è stato, questo fallimento riguarda tutti noi e può essere risolto

solo con uno sforzo comune” dice la segreteria dell'Ordine, la dottoressa **Giovanna Teresa Pontiggia**: “La formazione educativa di questi ragazzi non ha avuto un blackout solo nel rapporto con i genitori.

Quella parte di cittadinanza messapica che ha preferito tacere con discrezione, anzi, indifferenza, è parimenti coinvolta”.

“La famiglia, il nucleo famiglia in quanto tale, può essere fragile ed incapace di riconoscere alcune devianze. Il senso di genitorialità invece dovrebbe coinvolgere tutta la comunità, le agenzie educative che i nostri ragazzi incontrano nel loro percorso di vita: dalla scuola al mondo associativo, passando anche per i mass media. Chiediamoci perché chi sapeva, non si sia riconosciuto responsabile delle azioni di quei ragazzi. È un upgrade culturale di cui abbiamo urgente bisogno” chiude **Antonio Di Gioia**.

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180



SUICIDIO POLIZIOTTO, GLI PSICOLOGI PUGLIESI

APPARTENENTI ALLE FORZE DELL'ORDINE SEMPRE PIÙ ESPOSTI AL RISCHIO DI BURNOUT

Tra le pagine di cronaca degli ultimi giorni il suicidio del poliziotto di origine pugliese a Como e quello del magistrato in pensione a Lecce. Il presidente dell'Ordine degli Psicologi, Antonio Di Gioia: *"Necessario intervenire per tempo, il burnout è una sindrome complessa"*.

Un colpo di pistola esploso sotto casa, nella propria auto, così si è ferito gravemente il poliziotto pugliese deceduto dopo qualche ora in ospedale. Non sono state chiarite le dinamiche, ma "Se si dovesse trattare di gesto volontario saremmo dinanzi all'ennesimo episodio che coinvolge appartenenti alle forze dell'ordine", dichiara **Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli psicologi della regione Puglia**. "Un poliziotto giovanissimo, un dato che ci sottolinea quanto sia importante prestare l'attenzione necessaria al fenomeno del **burnout**. Una sindrome che induce chi ne è colpito a vivere



uno stato di malessere psicofisico e di deterioramento emotivo che sgretola il benessere della persona" dice **Di Gioia**. "Da febbraio il Capo della Polizia ha istituito con decreto ministeriale un Osservatorio permanente sul fenomeno suicidario tra gli appartenenti alle forze dell'ordine, il riconoscimento della gravità di quanto stiamo registrando da mesi è un passo importante" continua il presidente dell'Ordine.

In Puglia soltanto qualche giorno fa un altro caso di suicidio ha coinvolto un magistrato in pensione, a Lecce. "di fronte a eventi così drammatici non possiamo non considerare il complesso intreccio tra fattori individuali e ambientali, tuttavia esiste una strada ed è quella della prevenzione. È fondamentale imparare a riconoscere i segnali di malessere e attivare tempestivamente i primi livelli di intervento" conclude la consigliera **Emanuela Soleti**.

Per ulteriori informazioni o interviste:

Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia
Antonio Di Gioia, 347 9692180

Antonio di Gioia

Presidente Ordine Psicologi Puglia

Bari, 14 maggio 2019



RASSEGNA STAMPA

GENNAIO 2019



<https://www.barilive.it/news/attualita/781279/suicidi-potenziare-il-servizio-di-psicoterapia-con-piu-psicologi-net-policlinico-e-nelle-asl>

Suicidi: «Potenziare il servizio di psicoterapia con più psicologi nel Policlinico e nelle ASL»

Lo chiede l'Ordine degli Psicologi. Il Presidente Di Gioia: «Attendiamo di essere convocati da Migliore e sollecitiamo i direttori generali in fase di definizione delle dotazioni organiche»



L'ennesimo suicidio raccontato dalle cronache non può lasciare indifferenti le istituzioni. I suicidi rappresentano la massima espressione, la peggiore indubbiamente, della fragilità dell'essere umano, di un bisogno di aiuto che evidentemente non si è riusciti a ricevere in maniera giusta».

E' quanto afferma il presidente dell'Ordine degli Psicologi **Antonio Di Gioia**, che lancia l'ennesimo appello al Governatore Emiliano affinché la sanità regionale si doti di un maggior numero di psicologi. «Sono cose che diciamo da anni sottolineando la necessità di aumentare la dotazione di psicologi negli ospedali, nei distretti, nei centri di salute mentale, in tutti i dipartimenti, ma anche nelle scuole, nelle carceri, dove ce n'è più bisogno. Negli ultimi anni abbiamo rappresentato questa necessità a Presidenti e Assessori regionali, ai direttori generali delle Asl, al direttore generale del Policlinico di Bari, da cui attendiamo ancora la convocazione che ci era stata promessa e dove la carenza di psicologi ha ormai assunto il livello di emergenza».

«La nostra - aggiunge Di Gioia - non è una rivendicazione di categoria, noi chiediamo una risposta ai bisogni delle persone. Sappiamo benissimo che ci sono liste d'attesa lunghissime, che i tempi di accesso ai servizi di psicoterapia nella sanità pugliese sono fuori da ogni logica. I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza nvolgono particolare attenzione al bisogno di psicologia e psicoterapia e non si può continuare a considerare queste prestazioni come non importanti. Anche perché, come purtroppo vediamo quotidianamente, una persona fragile o instabile, se non aiutata, può arrivare a commettere azioni irreversibili, per sé e per gli altri. Ecco, dunque, la necessità di intervenire tempestivamente».

«Ci auguriamo che il 2019 possa essere l'anno della svolta», conclude il presidente degli psicologi pugliesi. «Nei prossimi giorni reteremo per l'ennesima volta una richiesta di incontro al direttore generale del Policlinico e ai direttori generali di tutte le Asl, augurandoci di essere ascoltati e di poter avviare in ogni provincia un percorso teso ad assicurare una dotazione di psicologi in grado di rispondere a una domanda crescente di assistenza».

BARI LIVE 11 Gennaio 2019



http://www.ansa.it/puglia/notizie/2019/01/19/famiglia-schiava-web-psicologi-puglia-storia-drammatica_b54ce20-3866-45db-964b-997755885bcb.html

Famiglia schiava web: psicologi Puglia, storia drammatica

Di Gioia, novità di questa vicenda è coinvolgimento adulti

(ANSA) - BARI, 19 GEN - «Lo diciamo da anni, il web ha migliorato le nostre vite, ma nasconde anche dei rischi altissimi. E la drammatica storia che arriva dal Salento rende attuali i nostri avvertimenti». E' quanto afferma il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia, in riferimento alla notizia di una famiglia salentina rimasta per due anni e mezzo chiusa in casa dopo aver sviluppato una dipendenza patologica da web. «Ne abbiamo parlato in relazione al fenomeno delle scommesse online, ma anche ad esempio della diffusione di filmati hard in rete», prosegue Di Gioia secondo il quale «tutti abbiamo sottovalutato i pericoli della rete e della sovrapposizione dei più giovani, specie dei ragazzi più fragili, facili bersagli in un contesto slegato da riferimenti reali e concreti». «La novità del caso del Salento - rileva - è semmai il coinvolgimento degli adulti, di entrambi i genitori. Forse la spiegazione va cercata nella giovane età della coppia, non quella attuale ma quella in cui hanno dato il via alla vita coniugale. Lui, infatti, secondo le informazioni riferite dalla stampa, aveva 25 anni quando è nato il primo figlio, lei un paio d'anni in più». «Di certo - aggiunge Di Gioia - a questa famiglia sono mancati punti di riferimento stabili, tali da consentire loro di confondere il reale con il virtuale. Questo è un caso limite ma la dipendenza dal web sta diventando un vero problema. E' per questo necessario che le istituzioni si impegnino ad avviare percorsi incentrati sulle relazioni socio-affettive rivolti ai giovanissimi, soprattutto in ambito scolastico». «Ma anche agli adulti - conclude - che vanno aiutati nei Centri di ascolto per le famiglie a gestire le relazioni con gli adolescenti in un contesto in continua evoluzione e mutamento».(ANSA).

ANSA PUGLIA 19 Gennaio 2019



<https://www.puglianews24.eu/psicologi-puglia-basta-con-il-finanziamento-a-pioggia-di-microprogetti-si-attui-la-legge-sulla-psicologia-scolastica-25463.html>

Psicologi Puglia: «Basta con il finanziamento a pioggia di microprogetti, si attui la legge sulla Psicologia Scolastica»



Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi, Antonio Di Gioia: «La legge è ferma da 10 anni. Non possiamo permetterci il lusso di sprechi di risorse per formazione sporadica o piccoli eventi». BARI - «Purtroppo continuiamo a leggere di finanziamenti a pioggia di micro progetti su tematiche di

grande importanza, che metterebbero di essere affrontate in modo più organico. Nulle in contrario nei confronti di queste iniziative, sempre valide quando sono finalizzate ad affrontare problemi quali, ad esempio, il bullismo e il cyberbullismo. Però invece di disperdere risorse sarebbe più logico e saggio attuare la legge 31, che prevede l'istituzione dell'Unità di Psicologia Scolastica. Lo strumento c'è, va soltanto attuato e tante cose potrebbero migliorare per i nostri ragazzi». Il duro monito arriva dal presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia, che sulla legge 31 si era già espresso nei mesi scorsi, chiedendo l'immediata istituzione del servizio di psicologia scolastica. «Cyberbullismo e bullismo a scuola sono tra i problemi più grandi degli adolescenti del nostro tempo, ma si sommano a situazioni di disagio sempre più frequenti come lo scarso impegno nello studio, le difficoltà di relazione, comportamenti aggressivi di difficile lettura ed un bisogno di organizzazione del lavoro scolastico minato dalle continue riforme. Il mondo della scuola», aggiunge Di Gioia, «è la palestra del futuro e se viene vissuta con disagio, non produce buoni risultati. In Puglia lo si è capito dal 4 dicembre del 2009, quando è stata approvata la legge 31, ma incomprensibilmente non è stata ad oggi ancora attuata». Il paradosso di una legge finalizzata ad abbattere tutti gli ostacoli per il diritto alla formazione e all'istruzione non messa in pratica, non possiamo accettarlo», accusa il presidente degli psicologi pugliesi. Nella legge regionale è prevista l'istituzione dell'Unità di psicologia scolastica, una struttura che opera al servizio del sistema scolastico regionale con funzioni consultative e di sostegno rivolte a tutti i soggetti che a vario titolo sono in esso impegnati. «Le previsioni ad oggi però non sono state rispettate», prosegue Di Gioia. «L'Unità offrirebbe un costante monitoraggio delle problematiche scolastiche ed un piano di intervento mirato a sostegno di tutto il sistema scolastico regionale». «Non possiamo sprecare risorse per microprogetti che non sortiscono effetti pratici, la soluzione spesso è sotto gli occhi di tutti ma non si ha la capacità di coglierla. Speriamo in un rapido intervento del governo regionale in merito», conclude il Presidente dell'Ordine degli Psicologi.

PUGLIA NEWS 24 25 Gennaio 2019



<https://bari.quotidianoitaliano.com/attualita/2019/01/news/maltrattamenti-a-noicattaro-presidente-ordine-degli-psicologi-insegnati-esposti-alla-sindrome-di-burnout-229434.html>

Maltrattamenti a Noicattaro, Presidente ordine degli psicologi: «Insegnati esposti alla sindrome di Burnout»



«È necessario valutare le conseguenze dello stress psicofisico e marginale per tempo». Dopo i presunti maltrattamenti da parte di alcune insegnanti negli istituti di Capurso e Noicattaro, è intervenuto il presidente dell'Ordine degli Psicologi di Puglia, Antonio Di Gioia. I video e le immagini hanno fatto rabbrivire l'opinione pubblica. Violenze che in ambienti come la scuola sono inconcepibili e che purtroppo potrebbero ricapitare. «Serve prevenzione: bisogna occuparsi della gestione dello stress-lavoro correlato degli insegnanti e degli educatori, oggi sempre più esposti a rischi della sindrome di Burnout», dice Antonio Di Gioia. «Non possiamo fermarci dinanzi al fatto accaduto e limitarci alla denuncia del presunto maltrattamento e all'attesa di una eventuale pena comminata, ma occorre impegnarsi migliorando la qualità della comunicazione, invitando i Dirigenti Scolastici a promuovere interventi preventivi volti a migliorare la qualità delle relazioni per

il benessere interpersonale. Dobbiamo fare in modo che non ricapiti, analizzare le cause che hanno contribuito all'esplosione di questi episodi». Una delle sindromi più sottovalutate che solo negli ultimi tempi è stata analizzata in maniera più approfondita è la sindrome di Burnout, un esaurimento psicofisico, depersonalizzazione e perdita di senso nell'ambito della realizzazione personale. «Quella del Burnout è una sindrome difficilmente riconoscibile dal soggetto che ne è colpito. La persona - spiega Di Gioia - vive un momento di malessere psicofisico, si accorge di essere in un vortice di deterioramento emotivo, ansia, tono dell'umore depresso, disturbi del sonno e tanto altro». «Non dobbiamo demonizzare questo stato di malessere - continua il Presidente -, ma focalizzare le cause per trovare soluzioni adeguate. La sindrome colpisce insegnanti ed educatori che vivono un lavoro di relazione, di aiuto, e ne sono pienamente coinvolti». «Torniamo a ribadire l'importanza dell'attuazione del filter normativo per rendere attuativa la legge regionale 31/2009 nella quale è prevista l'unità di Psicologia Scolastica. I rischi - conclude Di Gioia - sono altissimi, ma le possibilità di prevenzione possono controllare in maniera equa».

IL QUOTIDIANO ITALIANO BARI 28 Gennaio 2019

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

SERVIZI SOCIO-SANITARI, I CONSIGLIERI DI T.: VI SOSTENIAMO

«La Regione ha cancellato gli psicologi mobilitazione dell'Ordine il 18 febbraio»

Di Gioia: addio alla psicoterapia nel Policlinico, stangata dal regolamento

Un appello a «medici, infermieri e professionisti della sanità a scendere in piazza» è lanciato dal presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia, che ritiene il «diritto alla salute seriamente compromesso in Puglia: dobbiamo mobilitarci, avvertire per manifestare contro le scelte della Regione che non solo sta cancellando con un colpo di spugna la psicologia dall'offerta sanitaria regionale, ma sta soprattutto compromettendo il diritto alla salute dei cittadini pugliesi». Di Gioia, informa una nota, nelle prossime ore farà partire un invito formale a tutti le professioni sanitarie per un primo confronto sulla mobilitazione, che potrebbe tenersi il 18 febbraio, «nel giorno del trentennale della legge 56 che nel lontano 1989 ha istituito la figura dello psicologo». La professione, dice, è «messa in serio pericolo dalla scelte del governo regionale. Dal direttore generale del Policlinico - prosegue - aspettiamo una convocazione ormai da mesi, da quando cioè abbiamo denunciato formalmente

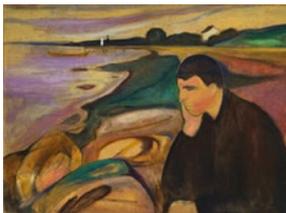
quasi scomparsa del servizio di psicoterapia dal più grande ospedale di Puglia». Ma la carenza di psicologi «riguarda tutti gli ospedali, i distretti, i centri di salute mentale, i dipartimenti, la rete di emergenza ed il servizio 118». Il colpo di grazia, invece, «rischiando di farlo soprattutto gli ultimi stravolgimenti al regolamento 4 della legge 19/2006, che disciplina l'organizzazione dei servizi socio-sanitari».

I consiglieri regionali di Direzione Italia (Ignazio Zallo, Francesco Ventola, Luigi Manca e Renato Perrini) annunciano che scenderanno in piazza al fianco dell'Ordine degli Psicologi. «Abbiamo continuamente sollevato il problema della carenza degli psicologi nelle strutture socio-sanitarie e negli ospedali. Proprio per questo motivo è stato un nostro emendamento a impegnare 1 milione di euro del Servizio sanitario regionale per l'assistenza psicologica. Il problema è da monte, è nella gestione e organizzazione di chi programma la Sanità in Puglia».

Giornale di Puglia

<https://www.giornaledipuglia.com/2019/02/depressione-il-male-del-secolo-in.html>

Depressione, il male del secolo: in Puglia è emergenza salute mentale



BARI - I numeri parlano di una vera e propria emergenza per la salute mentale dei pugliesi. Allarme tra i più giovani. Il commento di Antonio Di Gioia, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione. «I dati diffusi dalla Gazzetta del Mezzogiorno confermano quanto noi diciamo da tempo: dobbiamo urgentemente prenderci cura della salute mentale dei pugliesi»: così Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia commenta l'approfondimento del quotidiano sulle malattie della mente. Sono 807mila in Italia le persone in cura, 58mila in Puglia e 7mila nella provincia di Bari, dove nel 2018 sono stati registrati 7.500 nuovi accessi. «Sono numeri che non possono essere sottovalutati, sono sei milioni gli italiani a soffrire di disturbi che necessiterebbero di cure», sottolinea Di Gioia. «La depressione, anche tra le statistiche, si conferma il male più grave del secolo», aggiunge Di Gioia. Tra il 2017 e il 2018 gli accessi nei centri di salute mentale della regione sono aumentati del 20%. «Un incremento che deve farci riflettere sulla necessità di riformulare il piano di assistenza regionale sulla salute mentale, lo diciamo da mesi», prosegue il presidente degli psicologi pugliesi. «Le unità operative di assistenza psicologica nei centri cittadini sono un argine fondamentale a questa emorragia di malessere psicofisico. C'è bisogno di modelli organizzativi innovativi per rispondere alle nuove necessità della popolazione». Uno degli allarmi emersi dall'inchiesta della Gazzetta è legato ai giovani: le patologie neuropsichiatriche sono la causa principale di disabilità in bambini e adolescenti. «Stando alle rilevazioni del Miur sono in costante aumento gli alunni disabili all'interno delle scuole italiane», spiega Di Gioia. «A fronte della complessità di questo problema dobbiamo intervenire urgentemente in sinergia con tutti i professionisti della sanità per analizzare a fondo questo fenomeno e porre in atto azioni favorevoli ad uno sviluppo psicofisico sano degli adolescenti».

GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO 2 febbraio 2019

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

«Non elemosiniamo posti di lavoro vogliamo la salute dei pugliesi»

Gli psicologi: il governatore convochi un tavolo per superare le criticità e offrire prestazioni adeguate

«Se il presidente Emiliano avesse la bontà di convocare le professioni sanitarie avrebbe modo di verificare che le informazioni in suo possesso sono incomplete, parziali e, soprattutto, non consentono di affermare che sia garantito il diritto alla salute dei cittadini pugliesi». Così il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia, replica al Governatore della Puglia in merito ai concorsi banditi dalle Asl pugliesi. «È singolare che il presidente Emiliano parli dei numeri dei candidati, ma non dei posti messi realmente a bando», sottolinea Di Gioia. «Alla Asl di Foggia è stato bandito 1 posto di psicologo (500 candidati), alla Asl di Taranto i posti banditi sono 3 (600 candidati). Aggiunge inoltre che la Asl di Bari ha bandito un concorso per i posti più 4 riservati (1.000 candidati)». «Ma il punto - sottolinea Di Gioia - non è quanti posti sono stati banditi e quanti candidati ci sono per quel misero numero di posti. Il punto è che l'assistenza psicologica non è garantita né L.E.A. ai cittadini pugliesi. Qui non si stanno elemosinando posti di lavoro, ma si sta difendendo il diritto alla salute dei cittadini. E questo grido di allarme non arriva solo dagli psicologi, ma dall'intera platea dei professionisti della sanità pugliese, per questo vorremmo che il presidente ci ascoltasse in modo diretto».

«E poi - prosegue il presidente degli psicologi

pugliesi - il problema non sono solo gli ospedali, anche perché, tra le altre cose, ne sono rimasti pochi aperti. Semmai il problema è che alla chiusura degli ospedali non ha corrisposto un adeguato, efficace ed efficiente sistema di assistenza territoriale e di domiciliazione delle cure. Dare il via al convenzionamento e accreditamento degli studi privati sarebbe stato un primo passo importante e, invece, neanche ciò che invece viene fatto normalmente con altre professioni sanitarie».

AULE SGUARNITE
«Carente il servizio di psicologia scolastica pur previsto dalla legge»

Ma è lungo l'elenco delle carenze evidenziate dagli psicologi dalle unità operative di assistenza psicologica previste dal comma d) articolo 4 del regolamento di organizzazione del distretto socio sanitario al servizio di psicologia scolastica (previsto dalla legge n. 31 del 2009). Di Gioia auspica che Emiliano «convochi un tavolo con gli ordini professionali della sanità per un confronto serio e costruttivo finalizzato a superare congiuntamente le criticità».

GIORNALE DI PUGLIA 26 Febbraio 2019

GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO 5 febbraio 2019



LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

VI | TARANTO CITTA'

L'ORCO IN CASA

I BAMBINI TOLTI ALLA FAMIGLIA

UN DEGRADO AGGHIACCIANTE

I minori venivano anche picchiati, non potevano andare a scuola e venivano nutriti solo con patatine e bibite gassate

Abusi sui figli minori in campo gli psicologi

Palagianò, arrestati la mamma, il compagno e un amico



VIOLENZA SESSUALE I piccini sono stati tolti alla famiglia dai Servizi sociali

MARISTELLA MASESSI

● **Abusi come questo non smettono di scuotere emotivamente e un senso di profondo sconforto, anche per professionisti come noi, che di violenze in cui la mente umana perde qualsiasi ragione ne abbiamo sentite.** Antonio Di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, commenta la notizia dell'arresto della mamma, del compagno e di un loro amico che per anni avrebbero vaneggiato a Palagianò i quattro figli della donna, tutti sotto la tutela e con disabilità intellettiva. La più piccola delle vittime, all'epoca della violenza,

avrebbe avuto appena 3 anni. I tre sono finiti in carcere ieri. Nel loro confronti la polizia, che ha svolto indagini su incarico della procura, ha eseguito un'ordinanza di custodia cautelativa. Sono accusati di violenza sessuale continuata in concorso e maltrattamenti. Le vittime sono minori con disabilità intellettiva che hanno da 12, 9 e 4 anni. Alla mamma dei quattro ragazzi i vittime di violenze sessuali e al suo compagno, entrambi arrestati assieme ad un loro amico pregresso, viene contestato anche il reato di maltrattamenti, per aver costretto i minori in un contesto di assoluta de-

GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO 8 Marzo 2019



<https://www.tarantinitime.it/2019/03/08/peno-ridotta-al-femminicida-il-presidente-dellordine-degli-psicologi-della-regione-puglia-riflette-sulla-sentenza/>

Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia riflette sulla sentenza

"La violenza di genere e qualsiasi forma di sopraffazione vanno combattute con la cultura"



La Corte d'Appello della Città di Bologna nel marzo 2019, ha deciso di ridurre da 30 a 16 anni la pena detentiva nei confronti di un femminicida. Nella sentenza si fa riferimento ad "una tempesta emotiva e passionale", diagnosi inesistente, che rappresenterebbe uno dei motivi "idonei ad influire sulla misura della responsabilità penale". Antonio Di Gioia, Presidente dell'Ordine degli Psicologi di Puglia afferma: "La violenza viene ancora associata alle parole passione e amore che vengono connotate, a loro volta, come possesso e controllo della donna da parte dell'uomo. Vige ancora la cultura" prosegue Di Gioia "purtoppo diffusa anche tra i giovanissimi, che vede il maschio come detentore di potere all'interno di una relazione sentimentale e la donna in posizione di sottomissione, oggetto di gelosia, ma-

nipolazione e ossessione. La gelosia viene ancora percepita come prova di "amore intenso e passionale" e la violenza fisica e psicologica giustificata come massima espressione di tale sentimento." Osserva ancora il Presidente "Colpisce e fa riflettere il fatto che pur in presenza di tutti gli elementi che caratterizzano la violenza di genere, questa sia stata "negata" da parte di operatori e operatrici di giustizia. Tale sentenza fa presupporre una forma di adesione ad una cultura per la quale un uomo, se tradito o abbandonato, sia legittimato a "strangolare a mani nude" la sua partner nel caso in cui questa non corrisponda allo stereotipo della donna sottomessa al potere maschile." Secondo il Presidente Di Gioia "L'amore dovrebbe essere caratterizzato dal rispetto e non dal possesso, dovrebbe essere basato sulla percezione dell'altro come persona e non come proprietà privata. Le pari opportunità, in una società in continua evoluzione, scatenano invece rabbia, gelosia e ostilità in una parte della popolazione maschile che non sa accettare e confrontarsi con i processi di emancipazione femminile. L'acquisizione della consapevolezza e del controllo delle nostre emozioni può essere raggiunta attraverso la trasmissione dell'educazione emotivo-affettiva soprattutto alle nuove generazioni." Infine, Antonio Di Gioia si appella all'unica via utile per arrivare alla civile convivenza "La violenza di genere e qualsiasi forma di sopraffazione e molestia vanno combattute attraverso la diffusione di una cultura basata sul rispetto e sulla capacità di confronto e accoglienza di tutte le differenze".

TARANTINI TIME 8 Marzo 2019

Giornale di Puglia

<https://www.giornaledipuglia.com/2019/03/03/bari-un-nuovo-caso-di-hiv-settimana.html>

Bari, un nuovo caso di Hiv a settimana



BARI - L'allarme è stato lanciato dal professor Giacchino Angarano, direttore della Clinica di Malattie infettive dell'Università di Bari. Nella città di Bari e in provincia ogni settimana viene registrato un nuovo caso di infezione contratta, un dato che ha riacceso i riflettori sul problema. "Sembra assurdo ma nel 2019 ci ritroviamo ad affrontare un tabù che sembrava avessimo lasciato negli anni '80", commenta il presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia. "Da quanto leggiamo in questi giorni, per la maggior parte dei casi non si tratta di tossicodipendenti ma giovanissimi che contraggono l'Hiv per esperienze sessuali non protette". "Un fenomeno che deve farci interrogare su quanta efficacia abbia il sistema attuale di sensibilizzazione. Serve il massimo impegno di tutte le attività professionali coinvolte e non lasciare solo il team del professor Angarano". "Nelle scuole bisognerebbe istituire un presidio, una presenza costante di professionisti capaci di ascoltare e dialogare con i ragazzi. La prima terapia per contrastare il killer dell'Hiv è la conoscenza. Avere le informazioni giuste al momento giusto e la possibilità di confrontarsi con persone adulte senza schermi, è la prima prevenzione".

GIORNALE DI PUGLIA
21 Marzo 2019

Il Messaggero.it

https://www.ilmessaggero.it/italia/manduria_anciano_seviziato_baby_gang_ultimissime_news_27_aprile_2019-445823.html

Manduria, picchiato a morte dalla baby gang. Inquirenti: «Ragazzi normali, violenti per noia»



Violenti per gioco o per noia. Avevano preso di mira un pensionato che aveva problemi psichici, viveva da solo, appariva indifeso, succube, e non reagiva alle provocazioni. Per loro era diventato uno zimbello da deridere. Solo due dei 14 giovani indagati per la morte del 66enne di Manduria (Taranto) che ha subito per anni violenze in stile arancia meccanica hanno precedenti. Gli altri vivono in contesti familiari definiti «normali», quasi tutti frequentano ancora la scuola, e, stando alle dichiarazioni dei loro legali, ora si dicono pentiti di quello che hanno fatto. Dodici minorenni tra i 16 e i 17 anni e due maggiorenni di 19 e 22 anni sono indagati dalla procura dei minori e della procura ordinaria per i reati di omicidio preterintenzionale, stalking, lesioni personali, rapina, violazione di domicilio e danneggiamento. L'inchiesta che ha sconvolto la comunità di Manduria, comune del versante orientale tra i più grandi della provincia di Taranto, riguarda la morte di Antonio Cosimo Stano, ex dipendente dell'Arsenale militare deceduto il 23 aprile scorso a distanza di 18 giorni dal suo ricovero nell'ospedale cittadino, dopo essere stato sottoposto a due interventi chirurgici. I giovani, secondo gli inquirenti, durante gli assalti nell'abitazione dell'uomo e per strada si sarebbero ripresi con i telefonini mentre sottoponevano la vittima a violenze con calci, pugni e persino bastoni, per poi diffondere i video nelle chat di Whatsapp. Sedicenne albanese ferito a Roma: forse colpito durante un furto in casa dal proprietario. Uno di questi video, della durata di 15 secondi, adesso circola anche su Facebook e ritrae uno dei ragazzi che umilia la vittima. Il pensionato pronuncia una frase in dialetto: «Miliardi ti personi ci sono e ieni sempre ddo mei?» (miliardi di persone ci sono e vieni sempre da me?). E il bullo lo picchia e lo spinge con violenza facendolo cadere per terra, mentre altri giovani ridono. Per il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia filmare e condividere i filmati «serviva evidentemente a rinforzare il loro l'appagante sensazione di prevaricazione». I componenti della baby gang, che si facevano chiamare «gli orfanelli», si erano accaniti contro il pensionato, che soffriva di un disagio psichico ed era incapace di difendersi e di reagire. Loro lo chiamavano «il pazzo del Villaggio del fanciullo», dal nome dell'oratorio annesso alla chiesa di San Giovanni Bosco che si trova davanti alla sua abitazione. Qualche giorno prima del suo ricovero, i bulli lo avrebbero percosso sottraendogli 300 euro. L'uomo, visibilmente provato, non dormiva e non si alimentava da giorni. Il medico legale di Bari, Liliana Innamorato, che ieri ha eseguito l'autopsia, ha chiesto 60 giorni di tempo per il deposito della relazione. Dovrà accertare l'esistenza di affezioni patologiche e dire «se le stesse possano essere state causate, concausate o aggravate da fatti traumatici, anche di natura psichica» subiti dalla vittima. I magistrati inquirenti probabilmente già nei prossimi giorni interrogheranno gli indagati. In paese ci si continua a interrogare sulla vicenda, sul come sia potuto accadere che nessuno abbia fermato prima quella spirale di violenza. Uno dei minori coinvolti si sarebbe giustificato sui Social network scrivendo di aver preso parte a quei raid «per passare il tempo, per gioco»

IL MESSAGGERO 27 Aprile 2019



LA MENTE DEPRESSA.

COMPRENDERE E CURARE LA DEPRESSIONE CON LA TERAPIA COGNITIVA.

A CURA DI Antonella Rainone e Francesco Mancini, FrancoAngeli Editore.

DI KATIA TENORE

Al lettore che si affaccia al volume di recente pubblicazione "La mente depressa" a cura di Antonella Rainone e Francesco Mancini, viene presentato un quadro completo del complesso fenomeno della depressione. Questo disturbo, definito dagli Autori *un'emergenza mondiale*, è descritto da differenti punti prospettici che fanno capo ai più accreditati modelli esplicativi, tra cui quelli di Aaron Beck e di Martin Seligman, capifila rispettivamente del modello cognitivo di comprensione e cura della depressione e della teoria

dell'impotenza appresa, transitata poi nella Hopelessness Depression.

Più avanti nel testo gli Autori analizzano i fattori di mantenimento e la genesi del fenomeno depressivo, provando, con pieno successo, a rispondere al fondamentale quesito relativo alle ragioni per cui si passi da un dolore naturale per la perdita alla sofferenza patologica depressiva. In particolare dopo aver descritto il ruolo della ruminazione depressiva, gli Autori propongono un originale modello esplicativo dei paradossi della depressione, nel quale quelle che ci appaiono

delle cocciute resistenze al cambiamento della persona depressa, sono illustrate e chiarite in termini di scopi perseguiti e di credenze disfunzionali. Gli Autori sottolineano che i meccanismi responsabili dell'accettazione di eventi avversi, quali perdite e fallimenti, risultano compromessi nella depressione. Tale modello è frutto del lavoro del gruppo clinico e di ricerca della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Roma.

La cura della depressione, è approcciata oltre che con la descrizione degli interventi CBT standard, anche attraverso gli approcci della terza ondata, con focus su Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Compassion focused Therapy e Mindfulness.

Il lavoro presenta inoltre una importante attenzione ad aspetti troppo spesso trascurati nella concettualizzazione del funzionamento patologico quali le risorse e i fattori che contribuiscono alla resilienza personale. Sulla stessa linea, il benessere

psicologico e le sue dimensioni vengono approcciate attraverso la descrizione della Well-Being Therapy come strategia terapeutica per ridurre il rischio di ricadute sintomatologiche.

Il testo si chiude con un interessante approfondimento della Terapia Interpersonale e delle sue similitudini con la terapia Cognitivo Comportamentale.

A mio parere il libro, oltre a distinguersi per un elevato valore scientifico si presta in maniera

textbook

La mente depressa

Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva

A cura di
Antonella Rainone
Francesco Mancini

PSICOLOGIA

FrancoAngeli

versatile a diversi usi e soddisfa diversi bisogni formativi. Costituisce sicuramente un manuale di riferimento nella sua globalità, ma allo stesso tempo i singoli capitoli possono soddisfare bisogni di approfondimento più circoscritti. Questa sua stessa natura fa sì che il volume sia fruibile da chi approccia per le prime volte il tema del fenomeno della depressione e chi invece, necessita di un aggiornamento o di estendere la propria conoscenza ad approcci più recenti.



BULLI, CYBERBULLI E VITTIME

DINAMICHE RELAZIONALI E AZIONI DI PREVENZIONE, RESPONSABILITÀ CIVILI E RISARCIMENTO DEL DANNO

CURATRICI: Maria Grazia Foschino Barbaro, Paolo Russo

CONTRIBUTI DI: Teresa Antonicelli, Vito Mauro Brugnola, Domenica De Iaco, Stefania Ferrante, Martiva Goffredo, Gianmarco Torrigiani, Grazia Tiziana Vitale

EDITORE: Franco Angeli

COLLANA: **Cismai** promossa dal Coordinamento Italiano contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia Re-
censione a cura di Alessia Laforgia

Il termine bullismo, che deriva dall'inglese "bullying", viene usato nella letteratura internazionale per connotare il fenomeno delle prepotenze tra pari in un contesto di gruppo. È un fenomeno antico, sebbene oggi sia connotato di nuove sfaccettature dovute ai cambiamenti della società e allo sviluppo tecnologico. Una nuova manifestazione di violenza tra pari, è infatti, il cyberbullismo, frutto dell'attuale cultura globale in cui le macchine e le nuove tecnologie sono sempre più spesso vissute come delle vere e proprie estensioni del sé. La letteratura recente sottolinea, in maniera sempre più marcata, la necessità che le istituzioni scolastiche e le famiglie facilitino la promozione delle competenze socio-emotive e relazionali di bambini e ragazzi, quali la consapevolezza di sé, l'alfabetizzazione emotiva, l'empatia e la capacità di risolvere i conflitti. Tali competenze sembrano essere degli importanti

fattori di protezione rispetto a disturbi della condotta e fenomeni di bullismo e cyberbullismo. Inoltre appare sempre più urgente un'attenzione particolare ai percorsi di prevenzione, contrasto e supporto alle vittime, in una visione che tenga conto delle responsabilità di tutti gli attori coinvolti.

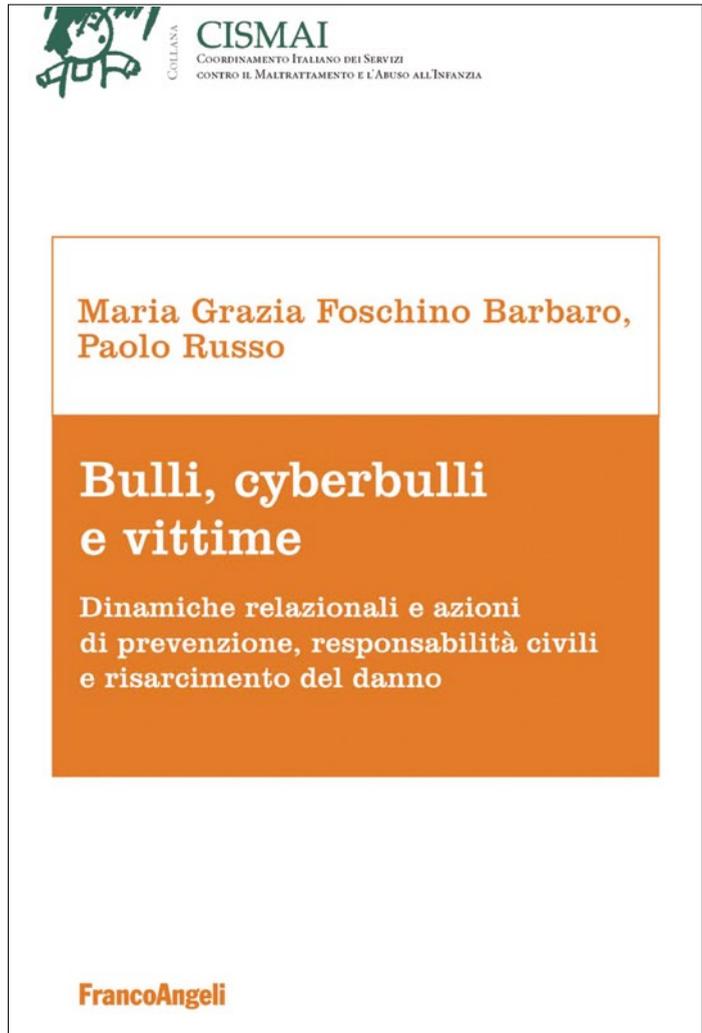
A tale bisogno risponde sicuramente il volume "Bulli, cyberbulli e vittime" edito da FrancoAngeli e curato da Maria Grazia Foschino Barbaro, psicologa-psicoterapeuta cognitivo comportamentale, responsabile scientifico per la regione Puglia del Programma di prevenzione dei pericoli per la salute associati alle violenze online "Teen Explorer" nonché componente del Consiglio Direttivo del Cismai (Coordinamento italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia); e Paolo Russo, avvocato del Foro di Firenze, esperto nella tutela dei soggetti fragili e

dei diritti alla persona e componente della Commissione Scientifica Cismai.

Il libro racchiude il contributo di diversi professionisti, esperti in materia ed impegnati nell'ambito della tutela dei minori, che offrono preziosi spunti di riflessione e autorevoli prassi di rilevanza sul tema affrontato. L'intento dei lavori è quello di offrire una prospettiva innovativa e multidisciplinare sul tema del bullismo e del cyberbullismo, affrontato sotto l'aspetto psicologico, socio-educativo e giuridico. Il testo inoltre, propone modelli concettuali e pratici per contrastare un fenomeno così dilagante sia online che offline.

Nella prima parte del volume vengono descritte le caratteristiche specifiche del bullismo e le varie tipologie esistenti. Viene inoltre approfondito lo studio dei profili psicologici di tutti gli attori coinvolti: vittime, bulli, osservatori, famiglie e contesti di riferimento. La letteratura recente conferma che all'interno del sistema familiare prima e di quello sociale poi, la presenza di competenze comunicative positive e la stabilità emotiva, siano indici predittivi di un adattamento psicosociale favorevole; mentre l'eccessivo controllo genitoriale, soprattutto di tipo psicologico, sembra essere un fattore di rischio associato a difficoltà di adattamento sociale. In questa parte vengono inoltre presentate teorie e metodologie di prevenzione, come quella di Mrazek e Haggerty (1994), che articola la prevenzione su tre livelli, rispettivamente rivolti alla popolazione a rischio e non, alla popolazione a rischio e ad individui che già presentano

sintomi o comportamenti problematici. Vengono qui riportati, esempi di iniziative di prevenzione già messe in atto, tra le quali "Teen Explorer", un programma pugliese di promozione della salute contro il cyberbullismo e l'adescamento online ideato da GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, diretto dalla dott.ssa Maria Grazia Foschino Barbaro, che si propone di promuovere il benessere psico-fisico degli studenti attraverso l'implementazione di un piano di azioni mirato ad



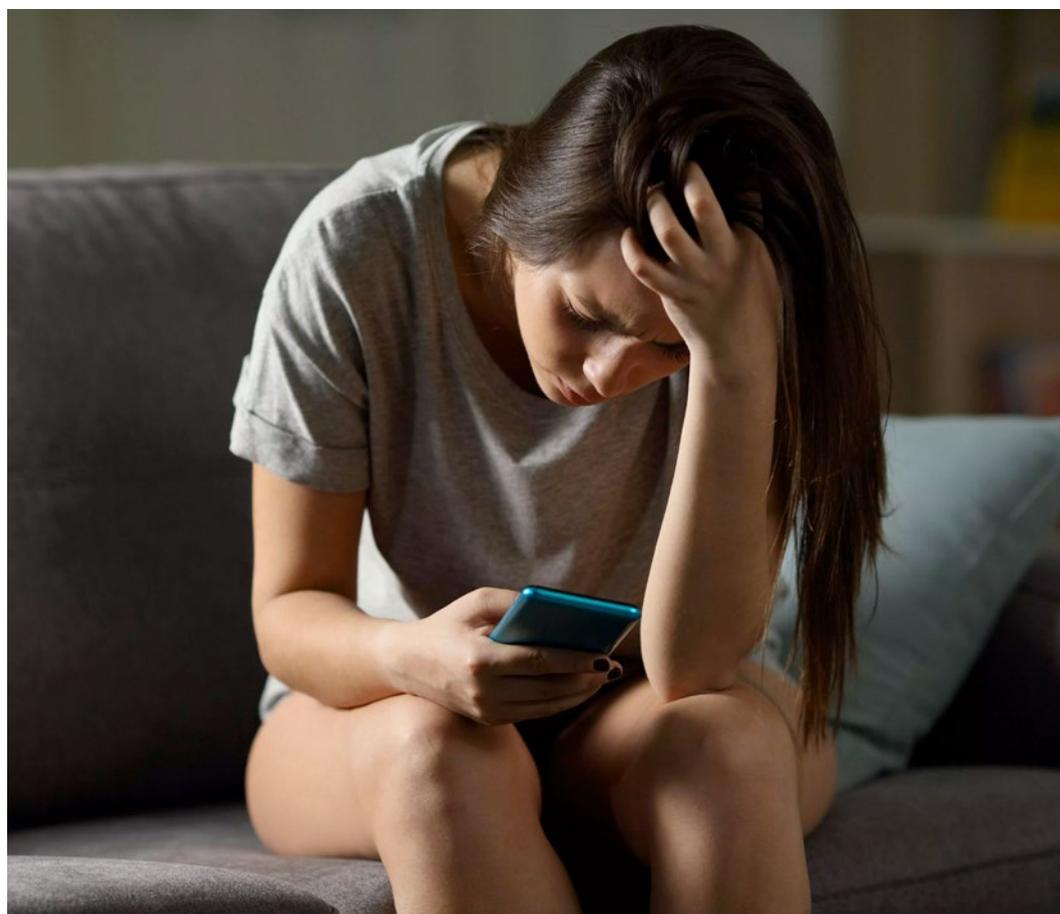


accrescere la conoscenza e al consolidamento di comportamenti funzionali a fronteggiare i rischi connessi all'uso improprio della rete. La prima parte del volume si conclude con i protocolli evidence based sulla presa in carico di autori e vittime, dal processo di assessment all'intervento psicoterapico.

La seconda parte del testo è invece dedicata all'inquadramento giuridico del fenomeno e di come la parola "bullismo" compaia per la prima volta in tempi recenti, a partire dal Decreto Legge 9 febbraio 2012 n.5, fino ad arrivare alle nuovissime "Linee di Orientamento per la prevenzione e il contrasto del cyberbullismo" pubblicate dal MIUR nell'ottobre 2017. Vengono qui approfon-

dite poi le responsabilità civili di tutti gli attori coinvolti, non solo vittima e bullo, ma anche i difensori della vittima, gli spettatori passivi e solidali, gli aiutanti e i sostenitori del bullo. E per concludere, l'ultima parte del testo vede un dettagliato quadro delle normative nazionali e regionali vigenti, nonché le recenti proposte di legge in corso di approvazione.

"Bulli, cyberbulli e vittime", un lavoro articolato e approfondito, utile vademecum per gli addetti ai lavori, ma anche per le istituzioni scolastiche, docenti e genitori, rappresenta un prezioso contributo su un tema tanto antico quanto di violenta e incontrollabile attualità.





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
presidenza@psicologipuglia.it

Pec segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito www.psicologipuglia.it

N. totale iscritti alla sez. A al 10/05/2019 **5644**

N. totale iscritti alla sez. B al 10/05/2019 **13**

N. totale iscritti con riconoscimento **2487**
per l'attività psicoterapeutica

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente Dott. Antonio Di Gioia
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente Dott.ssa Vanda Vitone
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Segretario Dott.ssa Vanna Pontiggia
Lunedì e Mercoledì
ore 16:00 - 17:00

Tesoriere Dott.ssa Marisa Yildirim
Mercoledì ore 14:00-16:00

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

CONSULENZA FISCALE-TRIBUTARIA

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve il Lunedì dalle 15.30 alle 17.30.

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793 o inviando una mail a **consulentefiscale@psicologipuglia.it**;

CONSULENZA LEGALE

Avv. Francesco Mascoli

È possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

SPORTELLO DI CONSULENZA SU BANDI DI FINANZIAMENTO COMUNITARI, NAZIONALI E REGIONALI

Dott.ssa Valentina Vitale

Attivo per info il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30.

Indirizzo di posta dedicato:

sportello@psicologipuglia.it.

È possibile fissare un appuntamento telefonando il mercoledì ed il venerdì dalle ore 16.30 alle ore 17.30, al numero 3711403656.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede dell'Ordine in Bari alla via F.lli Sorrentino n°6.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove



modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione.

Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare: 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati;

2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

È necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

- 1 L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.
- 2 Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamen-

to all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

- 3 L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;

- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n° 15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.

CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE

dott. Antonio Di Gioia

presidenza@psicologipuglia.it
antonio.digioia.153@psypec.it

VICEPRESIDENTE

dott.ssa Vanda Vitone

vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it

SEGRETARIO

dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia

vannapontiggia@gmail.com
giovannateresa.pontiggia@pec.it

TESORIERE

dott.ssa Marisa Yildirim

marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it

CONSIGLIERI

dott.ssa Paola Annese

paolaannese83@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. Antonio Calamo-Specchia

a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. Geremia Caprioli

caprioligeremia@gmail.com
geremia.caprioli.467@psypec.it

dott. Ferdinando De Muro

ferdinandodemuro@libero.it
ferdinando.demuro.385@psypec.it

dott. Massimo Frateschi

massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa Anna Gasparre

gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. Victor Laforgia

victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa Anna Loiacono

annaloiacono.d@gmail.com
anna.loiacono.444@psypec.it

dott. Raffaele Maniglia

raffaele.maniglia.980@psypec.it

dott. Giuseppe Saracino

g.saracino1985@gmail.com
giuseppe.saracino.066@psypec.it

dott.ssa Emanuela Soleti

manusoleti@gmail.com
emanuela.soleti.317@psypec.it

SERVIZIO GRATUITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) PER GLI ISCRITTI:

ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo.

Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2019
Vol. 23

JEAN PIAGET

Psicologo, biologo, pedagogista e
filosofo svizzero. Fondatore dell'epi-
stemologia genetica.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 23 - GIUGNO 2019

**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 Capriuoli

dott. Antonio Calamo-Specchia

dott.ssa Paola Annese

dott. Massimo Frateschi

STAMPA

Sud Stampa snc di G. Morisco & C.

Sede legale: Via San Giuseppe, 3/d

70026 Modugno (Ba)

Tel. 080 8690998



SEGRETERIA ORDINE

-  Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari
-  +39 080 5421037
-  +39 080 5508355
-  segreteria@psicologipuglia.it
-  www.psicologipuglia.it