

psicopuglia

n. 15 - giugno 2015



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia

ISSN 2239-401X

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 e 3, DCB S1/BA



In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 Cerimonia di giuramento degli psicologi: un impegno solenne per un alto valore professionale
- 2 Le società tra professionisti: tra prospettive e realtà

Iniziativa del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 4 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini
- 5 Commissione Tutela della Professione e Contrasto all'Abusivismo
- 6 Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Ricerche

- 8 Cocainomani e giocatori d'azzardo, quali analogie? Un'osservazione trasversale presso il Ser.D di Modugno (Ba)
- 13 Indicazioni alla psicoterapia familiare per il Disturbo Oppositivo Provocatorio attraverso l'analisi dei risultati
- 19 Studio sull'educazione all'affettività ed alla sessualità

- 23 I giocatori d'azzardo. Personalità e sottotipi
- 29 Giocatori e non giocatori, un confronto sulle caratteristiche di personalità

Rassegna e approfondimenti tematici

- 34 Lo psicodramma Moreniano: un metodo di psicoterapia contemporanea
- 37 Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte
- 45 Mentalizzazione: il costruito
- 50 Fondamenti della Gruppoanalisi: il filone storicistico-relazionale
- 52 L'interruzione di gravidanza alla XXII - XXV settimana: l'aborto terapeutico. Aspetti legali - Aspetti psicologici
- 64 Eating Disorders and New Media
- 69 La presa in carico del soggetto abusante
- 71 Vittimologia

Metodologia del lavoro psicologico

- 76 La terapia basata sulla mentalizzazione (mbt)
- 81 Dallo stigma della disabilità alla valorizzazione delle

abilità: lo sport come supporto alla riabilitazione

Esperienze sul campo

- 88 Quando l'emergenza colpisce i bambini "la farfalla scaccia paura..." Intervento psicologico nel crollo della Scuola Primaria "Pessina" di Ostuni
- 91 Psicoterapia e psicosi: una esperienza di laboratorio gruppale in un CSM
- 104 Psicologia "nella" comunicazione: il pensiero e le relazioni al tempo di facebook
- 111 La funzione della "Dramatis persona nella gruppoanalisi"

Spazio Neolaureati

- 115 Differenze individuali nella suggestionabilità della testimonianza: una ricerca sulla GSS2
- 122 Pratiche di insegnamento e utilizzo delle tecnologie: il punto di vista dei docenti
- 129 Comunicato stampa
- 137 Novità in libreria
- 141 Notizie dalla Segreteria

Cerimonia di giuramento degli psicologi: un impegno solenne per un alto valore professionale

Antonio Di Gioia

Nel corso del convegno tenutosi a Bari il 28 marzo scorso, dal titolo “2014 un anno con voi: il nostro percorso insieme”, è stata celebrata la cerimonia di giuramento dei neo iscritti.

Alla cerimonia, per l’alto valore simbolico che riveste quale momento di passaggio alla professione di psicologo, ha espressamente voluto essere

che gravose, responsabilità attinenti ad una figura che lavora nel campo della salute.

È apparso opportuno pensare ad una iniziativa in grado di sottolineare il valore e la dignità del titolo professionale raggiunto con instancabile passione e dedizione dai giovani iscritti.

Un momento importante che ha trovato la sua naturale collo-

il Consiglio Nazionale degli Psicologi nel segno della condivisione d’intenti: rafforzare la nostra identità professionale, rappresentare con forza la nostra professionalità in tutti quegli ambiti che sono di nostra competenza e ampliare gli spazi occupazionali per il nostro settore anche in maniera innovativa.



partecipe il Presidente dell’Ordine Nazionale degli Psicologi Fulvio Giardina.

La cerimonia di giuramento, organizzata per la prima volta dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, è stata fortemente sostenuta quale chiaro segno della consapevolezza e comprensione delle competenze professionali e delle, a volte an-

che gravose, responsabilità attinenti ad una figura che lavora nel campo della salute. È apparso opportuno pensare ad una iniziativa in grado di sottolineare il valore e la dignità del titolo professionale raggiunto con instancabile passione e dedizione dai giovani iscritti. Un momento importante che ha trovato la sua naturale collo-

cazione nell’ambito delle riflessioni che hanno accompagnato i risultati di un anno di attività, delle innovazioni che il Consiglio sta implementando, anche al fine di rafforzare coesione e rafforzamento dell’identità professionale dello psicologo. La presenza del Presidente Giardina ha sigillato il forte legame tra il nostro Ordine e

L’emozione e partecipazione che hanno accompagnato la consegna della pergamena e del codice deontologico hanno sottolineato il raggiungimento di un traguardo che apre ad una nuova sfida da affrontare con competenza e professionalità nella identificazione di un percorso comune.

Le società tra professionisti: tra prospettive e realtà

La necessità di trasformare gli studi professionali in forme maggiormente strutturate, in grado di adeguarsi a tempi ed esigenze del mondo odierno, ha portato il legislatore a istituire le società tra professionisti, un modello societario che nasce per superare la consueta formula dello studio associato, offrendo la possibilità di far interagire professionalmente anche soci iscritti a Organi professionali diversi o anche non iscritti, purché il loro contributo sia riservato esclusivamente a prestazioni tecniche o investimenti.

Con il D.M. 8 febbraio 2013 n. 34, recante *“Regolamento in materia di società per l’esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell’articolo 10, comma 10, della legge 12 novembre 2011, n. 183”* il nostro ordinamento ha provveduto a disciplinare la **Società tra professionisti, già introdotta con la Legge n.183 del 2011.**

Il suddetto decreto ministeriale ha provveduto a individuare i modelli di società, l’oggetto della prestazione professionale e la sue modalità di esecuzione da parte del socio professionista, nonché regolamentare l’iscrizione al registro delle Imprese e l’eventuale iscrizione all’albo o ordine.

In base all’articolo 1, le società tra professionisti sono costituite secondo uno dei modelli societari previsti dal nostro ordinamento aventi ad oggetto l’esercizio di una o più attività professionali.

Le forme societarie secondo le quali può essere costituita una **STP sono quelle della** società semplice, società in nome collettivo, società in accomandita semplice, società per azioni, società in accomandita per azioni, società a responsabilità limitata, società cooperativa.

Pertanto, la società tra professionisti può essere aperta come società a responsabilità limitata con un versamento del capitale sociale da 1 a 10.000 euro. Oppure, sotto forma di società

semplice, una forma societaria tipicamente impiegata per le attività economiche non commerciali, appropriata all’oggetto della società tra professionisti non configurabile come attività di impresa.

La STP sarà **mono disciplinare** quando l’oggetto sociale della società professionale preveda l’esercizio di una sola attività, **multi disciplinare** quando l’oggetto sociale preveda più attività professionali.

Possono istituire una STP i soli professionisti che per esercitare la propria professione hanno l’obbligo di iscrizione a collegi, ordini o albi specifici, quali medici, veterinari, farmacisti, fisioterapisti, psicologi, ingegneri, avvocati, commercialisti.

Per la STP è obbligatoria l’**iscrizione al Registro delle Imprese come società tra professionisti**, nella sezione speciale del Registro imprese, sezione speciale diversa in base al tipo di forma societaria prescelta dai soci.

La certificazione relativa all’iscrizione nella sezione speciale riporta la specificazione della qualifica di società tra professionisti.

La società tra professionisti viene inoltre iscritta anche **in una sezione speciale degli albi o dei Registri tenuti presso l’Ordine o il Collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti.**

Nel caso di società multidisciplinare, e quindi di società tra professionisti che esercitano più professioni protette, va individuata prima l’attività prevalente nello statuto e poi va effettuata l’iscrizione all’ordine, collegio o albo nella cui circoscrizione è situata la sede legale della STP. Segue comunicazione entro 30 giorni dell’inizio dell’attività.

Per quanto attiene specificamente alla nostra professione, affinché si possa acquisire lo status di socio della STP, bisogna essere iscritti ad uno degli Ordini Territoriali degli Psicologi ovvero essere cittadini di uno Stato membro dell’Unio-

ne Europea ed essere in possesso del titolo di studio abilitante.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, la STP potrà avere soci non iscritti ad alcun ordine, collegio, albo purché si limitino a prestare esclusivamente a attività tecniche o entri- no in società per finalità di investimento.

Tuttavia, il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci, ai sensi dell'art. 10, comma 4, L. 12 novembre 2011, n. 183.



L'incarico professionale conferito alla società deve essere eseguito solo dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della prestazione professionale richiesta (ad esempio, iscrizione all'Albo). La designazione del professionista che svolgerà l'incarico deve essere compiuta dal cliente o, se quest'ultimo non opera una scelta, la società deve comunicargli per iscritto il nome del professionista scelto. Il socio professionista può avvalersi, sotto la propria direzione e responsabilità, della collaborazione di

ausiliari e, solo in relazione a particolari attività per sopravvenute esigenze non prevedibili, può avvalersi di sostituti.

La Legge n. 183/2011 non aveva fornito indicazioni precise sul regime fiscale, decretandone una operatività incerta e limitandone in tal modo la diffusione. A parziale adattamento del vuoto normativo, l'Agenzia delle Entrate ha dichiarato di considerare il reddito complessivo delle società tra professionisti come reddito d'impresa, e non come reddito da lavoro autonomo. Le società professionali non costituiscono un genere autonomo con causa propria, ma appartengono

alle società tipiche disciplinate dai titoli V e VI del libro V del Codice civile, e pertanto sono soggette alla disciplina legale del modello societario prescelto. Né la legge, né il regolamento dicono nulla sul trattamento fiscale dei redditi prodotti dalle STP, pertanto il reddito complessivo è tassato come reddito d'impresa in base

agli articoli 6, ultimo comma, e 81 del TUIR.

In conclusione, le società tra professionisti possono rappresentare un'importante occasione di modernizzazione degli studi professionali tecnici, posto che le principali motivazioni alla costituzione di una società tra professionisti dovrebbero essere quelle di sviluppare maggiori competenze ottenendo adeguate sinergie, in modo da favorire crescita e sviluppo professionale ma anche puntare ad un aumento dei profitti.

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Giugno - Dicembre 2014)

Componenti: Paola Annese, Marisa Yildirim

La Commissione “ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI” per il periodo gennaio – giugno (I semestre) 2015 ha proseguito la programmazione basata su una metodologia pragmatica per il perseguimento di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine, per il progresso della cultura e formazione psicologica. La programmazione è stata sviluppata secondo gli obiettivi, le funzioni e la metodologia già avviata favorevolmente nell’anno 2014, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva di tutta la comunità professionale degli psicologi. A tale proposito, vengono tenuti presenti costantemente i riferimenti legislativi, le norme e le Linee guida del CNOP.

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

Convegno organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, dal titolo: “*DITEGLI SEMPRE DI SÌ... Storia della costruzione di un’onnipotenza trigerazionale*”, presso l’Auditorium Tarentum, Via Regina Elena, 122, Taranto, nei giorni 15-16 gennaio 2015.

Evento Formativo ECM dal titolo: “*Quando il cuore scappa con la mente, anche le persone intelligenti fanno cose irrazionali*” (Prof. ssa Lorna Smith Benjamin), organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia CHANGE e dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia tenutosi a Bari, presso Villa Romanazzi Carducci, il giorno 10.03.2015.

Convegno organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, dal titolo: “*2014 un anno con voi: il nostro percorso insieme*”, tenutosi a Bari, presso l’Hotel Excelsior Con-

gressi, il giorno 28.03.2015.

Evento Formativo ECM, dal titolo: “*MINORI E DIRITTI RISTRETTI: ISTITUZIONI, SERVIZI E PROFESSIONISTI AFFRONTANO INSIEME I CAMBIAMENTI DELLA FAMIGLIA*” organizzato in collaborazione tra l’Ordine degli Assistenti Sociali, l’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, l’Ordine dei Medici, l’Ordine degli Avvocati, tenutosi a Bari, presso l’Hotel Excelsior Congressi, il giorno 09.04.2015.

Evento Formativo ECM, dal titolo: “*Tutor e tirocini professionalizzanti: Linee guida e buone prassi*” organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, in collaborazione con l’Università degli Studi di Bari, tenutosi a Bari, presso il Centro polifunzionale (ex Palazzo delle Poste) Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, il giorno 12.05.2015.

Evento Formativo ECM, dal titolo: “*Psicodiagnostica: tempo passato o al passo con i tempi?*” organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previsto per il giorno 25.06.2015.

L’organizzazione dei convegni in sinergia con le funzioni delle attività formative e culturali si è sviluppata in tutto il territorio della Regione Puglia, attraverso nuove forme di comunicazione, partecipazione e interazione sia all’interno della comunità professionale degli psicologi, sia all’esterno verso altre comunità professionali regionali.

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.

Commissione Tutela della Professione e Contrasto all'Abusivismo

Coordinatore: Anna Loiacono

Componenti: Andrea Bosco, Geremia Caprioli, Maria Grazia Foschino, Anna Gasparre, Emanuela Soletti

Primo anno di insediamento della presente Commissione e numerose le segnalazioni giunte, non solo dai colleghi appartenenti al nostro Albo Professionale ma anche da parte di comuni cittadini, utenti di servizi psicologici, a dimostrazione della sensibilità al tema



della Tutela Professionale. Interesse, quindi, non soltanto dagli “addetti ai lavori”, che segnalano con il fine ultimo di proteggere la propria professionalità, ma anche attenzione dell’utente finale sempre più prudente nella valutazione di prestazione psicologica richiesta, professionista ed iter formativo da questi compiuto.

Attraverso le segnalazioni la Commissione, e il Consiglio, hanno avuto l’occasione di affrontare casi di differente complessità nella loro definizione (da un punto di vista legale o normativo) e questo è stato di monito per l’approfondimento di temi talvolta a carattere nazionale, di specifica competenza del CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi) che ha seguito a trattare i casi entro le sedi opportune.

La disamina delle segnalazioni ha riguardato soprattutto la valutazione di materiale quale siti web, video, locandine, pubblicità cartacea e web, contenuti didattici presentati nell’ambito di Master e Corsi e bandi di concorso emanati da pubbliche amministrazioni.

Le segnalazioni suddette hanno riguardato principalmente il tema dell’esercizio dell’attività psicoterapeutica, l’accessibilità alla somministrazione ed elaborazione di test psicometrici da parte di differenti figure professionali, l’in-



segnamento di competenze psicologiche ad utenze diversificate.

Inoltre, il lavoro di Commissione si è concentrato anche sulla strutturazione di una metodologia di lavoro condivisa che potesse essere efficace dal punto di vista delle tempistiche di disamina

di ogni singolo caso ed efficiente dal punto di vista della appropriatezza di analisi delle segnalazioni pervenute. A supporto di tali valutazioni la Commissione, e il Consiglio, si sono avvalsi costantemente del parere tecnico del consulente legale dell’Ordine il quale ha potuto così coadiuvare il lavoro consiliare.

In corso di definizione gli eventi programmati a sostegno della tutela della professione che vedrebbero coinvolte una serie di figure professionali, enti, istituzioni ed associazioni con cui andare a costruire solide sinergie con il fine prioritario di contribuire ad una capillare corretta conoscenza delle funzioni e del ruolo del professionista psicologo. Azioni che vedrebbero protagoniste non solo le utenze “target” già sensibilizzate per diagnosi, problematicità, o vicinanza alla cultura psicologica ma anche i Territori di riferimento più prossimi al cittadino quali le Circoscrizioni, i quartieri, così come le associazioni di consumatori e di cittadini, entità nelle quali la Comunità sente più forte la necessità di sostegno, e con essa più forte la necessità di conoscere le risorse professionali di cui può validamente avvalersi, contribuendo ad un più solido riconoscimento culturale dell’“immagine sociale” della figura professionale dello Psicologo.

Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Coordinatore: Antonio Calamo-Specchia

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

Nel semestre appena trascorso il nostro Ordine ha avviato, dal punto di vista comunicativo ed organizzativo, un cambiamento epocale: il passaggio dal vecchio sito web al Nuovo Portale, di seguito amichevolmente rappresentato dalla sigla NPOP (Nuovo Portale Ordine Psicologi).

La Commissione ha condotto i lavori insieme al webmaster della IDL, ditta vincitrice del Bando pubblico. Il percorso intrapreso, complesso ed articolato (e che ha visto impegnati i membri della Commissione non soltanto nell'ideazione delle nuove possibilità comunicative per gli iscritti, ma anche nell'appassionante compito di "traduzione"

Il percorso di costruzione di NPOP è infatti giunto al culmine con l'evento del lancio ufficiale dello scorso 28 Marzo, in occasione della giornata "Un anno con voi - Il nostro percorso insieme" in cui il Consiglio tutto ha presentato i lavori condotti e si è dato il via alla prima cerimonia ufficiale di giuramento dei nuovi iscritti. In quella occasione è stato dato il primo "click" a NPOP, con il plauso del Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Fulvio Giardina, presente per l'occasione.

A più di un mese dal lancio ufficiale, è dunque possibile iniziare a delineare le caratteristiche di questo nuovo strumento.



Rimettiamo ordine
Alle cose



nel concreto delle stesse e di integrazione fra competenze psicologiche e informatiche), può dirsi giunto al termine della sua fase iniziale.

Dai dati raccolti, è evidente subito il successo di pubblico che NPOP ha riscontrato. L'andamento delle visite è stato crescente dal momento del lancio ad oggi (si conta-

no all'incirca 6.400 sessioni) ed il tipo di utilizzo registrato (diversi "click" per ogni sessione, con visualizzazioni di diverse pagine per ciascuna sessione) lascia supporre una buona usabilità di NPOP ed una utilità funzionale alle esigenze degli iscritti, che hanno "trovato" su NPOP quello per cui si sono connessi: moduli, informazioni, aggiornamenti.

Si registra una buona percentuale di frequenza di rimbalzo e di nuove sessioni (rispettivamente 43.34% e 43.76%): ciò sta ad indicare che NPOP è stato ri-utilizzato frequentemente da chi vi ha navigato almeno una volta e, al tempo stesso, riesce a mantenere alto il livello di nuovi utenti, psicologi o non psicologi, che vi accedono per la prima volta.

La popolazione degli utenti di NPOP è prevalentemente femminile (come da tradizione nel mondo delle professioni "psi") mentre la fascia di età che maggiormente ha utilizzato il Portale è quella dai 25 ai 34 anni (45%).

Le pagine più visitate di NPOP sono state la "Home page", che si assesta al 39.69% (dato molto significativo perché la nuova home page a scorrimento è quella che racchiude la maggior parte dei servizi informativi presenti sul Portale), seguita dalla sezione "Eventi e corsi" (5.93%), dalla sottosezione "Eventi e corsi ECM" (3.14%), da "Eventi patrocinati dall'Ordine" ed "Eventi organizzati dall'Ordine", rispettivamente al 2.90% e 2.00%.

A seguire troviamo le categorie dedicate al lavoro: la categoria "Concorsi e lavoro" fa registrare una percentuale di visite dell'1.97%, mentre la categoria "Siti e portali per il lavoro" si assesta all'1.90%. In conclusione troviamo la categoria "L'Ordin-

ne" (1.56%), la sezione "Contatti" (1.32%) e la pagina dedicata all'evento "Tutor e tirocini professionalizzanti. Linee guida e buone prassi" svoltosi lo scorso Maggio (1.31%).

Per concludere, presentiamo un dato curioso, che rende però bene l'idea dell'importanza del processo di innovazione (e di visibilità globale) introdotto da NPOP. Il Portale è stato visionato, come ci si aspettava, prevalentemente dall'Italia (89.77% di sessioni). Si registrano però diverse sessioni dagli Stati Uniti (5.76%), dalla Germania (0.55%), dalla Russia (0.54%) e dal Brasile (0.38%). Si riscontrano infine sessioni avviate dalla Francia, Inghilterra, Olanda, Giappone!

L'Ordine accoglie con favore queste indicazioni, che spingono a muoversi in direzione di una sempre maggiore globalizzazione dell'immagine e della professione.

La Commissione è ora al lavoro per gestire questa "fase di passaggio" per NPOP, in cui è possibile che emergano criticità e difficoltà nel percorso di progressiva conoscenza di questo nuovo strumento da parte degli iscritti. Finora, è stato possibile risolvere tutte le difficoltà emerse, grazie proprio agli iscritti che hanno voluto segnalare all'Ordine le maggiori criticità emerse nella loro esperienza di navigazione.

Nel percorso di crescita ed innovazione intrapreso dall'Ordine, ancora una volta tutti gli psicologi hanno risposto con entusiasmo e dedizione nel contribuire ad un processo di miglioramento reciproco.

Si ricorda infine che per un utilizzo maggiormente fluido e per poter godere appieno delle potenzialità di NPOP, è consigliato l'utilizzo di browser e sistemi operativi aggiornati, possibilmente alle più recenti versioni.

Cocainomani e giocatori d'azzardo, quali analogie?

Un'osservazione trasversale presso il Ser.D di Modugno (Ba)

* Silvana Natale, ** Marika Losito, *** Marco De Fonte

*Dirigente psicologa di I livello presso il Ser.D di Modugno

**Tirocinante psicologa presso il Ser.D di Modugno

***Tirocinante psicologo presso il Ser.D. di Modugno

Riassunto

In questo lavoro abbiamo voluto evidenziare le probabili analogie di funzionamento psicologico esistenti tra i pazienti che utilizzano cocaina e i giocatori d'azzardo patologico.

Spesso questo tipo di dipendenze non vengono considerate tradizionalmente come gravi patologie che sono segnali di una profonda sofferenza psicologica, ma come semplici disturbi del comportamento e emerge un grave pregiudizio nei confronti di questi pazienti.

Pertanto vorremmo segnalare che dietro ogni comportamento disfunzionale si nasconde una storia difficile sia dal punto di vista interpersonale che dal punto di vista relazionale.

Parole chiave: Cocaina, gioco d'azzardo, depressione, funzionamento psicologico, attaccamento disfunzionale, autoterapia.

Introduzione

La cocaina è uno stupefacente che agisce sul SN (Sistema Nervoso). Il suo principale effetto farmacologico è quello di un blando anestetico e vasoconstrictore che provoca un eccitamento generalizzato. Gli effetti neuropsichiatrici sono estremamente vari, di questi fanno parte:

- Distorsione cognitiva e delle capacità recettive;
- Accentuazione della reattività fisica e mentale;
- Riduzione dello stimolo del sonno, della fame e della sete;
- Euforia;
- Maggiore socievolezza e facilità di relazione;
- Infaticabilità;
- Incremento della libido.

La cocaina può essere assunta in vario modo: orale, respiratoria, inalatoria, parentale (endovenosa, sottocutanea, intramuscolare). Le sensazioni sperimentate come piacevoli inducono a un riutilizzo della stessa. L'assunzione di cocaina determina un quadro di intossicazione che prevede una fase iniziale di piacevolezza ed euforia (rush) ed in seguito la comparsa di uno stato di intensa sgradevolezza nel momento dell'attenuarsi degli effetti (crash). Dopo breve tempo la persona può sviluppare una forte dipendenza. Nel corso dell'assunzione fumata in forma di crack si ha una più rapida assuefazione e dipendenza fin dalle prime volte di utilizzo. Nel momento in cui si è sviluppata la dipendenza la persona tende a mettere in atto comportamenti ripetitivi di ricerca della sostanza, investendo tempo ed energia solo per questa attività. Questo comporta un rapido deterioramento delle proprie attività e provoca gravi problemi personali e di salute senza che si riconosca per lungo tempo di avere una dipendenza.

Il DSM-IV prevede come criteri diagnostici per l'intossicazione:

1. Assunzione recente di cocaina;
2. Modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative, che si sviluppano durante o poco dopo assunzione di cocaina;
3. Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione di cocaina:
 - Tachicardia e bradicardia;
 - Midriasi;
 - Ipertensione o ipotensione;
 - Sudorazione o brividi;
 - Nausea o vomito;
 - Perdita di peso obiettiva;

- Agitazione psicomotoria o rallentamento;
- Debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore toracico o aritmie cardiache;
- Confusione, crisi epilettiche, discinesie, distonie o coma.

I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio spiegabili con un altro disturbo mentale.

Nella nuova edizione del DSM sono state fuse le categorie di abuso e dipendenza da sostanze in un unico disturbo da uso di sostanze, misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi quasi identici ai precedenti criteri.

Il gioco d'azzardo patologico è un disturbo del comportamento rientrante nella categoria diagnostica dei disturbi del controllo degli impulsi. Nelle edizioni di maggio 2013 del DSM il gioco d'azzardo è stato inquadrato nella categoria delle cosiddette "dipendenze comportamentali". Ha una forte attinenza con la tossicodipendenza, infatti il giocatore d'azzardo patologico mostra una crescente dipendenza nei confronti del gioco aumentando la frequenza ed il tempo impiegato a giocare, la somma spesa nell'apparente tentativo di recuperare le perdite investendo più delle proprie possibilità economiche e trascurando gli impegni che la vita richiede. Il giocatore è diagnosticato affetto dal gioco d'azzardo patologico (DSM-IV) se presenta almeno 5 dei seguenti sintomi che seguono:

1. È assorbito dal gioco, per es. è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse nel gioco, a pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare modi per procurarsi denaro per giocare;
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato;
3. Tenta di ridurre, controllare o interrompere il gioco d'azzardo, ma senza successo;
4. È irrequieto ed irritabile quando tenda di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. Gioca d'azzardo per sfuggire ai problemi o alleviare un umore disforico;
6. Dopo aver perso al gioco spesso torna per giocare ancora rincorrendo le proprie per-

dite;

7. Mente alla propria famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. Ha commesso azioni illegali come falsificazioni, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. Fa affidamento sugli altri per reperire denaro utile ad alleviare le situazione economica difficile causata dal gioco.

Il DSM-V ha rimosso il criterio n.8 poiché solo in casi molto gravi sono presenti questi tipi di comportamenti e non risulta essere indicativo per formulare la diagnosi, dunque il soggetto per essere diagnosticato giocatore d'azzardo patologico deve presentare almeno 4 dei sintomi sopra piuttosto che 5 come invece nel DSM-IV.

Dall'osservazione clinica di queste due tipologie di pazienti, abbiamo riscontrato delle analogie dal punto di vista del funzionamento psicopatologico, alla luce di questo è stata condotta la nostra ricerca.

Scopo

La presente ricerca si pone l'obiettivo di studiare ed evidenziare attraverso l'osservazione clinica e l'utilizzo di alcuni indici del test MMPI-2 se siano presenti delle differenze di funzionamento psicologico, in alcuni dei pazienti in carico presso il Ser.D. sito in Modugno(Ba).

L'ipotesi iniziale è quella di verificare che nel nostro campione di pazienti dipendenti da Cocaina e Gioco d'azzardo non ci fossero nette differenze negli indici di Depressione, Paranoia, Tratti psicotici (Schizofrenia) e Maniacalità ma piuttosto che queste differenze si evidenziassero tra i gruppi di pazienti e non pazienti.

Campione e strumenti

La ricerca è stata condotta utilizzando la valutazione di 10 protocolli MMPI-2; per la precisione

5 di pazienti dipendenti da cocaina e 5 giocatori d'azzardo scelti da un campione che rispettasse le categorie di età compresa fra i 25 e 50 anni, di sesso maschile e somministrati tra il 2009 e il 2014.

Questi protocolli sono poi stati comparati ai protocolli somministrati al gruppo di non pazienti ossia 10 persone, selezionate random, che rispecchiassero i parametri di cui sopra e che non avessero mai avuto nessuna esperienza di dipendenza patologica.

Come già accennato, il test di riferimento è l'MMPI-2 (Minnesota, Multiphasic, Personality, Inventory- 2) considerato il test più diffuso per valutare le principali caratteristiche di personalità.

Esso è utilizzato sia in ambito psicologico che psichiatrico e può studiare caratteristiche sia normali sia patologiche di personalità. E' composto da 567 ITEMS a cui l'individuo deve rispondere Vero o Falso a seconda se l'affermazione sia per lui prevalentemente vera o prevalentemente falsa e da 10 scale di base, 6 di validità, 15 di contenuto e 15 supplementari.

La versione da noi utilizzata in questa ricerca è la forma breve composta da 370 ITEMS,.

La ricerca è stata avviata conoscendo singolarmente ogni paziente del Ser.D. di Modugno(Ba) mediante l'utilizzo delle psicologhe di riferimento e delle cartelle cliniche a disposizione del servizio.

Risultati

Confrontando gli indici presi da noi in considerazione è emerso che non sono presenti differenze significative tra il campione di cocainomani e giocatori d'azzardo ma confermando l'ipotesi iniziale emergono nette differenze nei punteggi medi tra soggetti con dipendenza patologica e non.

Più precisamente il gruppo di pazienti dipendenti da cocaina presenta punteggi medi nella scala della Depressione un punteggio di 73 contro il 71 dei giocatori d'azzardo e il 55 del gruppo di controllo, un punteggio di 63 nella scala della paranoia così come i giocatori d'azzardo, conto il 51 del gruppo di controllo e infine un punteggio di 65 nella scala della Maniacalità contro il 60 dei giocatori d'azzardo e il 48 del gruppo di controllo.

Analizzando questi risultati possiamo quindi affermare che la dipendenza patologica causa un

aumento dei punteggi nelle scale di cui sopra, in particolare nella scala della Depressione.

Alla luce di questo, mediante l'esposizione delle storie di vita, abbiamo riscontrato che in tutti i pazienti facenti parte del campione, era presente un alto indice di Depressione e di vissuti abbandonici relativi al periodo evolutivo.

A tal proposito ci siamo concentrati su 2 di questi che meglio rappresentano il gruppo.

Il caso di A.

Il primo paziente sul quale ci soffermiamo è A. un uomo di 48anni, coniugato con 3 figli a cui è stato diagnosticato il gioco d'azzardo patologico.

A. è l'ultimogenito di 9 figli, orfano di padre dall'età di 9 anni per questo costretto ad abbandonare la sua grande passione per il calcio a causa del precoce inserimento lavorativo per affrontare i problemi economici gravi che la sua famiglia stava attraversando.

A. non manifesta mai comportamenti inadeguati, appare sempre molto rispettoso alle richieste materne e sviluppa negli anni un disturbo dipendente di personalità più sul versante passivo e un disturbo bipolare.

Si sposa intorno ai 25 anni con una donna competente, colta e dominante.

Le cose sembrano andare relativamente bene sino a quando nel 2012 il paziente perde il lavoro di autista svolto per diverso tempo e che aveva la valenza di sostegno economico per la famiglia.

Il suo senso di inadeguatezza e di incapacità così aumenta fino al manifestarsi della Depressione e di un pensiero suicida che però non ha il coraggio di mettere in atto.

A questo punto emerge il comportamento compulsivo rispetto al gioco fino ad accumulare debiti per una cifra considerevole e fino a quando sua moglie lo spinge ad affidarsi al Ser.D.

Durante la valutazione psicologica, emerge la fragilità e il senso di incapacità che quest'uomo ha sviluppato nel corso della sua vita e nella relazione coniugale che se per un verso ha rappresentato una risorsa, per un altro ha definito la conferma della sua difficoltà ad affrontare le problematiche personali e familiari.

Il comportamento compulsivo è apparso come una possibilità di riscatto nei confronti di una vita

piena di insuccessi.

Pertanto il terapeuta ha scelto di lavorare con la coppia coniugale cercando di modificare la complementarietà rigida che la connotava, restituendo a lui il potere di capofamiglia e marito e aiutando la moglie ad affidarsi maggiormente alla persona che aveva scelto come compagno e padre dei suoi figli.

Contemporaneamente il paziente ha seguito una terapia farmacologica con stabilizzatori dell'umore.

Dalla relazione clinica emerge che la depressione e la rabbia siano notevolmente sotto controllo.

Il caso di D.

Il paziente rappresentativo del campione cocainomani è D., un uomo di 36 anni, secondo di 3 figli poiché ha un gemello a cui è stata diagnosticata una schizofrenia.

I gemelli nascono quando i genitori si sono già separati in seguito ad un brevissimo tentativo di riconciliazione tanto che il padre si rifiuta di riconoscerli per 30anni.

Entrambi vengono allevati dalle zie perché la madre profondamente depressa manifesta una dipendenza da alcol e da benzodiazepine che la portano ad una morte precoce.

Le zie, soprattutto una delle due, insieme ai

nonni, si adoperano per crescere i due bambini ma D. mette in atto precocemente comportamenti inusitati come l'abbandono scolastico, la frequentazione di compagnie poco affidabili e le fughe da casa fino ad un tentativo di svincolo che cerca mettere in atto andando a vivere in un paese extra-europeo per cercare lavoro.

Durante questa esperienza si manifestano i sintomi della schizofrenia del fratello e i primi comportamenti di assunzione di cocaina da parte di D.

La sofferenza e la malattia, costringono entrambi a tornare a casa e a prendere atto della loro incapacità di autonomia.

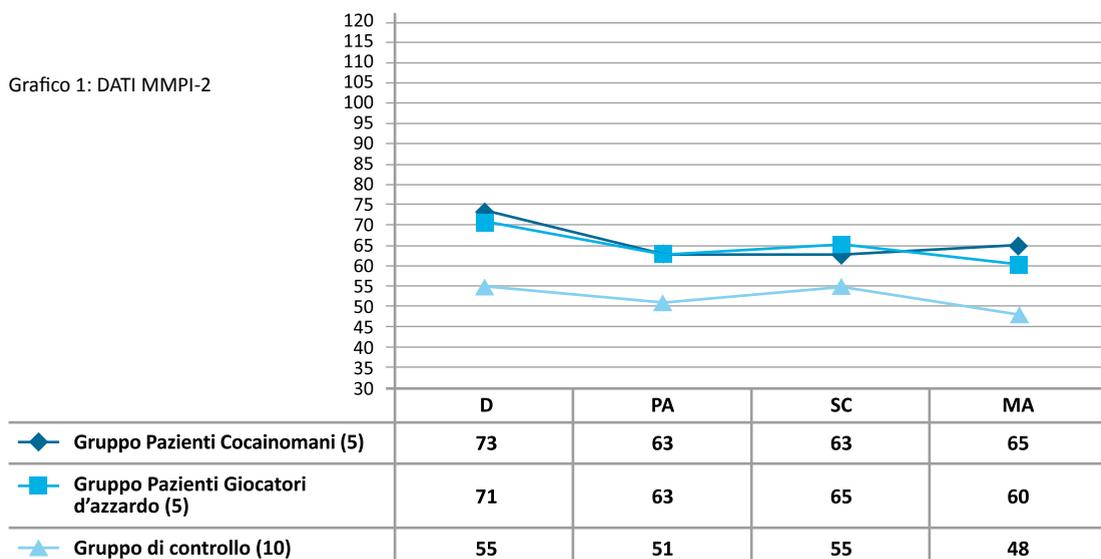
Il comportamento tossicomane di D. si rinforza sino alla cronicizzazione parallelamente all'aggravamento delle condizioni del gemello che attualmente vive in una comunità di pazienti schizofrenici gravi su indicazione del CSM.

D. arriva presso il servizio circa 2 anni fa con una richiesta d'ingresso in una comunità terapeutica per tossicodipendenti voluta essenzialmente dalle zie esasperate e stanche delle difficoltà che stanno vivendo.

Al momento della presa in carico si ipotizza una diagnosi di disturbo di personalità dipendente sul versante passivo e dipendenza da sostanze illegali.

Il paziente rimane in comunità solo alcune settimane e questo ulteriore svincolo da una famiglia che sente non accettarlo, lo spinge ad interrompere

Grafico 1: DATI MMPI-2



re il programma comunitario.

Si decide di prenderlo in carico ambulatorialmente e si avvia una terapia prima individuale poi grupppale per aiutarlo a rinforzare le difese molto fragili che non gli hanno consentito di portare a termine il processo di adultizzazione.

Attualmente si sta lavorando su queste dinamiche che prevedono ancora tempi lunghi e si sostiene il paziente anche dal punto di vista psicofarmacologico.

In contemporanea si sta cercando di sostenere le zie attraverso la comprensione dei problemi che D. ha presentato fino ad adesso.

Sottoposto qualche mese fa ad un'ulteriore somministrazione del test MMPI-2, i livelli di depressione e rabbia appaiono meno significativi.

Conclusioni

L'ipotesi da cui eravamo partiti e che abbiamo tentato di illustrare, appare confermata dal fatto che nonostante i sintomi possano apparire diversi, il funzionamento di questi pazienti può essere comparabile.

Emerge in tutti bassa autostima e senso di incapacità e quindi la depressione può essere riferibile a questa condizione.

I comportamenti come l'utilizzo di Cocaina e il gioco d'azzardo possono essere comparabili perché entrambi hanno come effetto la gratificazione attraverso l'eccitazione e quindi la possibilità di avere una migliore immagine di se.

Le storie familiari come dimostrato dal racconto relativo al campione, presentano aspetti simili come l'abbandono, un accudimento inadeguato o inesistente e quindi la difficoltà di costruire quelle che Winnicott chiama "base sicura".

La possibilità di lavorare su questi aspetti di fragilità e sul rinforzo della stima di se a prescindere dalle tecniche utilizzate, può aiutare questi pazienti a raggiungere anche se con fatica la remissione del sintomo.

Aiutare in contemporanea la famiglia ad utilizzare comportamenti meno giudicanti nei confronti dei pazienti e a comprendere il dolore sotteso ai loro comportamenti può portarli ad una maggiore accettazione sia da parte loro che del paziente.

La terapia farmacologica in un percorso integrato è decisamente utile, secondo la nostra espe-

rienza, a curare gli aspetti depressivi e quindi a favorire il percorso terapeutico.

Bibliografia

- Giannini, A.J. (1990). Un modello biopsichiatrico per riconoscere a tossicomania. *Ricerca e Salute*, 2(3), 4-7.
- Giannini, A.J. (1991). Cocaina: farmacologia, abuso e dedizione. *Ricerca e Salute*, 3(4), 27-31
- Butcher, J. N. (1996). MMPI-2 e trattamento psicologico, Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, ISBN 8809410076.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (1996). Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A, Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, ISBN 8809410068.
- Cancrini, L. (1982). Quei temerari sulle macchine volanti - NIS, Firenze.
- Cancrini, L., & Barboni, C. (1985). "Sculture delle famiglia e controparadosso in un caso grave di tossicomania". *Terapia Familiare*, 18, 25-37.
- Caviglia, G. (2005). Teoria della mente attaccamento disorganizzato psicopatologia, Carocci, Firenze.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1997). MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2, Firenze, Organizzazioni Speciali .
- Holmes, J. (2004). La teoria dell'attaccamento, John Bowlby e la sua scuola, Raffaello Cortina, Milano.
- Bowlby, J. (1999). Attaccamento e perdita 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (2000). Attaccamento e perdita 2, Bollati Boringhieri, Torino.
- Manuale diagnostico, ridefinizione della dipendenza e inclusione del gambling nel nuovo DSM-V da dro-net.org 13 novembre 2013.
- Nizzoli & Pissacroia (2004). "Trattato completo degli abusi e delle dipendenze", Piccin, p.800.
- Fonagy, P. (2002). Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina, Milano.
- Saviano, R. (2013). Zero Zero Zero (romanzo), Feltrinelli, Bologna.
- Giovanni Serpelloni, Dipartimento per le politiche antidroga. Lesioni distruttive facciali indotte dall'uso di cocaina (Video completo). YouTube, 22 giugno 2011. URL consultato in data 2 febbraio 2014.
- Steven B. Karch (2010). Storia della cocaina, Odoja, Bologna, 272 pp., ISBN 978-88-6288-072-5.
- Vincenzo, R., Spagnolo, Cocaina S.p.A., Luigi Pellegrini Editore, Cosenza 2010, 488 pagine, ISBN 978-88-8101-558-0

Indicazioni alla psicoterapia familiare per il Disturbo Oppositivo Provocatorio attraverso l'analisi dei risultati

Mariagrazia Carone*, Micaela Caragiulo**, Rossana Putignano***, Stefano Ricco ***

* Psicologo e psicoterapeuta responsabile del Servizio di Terapia Relazionale per i casi con problematiche di conflitto sociale, c/o U.O.C. Psichiatria, Policlinico di Bari

** Psicologo volontario

*** Psicologo, Psicoterapeuta

Riassunto

L'analisi di cicli di psicoterapia familiare, solitamente di 10 sedute a cadenza settimanale in 15 diversi nuclei familiari con minori pazienti designati (PD) con diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio, ha permesso, attraverso le scale CGAS (Children's Global Assessment Scale, Robert, Spitzer et al.1983) e GARF (Global Assessment of Relational Functioning, APA 2000), e attraverso l'autovalutazione da parte dei genitori, di qualificare l'efficacia del trattamento dei sintomi in correlazione con quella degli aspetti patologici dei sistemi in osservazione. Dai risultati è emerso che nel campione esaminato il trattamento psicoterapeutico si è rivelato significativamente efficace nel 73 % dei casi (sono stati classificati come "efficaci" quei trattamenti che hanno prodotto una elevazione del livello funzionale del paziente designato e del sistema familiare). Questo studio ha evidenziato anche una correlazione significativa fra i punteggi relativi al funzionamento globale del minore misurati dalla CGAS, la valutazione delle relazioni familiari, esaminate tramite la GARF e la valutazione delle espresse dai genitori circa l'efficacia del trattamento, sia in fase iniziale sia a conclusione della terapia.

Introduzione

In base alle teorie sistemiche ogni comportamento di un membro del sistema familiare rappresenta una forma di comunicazione che influisce sul comportamento degli altri e a sua volta ne è influenzato (Watzlawick et al.,1971). Il comportamento sintomatico si determina nell'ambito di interazioni disfunzionali, svolgendo al contempo la funzione di rompere le regole del sistema e di mantenerne l'omeostasi. La richiesta da parte di uno dei componenti della famiglia (o di tutti) di modificare l'esperienza sintomatica costituisce per ognuno di loro l'occasione per modificare i

modelli relazionali che generano malessere. Tuttavia spesso la domanda formulata, che verte esclusivamente sul sintomo, mette in rilievo la distinzione fra chi è sano e chi è "malato", mentre, poiché alla base di una organizzazione familiare vi è l'interdipendenza dei membri, l'eliminazione del sintomo richiede da parte del terapeuta degli interventi mirati allo sviluppo di modalità comunicative e di regole più funzionali per tutti loro.

Definizione del Disturbo Oppositivo Provocatorio

Secondo i criteri del DSM-IV Tr (APA, 2000) si intende per Disturbo oppositivo provocatorio una particolare modalità di comportamento negativistico, ostile, provocatorio, che dura almeno 6 mesi. Nel soggetto che ne è portatore devono essere presenti 4 o più dei seguenti comportamenti:

- spesso va in collera
- spesso litiga con gli adulti
- spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare la/le regole degli adulti
- spesso irrita deliberatamente le persone
- spesso accusa gli altri per i propri errori o per il proprio cattivo comportamento
- spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri
- spesso è arrabbiato e rancoroso
- spesso è dispettoso e vendicativo
- viene diagnosticato solitamente per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza e prevale nei maschi.

Secondo i criteri del DSM-V (APA, 2013) invece, il disturbo si presenta attraverso un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile, compor-

tamenti polemici /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello e cioè:

- Arrabbiato/ Umor irritabile: 1) Spesso si arrabbia; 2) Spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri; 3) Spesso è arrabbiato e rancoroso.
- Polemico/condotte di sfida: 4) Spesso litiga con le persone che rivestono ruoli di autorità o con gli adulti; 5) Spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare la/le richieste o le regole degli adulti; 6) Spesso irrita deliberatamente gli altri; 7) Spesso accusa gli altri per i suoi errori o il proprio cattivo comportamento;
- Condotte vendicative: 8) E' stato vendicativo o dispettoso almeno due volte negli ultimi 6 mesi

Da sottolineare che le diagnosi dei casi esaminati sono state effettuate secondo i criteri del DSM-IV.

Indicazioni alla psicoterapia familiare del Disturbo Oppositivo Provocatorio attraverso l'analisi dei risultati

Questa ricerca è stata svolta presso il "Servizio di Psicoterapia Familiare per Minori con Problemi di Conflitto Sociale", presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari, Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, di cui è responsabile la Dott.ssa Mariagrazia Carone. Sono stati esaminati 15 diversi nuclei familiari con pazienti designati (PD), tra i 4 e gli 11 anni, 13 dei quali di sesso maschile e 2 di sesso femminile, affetti da Disturbo Oppositivo Provocatorio, sottoposti a cicli di psicoterapia familiare breve, solitamente di 10 sedute (con successivi controlli), della durata di un'ora, a cadenza settimanale. Il campione è stato selezionato in modo casuale nell'archivio, che comprende una casistica che parte dal 1991.

L'analisi dei risultati è stata effettuata attraverso la visione delle videoregistrazioni (previo con-

senso del nucleo familiare) e i resoconti cartacei relativi alle sedute.

Strumenti di ricerca

Per valutare i risultati della psicoterapia sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

1. GARF: *Global Assessment of Relational Functioning*: strumento formulato per valutare il grado in cui le relazioni di un sistema interattivo umano soddisfano i bisogni affettivi e/o strumentali dei suoi membri. Ciascuna unità relazionale è valutata considerando il funzionamento in diverse aree:

- a) **Soluzione dei problemi:** abilità nella negoziazione, nello stabilire regole ed abitudini, adattabilità allo stress, abilità comunicative, abilità a risolvere un conflitto.
- b) **Organizzazione:** mantenimento di ruoli interpersonali e confini di sottosistema; funzionamento gerarchico, coalizioni e distribuzione del potere; controllo e responsabilità
- c) **Clima emozionale:** tono e gamma di sentimenti, qualità dell'atteggiamento altruista, empatia, coinvolgimento e attaccamento/impegno; condivisione di valori, mutua disponibilità affettiva, rispetto e riguardo; qualità del funzionamento sessuale.

La scala è composta da 5 livelli descrittivi, identificati dai relativi punteggi:

Livello 5 Funzionale (punteggi da 81 a 100): esistono patterns su cui ci si è accordati e che aiutano a soddisfare i bisogni usuali di ciascun membro del sistema: conflitti occasionali e cambiamenti stressanti sono risolti attraverso la negoziazione; i ruoli e i compiti sono appropriati; vi è riconoscimento dei meriti di ciascuno; i sentimenti sono espressi liberamente e vi è una atmosfera generale di calore. Le relazioni sessuali degli adulti sono soddisfacenti.

Livello 4 Abbastanza funzionale (punteggi da 61 a 80): la maggior parte dei problemi relazionali sono gestiti adeguatamente ad eccezione di quelli insoliti che producono malessere e difficoltà. Alcuni conflitti rimangono irrisolti, ma non distruggono la relazione. Il processo decisionale

è di solito competente, ma talvolta richiede uno sforzo ed un controllo eccessivi. Talvolta gli individui fungono da capro espiatorio. Calore ed atteggiamenti altruistici sono presenti, ma sono guastati da irritabilità e frustrazione. L'attività sessuale dei membri adulti può essere problematica.

Livello 3 Occasionalmente funzionale (punteggi da 41 a 60): la comunicazione, la soluzione di problemi ed attività di routine sono frequentemente del tutto inibite, vi è una difficoltà abbastanza seria nell'adattamento agli agenti stressanti e ai cambiamenti. Il processo decisionale è competente solo in maniera intermittente. Le necessità individuali sono spesso trascurate. Sebbene vi sia qualche calore e supporto per i membri, esso è di solito distribuito inegualmente. Fastidiose difficoltà sessuali tra gli adulti sono presenti.

Livello 2 Abbastanza disfunzionale (punteggi da 21 a 40): I patterns/attività relazionali abituali non vanno incontro ai bisogni dei membri; le aspettative sono ignorate. Il processo decisionale è tirannico e del tutto inefficace. Le caratteristiche singole degli individui non sono apprezzate. Sono infrequenti periodi di godimento della vita insieme; i conflitti rimangono irrisolti e sono molto dolorosi. Vi sono seri problemi sessuali fra gli adulti.

Livello 1 Disfunzionale (punteggi da 1 a 20): Non esiste una vera e propria vita familiare; i membri della famiglia spesso non sanno dove siano gli altri o cosa aspettarsi gli uni dagli altri. La comunicazione è rispettivamente interrotta. Le responsabilità personali e generazionali non sono accettate e riconosciute reciprocamente, esistono comportamenti aggressivi all'interno del nucleo familiare. La disperazione e il cinismo sono le caratteristiche dominanti; non vi è attaccamento, impegno o interesse al benessere reciproco.

Livello 0: informazione inadeguata.

2. CGAS (Spitzer et al.1983), *Children's Global Assessment Scale.* Valuta il funzionamento globale del minore ed è solitamente usata in un contesto clinico.

Include un punteggio che va da 0 a 100, distribuito su 10 diversi livelli. Ognuno di essi include caratteristiche specifiche del funzionamento so-

ciale e familiare del bambino ed eventuali aspetti legati alla sintomatologia.

Il livello più basso si riferisce ad un minore che richiede una controllo costante, mentre il livello più alto si riferisce ad un minore con un grado di autonomia del tutto adeguato alla sua età. Per rendere confrontabili le due scale, i livelli CGAS sono stati ridotti a 5 includendo in ogni livello un range di 20 punti anziché 10: i punteggi da 1 a 20 sono stati classificati come "disfunzionali", quelli da 21 a 40 come "abbastanza disfunzionali", quelli da 41 a 60 come "occasionalmente funzionali", quelli da 61 a 80 come "abbastanza funzionali", e infine quelli da 81 a 100 come "funzionali".

I punteggi delle scale sono stati attribuiti da osservatori indipendenti esperti di terapia familiare, il cui grado di accordo tra gli osservatori è risultato pari all'80%.

3. Valutazione dei genitori: concerne l'efficacia del trattamento, viene richiesta ai genitori, al termine del ciclo, e riguarda gli effetti dovuti alla psicoterapia in relazione ai problemi individuati, in fase di contratto terapeutico. Viene espressa tramite valori numerici su di una scala da 0 a 10, ponendo artificialmente 0 come valore iniziale e 10 come indice di risoluzione totale delle problematiche per cui è stata formulata la richiesta di trattamento, ponendo artificialmente come punteggio 0 il punto di partenza iniziale dello stesso.

Ipotesi di ricerca

Sono state formulate le seguenti ipotesi iniziali:

1. che esista una correlazione diretta fra il funzionamento globale del minore e il funzionamento globale relazionale del sistema familiare in cui è inserito;
2. che la psicoterapia a orientamento sistemico relazionale possa risultare idonea per il trattamento del Disturbo Oppositivo Provocatorio;
3. che i cambiamenti del funzionamento del minore e delle relazioni all'interno del sistema familiare vadano di pari passo con la percezione degli stessi da parte dei genitori.

Risultati

Dall'analisi dei dati ricavati dalla ricerca è emerso che il trattamento psicoterapeutico ad orientamento sistemico-relazionale è risultato significativamente efficace nel 73% dei casi del campione. Sono stati classificati come efficaci quei trattamenti che hanno avuto come esito un aumento di almeno di due livelli per quanto riguarda la CGAS e di almeno un livello per quanto riguarda la scala GARF.

Sulla base dei livelli della scala CGAS rilevati all'inizio del ciclo di Psicoterapia i nuclei familiari si distribuivano nel seguente modo:

Tab. 1 - Livelli CGAS all'inizio del ciclo di psicoterapia

| Livelli CGAS | Frequenza | Percentuale |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Disfunzionale | 2 | 13,3 |
| Abbastanza disfunzionale | 5 | 33,3 |
| Occasionalmente funzionale | 6 | 40,0 |
| Abbastanza funzionale | 2 | 13,3 |
| Funzionale | 0 | 0 |
| Totale | 15 | 100,0 |

Alla fine del ciclo di psicoterapia, invece, i pazienti designati risultano così distribuiti sui diversi livelli della scala:

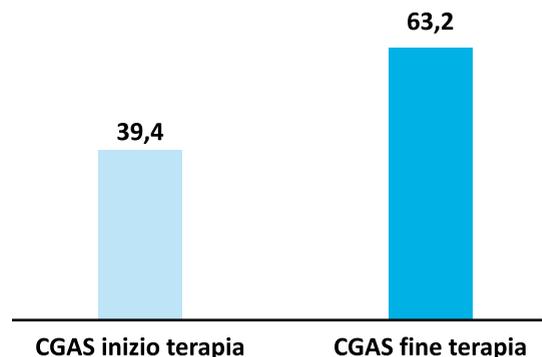
Tab. 2 - Livelli CGAS alla fine della psicoterapia

| Livelli CGAS | Frequenza | Percentuale |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Disfunzionale | 2 | 13,3 |
| Abbastanza disfunzionale | 1 | 6,7 |
| Occasionalmente funzionale | 3 | 20,0 |
| Abbastanza funzionale | 6 | 40,0 |

| | | |
|------------|----|-------|
| Funzionale | 3 | 20,0 |
| Totale | 15 | 100,0 |

Il miglioramento risulta pertanto evidente: i pazienti designati con un livello CGAS funzionale passano dallo 0% al 20%, quelli con un livello abbastanza funzionale dal 13.3% al 40%, mentre i pazienti designati con un livello abbastanza disfunzionale si riducono da un 40% iniziale ad un 6.7% finale. Il numero di pazienti totalmente disfunzionali rimane invece invariato. La variazione nei livelli CGAS inoltre risulta significativa considerando la media all'inizio e alla fine della psicoterapia: rispettivamente 39.40 e 63.20 (Z 3.23, $p > 0.01$). Da un punto di vista descrittivo questo significa che, in termini di valori medi, i pazienti designati sono passati da un livello "abbastanza disfunzionale", che prevede una difficoltà generale in tutte le aree considerate e una particolare difficoltà in almeno una di esse (es: comportamento marcatamente aggressivo o tendenza marcata all'isolamento sociale), ad un livello "abbastanza funzionale", che corrisponde ad alcune sporadiche difficoltà in una singola area del comportamento ben delimitata (aggressività sporadica e occasionali difficoltà nelle relazioni con gli adulti o il gruppo dei pari).

Fig. 3 - Livelli medi CGAS



Facendo invece riferimento al sistema familiare nel suo complesso, classificato in riferimento alla scala GARF, prima dell'inizio del trattamento osservavamo la seguente distribuzione:

Tab. 3 - Livelli GARF prima del ciclo di psicoterapia

| Livelli GARF | Frequenza | Percentuale |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Unità funzionale | 0 | 0 |
| Unità abbastanza funzionale | 2 | 13,3 |
| Unità occasionalmente funzionale | 7 | 46,7 |
| Unità abbastanza disfunzionale | 4 | 26,7 |
| Unità disfunzionale | 2 | 13,3 |
| Totale | 15 | 100,0 |

Alla fine del ciclo di psicoterapia, invece, i nuclei familiari risultano distribuiti nel modo seguente:

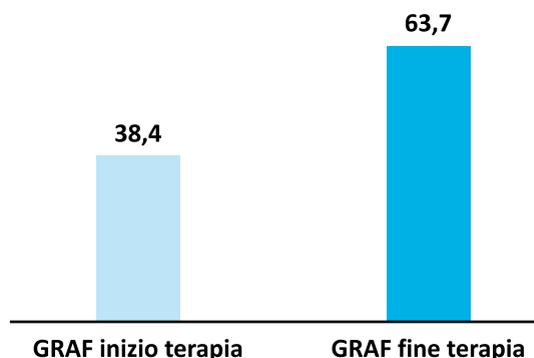
Tab. 4 - Livelli GARF a conclusione del ciclo di psicoterapia

| Livelli GARF | Frequenza | Percentuale |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Unità funzionale | 4 | 26,7 |
| Unità abbastanza funzionale | 5 | 33,3 |
| Unità occasionalmente funzionale | 4 | 26,7 |
| Unità abbastanza disfunzionale | 0 | 0 |
| Unità disfunzionale | 2 | 13,3 |
| Totale | 15 | 100,0 |

Le famiglie abbastanza disfunzionali passano così dal 26.7% allo 0%, quelle abbastanza funzionali dal 13.3% al 33%, e quelle funziona-

li dallo 0% al 13.3%; infine le famiglie solo occasionalmente funzionali si riducono dal 46.7 % al 26.7%. I sistemi trattati si spostano così nella maggioranza dei casi, verso livelli funzionali più elevati. Inoltre, se consideriamo l'effetto della psicoterapia sul campione nel suo complesso, il valore medio GARF all'inizio del trattamento è pari a 38.4, mentre alla fine è di 63.7: la differenza risulta significativa ($Z = -3.18, p > 0.01$). Le famiglie totalmente disfunzionali rimangono però invariate, evidenziando la difficoltà di intervenire su sistemi familiari con livelli minimi di strutturazione, clima emotivo molto negativo e bassa capacità di risoluzione dei problemi. Da un punto di vista descrittivo questo significa che i sistemi familiari, nel loro complesso, passano da un livello "abbastanza disfunzionale", corrispondente a difficoltà generali in tutti gli aspetti considerati e gravi difficoltà in almeno una di esse (solubilità dei problemi, clima emotivo, organizzazione), ad un livello abbastanza funzionale, con difficoltà sporadiche in alcune aree, ma con un buon funzionamento complessivo.

Fig. 6 - Valori medi GARF all'inizio e a conclusione della psicoterapia



Risulta evidente che sia la valutazione effettuata tramite la CGAS sia quella effettuata tramite la GARF, pur misurando aspetti diversi, riproducano un andamento che procede nella stessa direzione. Utilizzando inoltre un coefficiente di correlazione per ranghi, i punteggi relativi alla GARF e alla

CGAS risultano correlati sia all'inizio (ρ 0.65 $p < 0.01$) sia alla fine della psicoterapia (ρ 0.74 $p < 0.01$). Ciò evidenzia come i cambiamenti strutturali favoriti dall'azione del terapeuta sul nucleo familiare si traducano in una riduzione significativa dei sintomi presi in esame, mettendo in risalto una correlazione diretta fra il funzionamento globale del minore e il funzionamento relazionale globale del sistema familiare in cui è inserito.

Infine, se consideriamo le autovalutazioni dei genitori rispetto all'esito della psicoterapia, il valore medio riportato dai padri è pari a 5.67, e il valore medio riportato dalle madri è pari a 5.35. Tra le autovalutazioni dei padri risultano pertanto correlate con i livelli finali della GARF e della CGAS (ρ 0.80 $p < 0.01$; ρ 0.82. $p < 0.01$), così come quelle delle madri (ρ 0.74 $p < 0.01$; ρ 0.81 $p < 0.01$): ciò potrebbe indicare che entrambi i genitori hanno percepito i cambiamenti evidenziati dalla CGAS e dalla GARF.

Discussione

Dai dati analizzati è emersa l'efficacia di un intervento a orientamento sistemico relazionale nel trattamento dei Disturbo Oppositivo Provocatorio dei minori. L'idoneità del trattamento è stata riscontrata sia attraverso la scala GARF dei minori, sia attraverso la CGAS applicate da esperti, sia attraverso le autovalutazioni dei genitori. Il cambiamento da parte di questi ultimi della percezione del sintomo, precedentemente connotato dagli stessi come privo di significato, fuori dal controllo e dalla responsabilità personale, avulso dal contesto relazionale, apre una prospettiva di ulteriori cambiamenti, collegati alla capacità e all'efficacia nell'apportare altri miglioramenti nelle relazioni e nel clima emotivo familiare.

In ricordo della collega e amica Micaela Caragiulo, prematuramente scomparsa, che ha sempre dedicato tutta se stessa al suo lavoro con passione e comprensione, mostrando sempre la sua umanità, la sua generosità, la sua empatia, la sua dedizione e il suo sorriso.

Bibliografia

- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., et al. (1987). Further measures of the Psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 821-824.
- Carone, M. (Marzo, 1994). *Sperimentazione della reliability della scala di valutazione GARF*, presentato al III Congresso S.I.P.P.R.
- Carone, M. (giugno 2014). Il gioco come strumento in terapia familiare, *Psicopuglia*, n.13.
- Carone, M. (2010). Caratteristiche di personalità dei genitori di bambini affetti da disturbi dello spettro autistico mediante MMPI (dati preliminari), *"Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"*, volume 76- n°3.
- Carone, M. (Settembre, 2010). Assistenza psicologica a pazienti oncoematologici in età pediatrica e ai loro familiari" *Psicopuglia* n. 2.
- APA. American Psychiatric Association, (2000). *DSM-IV-TR, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition, Text Revision)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, dsm-5*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Gabbard, GO & Freedman, R. (2006). Psychotherapy in the journal: What's missing?, *Am J Psychiatry*, 163(2), 182-184.
- Green, B., Shirk, S., Hanze, D., et al. (1994). The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation, *J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33, 1158-1164.
- Minuchin, S. (1971). *Famiglia e terapia della famiglia*, Edizioni Astrolabio, Roma.
- Minuchin, S. (1976). *Guida alle tecniche di terapia della famiglia*, edizioni Astrolabio, Roma.
- Olfson, M, Marcus, S.C., Druss, B., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the use of outpatient Psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 159(11), 1914-1920.
- Shaffer, D., Gould, MS., Brasic, J., et al. (1983). A children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch. Gen. Psychiatry* 40, 1228-1231.
- Singer, M.T., & Wynne L.C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenic: Rorschach and T.A.T. scoring manual. *Psichiatria* 29, 260-288.

Studio sull'educazione all'affettività ed alla sessualità

* Maria Diana Caputo, ** Francesca Invidia, *** Mariagiovanna Pezzuto, **** Annalisa De Giorgi,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente-Responsabile Consultorio Familiare Squinzano, ASL LE Distretto n.52 Campi Salentina

** Psicologa, Laureata in Metodologia dell'Intervento Psicologico, Università del Salento

*** Laureata in Intervento e Modelli Psicologici nello sviluppo e nell'invecchiamento, Università La Sapienza, Roma

**** Laureata in Metodologia dell'Intervento Psicologico, Università del Salento

Riassunto

Lo scopo principale del seguente lavoro di ricerca è stato quello di indagare l'efficacia del progetto di educazione all'affettività e sessualità svolto dalla Dott.ssa Maria Diana Caputo (Psicologa) e dalla Dott.ssa Flaviana Borelli (Ginecologa) del Consultorio Familiare di Squinzano (Le), presso le scuole medie Polo I e II "Genaro Abbate e Giosuè Carducci" nelle classi di terza media.

Gli obiettivi specifici di tale progetto proponevano conoscere le caratteristiche anatomiche fisiologiche dell'apparato riproduttivo, conoscere le MST e i metodi protettivi, conoscere i contraccettivi, conoscere il servizio consultoriale, riconoscere le valenze positive della relazione affettiva.

Lo scopo dell'indagine è quello di cogliere eventuali lacune e proporre interventi aggiuntivi.

tare con consapevolezza i primi approcci con l'altro sesso.

Il progetto di educazione all'affettività mira ad accrescere nei ragazzi la consapevolezza che



L'educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole

Fare formazione sull'affettività e sulla sessualità nelle scuole corrisponde al tentativo di fornire agli adolescenti degli strumenti emotivi, cognitivi e linguistici con cui nominare, armonizzare e costruire vissuti emotivi tipici dell'età adolescenziale. Si tratta di offrire uno spazio dedicato ad una corretta informazione sul tema in oggetto, che permetta di confrontarsi sui valori e vissuti legati all'affettività.

E' importante che gli adolescenti vengano aiutati a comprendere il profondo legame esistente fra le emozioni, gli affetti e i comportamenti sessuali in modo da aiutarli a poter affron-

lo sviluppo affettivo e sessuale inizia dalla nascita e si protrae nelle varie fasi della vita: gli studenti vengono stimolati a discutere e riflettere sull'accettazione dei cambiamenti puberali facenti parte del normale processo di crescita.

La delicatezza delle tematiche trattate poteva rappresentare un ostacolo allo svolgimento del percorso, ma la collaborazione e la disponibilità degli studenti ha facilitato il lavoro all'interno delle classi.

Attraverso i risultati emersi dai questionari è possibile affermare che il progetto è stato gradito dagli studenti che, nella maggioranza, lo hanno considerato interessante e utile.

Il nostro obiettivo è stato quello di allenarli

ad ampliare il loro punto di osservazione, migliorare la conoscenza e rafforzare nei ragazzi la consapevolezza della necessità di utilizzare contraccettivi efficaci in modo da evitare gravidanze indesiderate e sensibilizzare gli stessi in merito alle malattie sessualmente trasmissibili, saper prendere coscienza del proprio ruolo di



donna e di uomo paritario nella diversità.

L'ipotesi che ha ispirato la nostra indagine consiste nella valutazione dell'efficacia del lavoro oggetto di analisi.

L'indagine mira a dare centralità a quello che è l'intervento consultoriale e sebbene i dati evidenzino che gli adolescenti preferiscono parlare di sessualità con i coetanei, emerge una percentuale che richiede un dialogo con i genitori. L'idea è quella di prevedere all'interno del progetto degli incontri formativi con le famiglie, utili a potenziare strategie operative in merito alle tematiche dello sviluppo affettivo e sessuale dei propri figli.

Metodologia applicata

La metodologia applicata ha previsto un'attenta valutazione delle differenze tra le conoscenze possedute dai ragazzi prima e dopo l'intervento tramite la somministrazione di questionari.

La prima fase ha visto la somministrazione dei questionari durante il periodo delle lezioni.

Nella seconda fase si è proceduto con un'analisi degli item, per eliminare quelli poco informativi, per poi dar luogo alle prime analisi statistiche che ci hanno fornito un'idea sulle dimensioni generali ricercate. I dati ricavati sono

stati inseriti ed elaborati tramite il foglio di calcolo Excel che ci ha permesso di ottenere le percentuali più significative e meritevoli di attenzione.

Le aree di interesse prese in esame hanno indagato informazioni generali quali la conoscenza del proprio corpo, le differenze anatomiche femminili e maschili e le esperienze affettive personali.

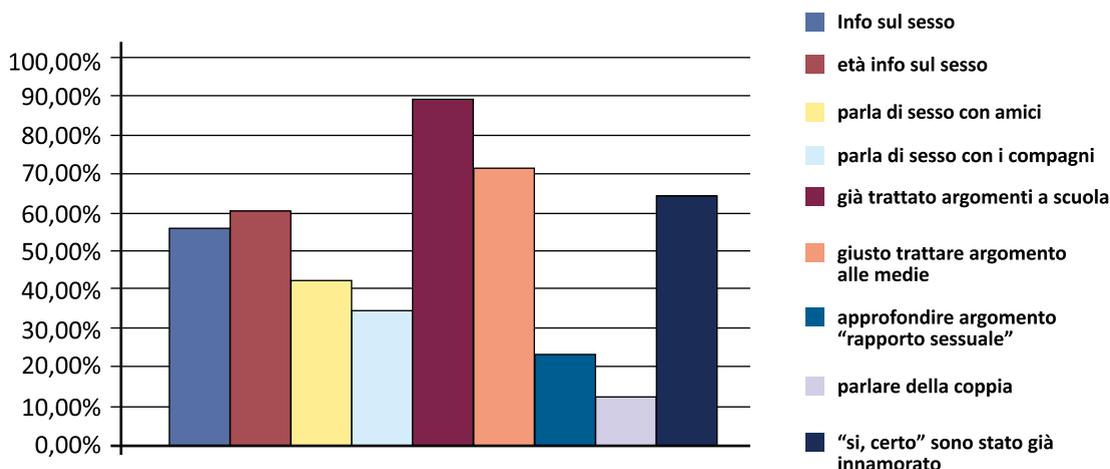
Analisi dei dati

Il campione preso in esame è costituito da **243** studenti di età media tra i **12-13** anni.

Dai **questionari in entrata** è emerso che (Graf. 1):

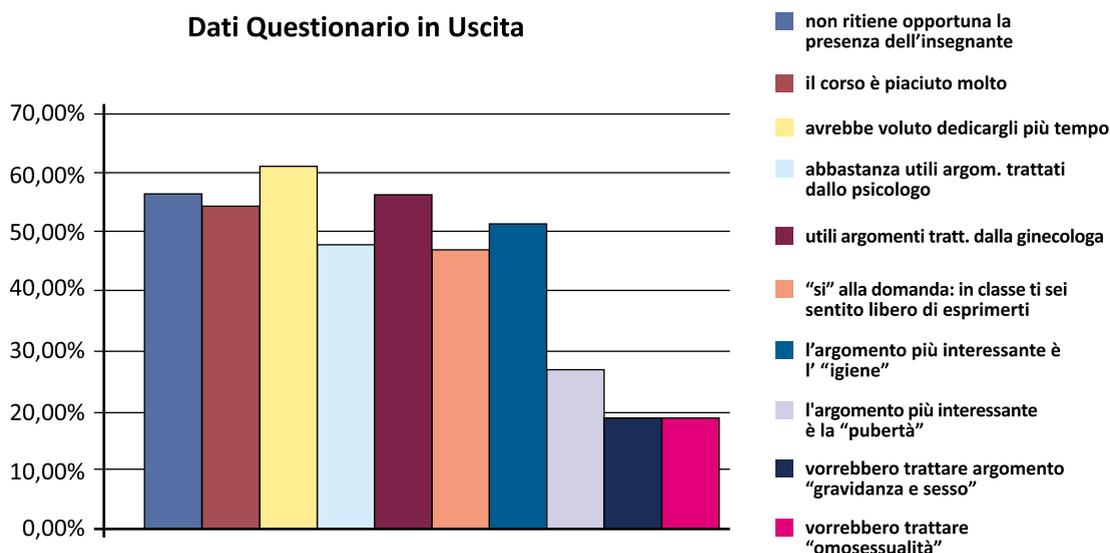
- il 55,90% di studenti risponde ritenendo più che sufficienti le informazioni sul sesso;
- il 60,40% dichiara di aver ricevuto informazioni sull'argomento tra i 7-10 anni;
- il 42% parla di sesso normalmente con amici;
- il 34,80% che ne parla con i compagni di scuola;
- l' 89,30% riferisce di aver già trattato argomenti di educazione sessuale con i propri insegnanti durante le ore di lezione di scienze;
- il 71,70% considera giusto trattare l'argomento nelle scuole medie;

Dati Questionario in Entrata



Graf. 1

Dati Questionario in Uscita



Graf. 2

- il 22,80% prima di iniziare il corso vorrebbe approfondire l'argomento sul "rapporto sessuale";
- il 12,40% vorrebbe parlare della "coppia";
- il 64,70% risponde con "sì, certo" alla domanda "sei già stato innamorato?".

Dai *questionari in uscita* è emerso che (Graf. 2):

- il 56,50% non ritiene opportuna la presenza dell'insegnante durante il corso;
- al 54,10% dei soggetti il corso è piaciuto molto infatti il 60,80% avrebbe voluto dedicargli più tempo;

- il 48,10% ritiene abbastanza utili gli argomenti trattati dallo psicologo;
- il 56,20% ritiene utili gli argomenti trattati dalla ginecologa;
- il 46,70% risponde un “sì” alla domanda “in classe ti sei sentito libero di esprimerti?”;
- il 51,40% afferma che il confronto in classe sia servito ad aumentare le conoscenze personali;
- il 27% l’argomento più interessante è “l’igiene”, seguito dal 16,50% che indica la “pubertà”;
- il 18,70% vorrebbe fossero trattati gli argomenti “gravidanza e sesso”, seguito dal 18,60% che indica il tema dell’omosessualità.

Conclusioni:

Nonostante una buona parte del campione (71,70%) consideri adeguata l’età di riferimento dell’intervento, una considerevole percentuale (60,40%) dichiara di aver ricevuto già informazioni in età precoce.

Questo porta ad ipotizzare un possibile intervento anche nella scuola elementare, luogo in cui viene privilegiato il confronto tra pari in merito alle tematiche dell’affettività. Lo scopo potrebbe essere quello di favorire lo stabilirsi di un clima relazionale di scambio, confronto e collaborazione all’interno del gruppo classe, di facilitare le relazioni tra coetanei e adulti di riferimento (genitori ed insegnanti).

Il 64,70% risponde “sì” alla domanda “sei già stato innamorato?”, da ciò si evince che nonostante la giovane età le emozioni e l’affettività risultino avere un ruolo di fondamentale importanza in questa fase evolutiva di sperimentazione. L’idea che ne scaturisce è quella di approfondire e sviluppare l’intelligenza emotiva dei ragazzi attraverso attività mirate al potenziamento delle competenze atte a riconoscere, elaborare e regolare le emozioni ed i sentimenti propri e altrui.

E’ stata riscontrata una soddisfazione da parte

dei ragazzi in riferimento alle attività proposte, infatti il 60,80% avrebbe voluto dedicargli più tempo. Per tale motivo si è ipotizzato di incrementare il numero di incontri nei successivi interventi allo scopo di riuscire ad approfondire ulteriori argomenti. Dallo studio, infatti, emergono “omosessualità” e “gravidanza e sesso” come temi da approfondire per sopperire alla mancanza di informazioni, considerati ancora tabù nei contesti di crescita/sviluppo.

Tuttavia, si evidenzia quanto la scuola sia già disposta ad affrontare le tematiche anche durante le ore di lezione inserendole nel programma didattico di alcune materie specifiche, come si evince dalle percentuali rilevate, infatti l’89,30% riferisce di aver già trattato argomenti di educazione sessuale con i propri insegnanti durante le ore di lezione di scienze.

Sarebbe opportuno coinvolgere i genitori attraverso incontri utili a fornire indicazioni pedagogiche legate allo sviluppo affettivo e sessuale dei propri figli.

Un’educazione efficace in materia di affettività e sessualità dovrebbe promuovere un dialogo aperto tra tutte le figure educative in campo e i ragazzi, rispettando ogni credenza individuale. L’educazione all’affettività è parte integrante dell’essere umano e della sua identità e quindi inscindibile dall’educazione generale della persona. Gli aspetti educativi, per essere efficaci, devono necessariamente scaturire da un lavoro congiunto tra scuola e famiglia con lo scopo di rispondere ai bisogni di crescita e di sviluppo dei ragazzi.

Bibliografia:

- Del Re G., & Bazzo G. (1997). *Educazione sessuale e relazionale-affettiva*, Trento, Erikson.
- Birraux, A. (1993). *L’adolescente e il suo corpo*, Roma, Borla.
- De Ambrogio, U. (1996). Valutare gli interventi di prevenzione, “Prospettive sociali e sanitarie”.
- Forleo, R., Lombardi, B. & Schiller, P. (1981). *Educazione sessuale. Guida per insegnanti, medici e operatori dei consultori*, Milano, Feltrinelli.

Sitografia:

www.apss.tn.it

I giocatori d'azzardo. Personalità e sottotipi

Luciana Picucci^{**}, Federica Di Battista^{*}, Alessandro Oronzo Caffò^{***}, Andrea Bosco^{*},
Isabella Macina^{***}, Antonio Taranto^{***}.

^{*} Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

^{**} Associazione "Mind The G.A.P."

^{***} Dipartimento Dipendenze Patologiche (A.S.L. Bari)

Riassunto

La presente ricerca si pone un duplice obiettivo, l'analisi dei tratti di personalità e gli aspetti psicopatologici che caratterizzano i giocatori d'azzardo patologici e l'indagine di possibili sottotipizzazioni ascrivibili alle dimensioni di personalità valutata con l'MMPI-2. I risultati hanno permesso, da un lato, di identificare un profilo medio del giocatore d'azzardo patologico, confermato dalla letteratura, e dall'altro di individuare la presenza di sottotipi di giocatori d'azzardo patologici.

Parole chiave: Dipendenza da gioco, personalità, sottotipi.

Introduzione

Per la maggior parte delle persone il gioco d'azzardo è un'attività di svago senza conseguenze negative. Tuttavia, altri sviluppano un comportamento di gioco d'azzardo, che ha gravi conseguenze negative non solo per il giocatore, ma anche per le sue relazioni con i partner, familiari, amici o colleghi. Anche se diverse forme di gioco d'azzardo esistono da tempo, non è mai apparso in molte forme come ad oggi. Dal 1980, la legalizzazione di nuove forme di gioco d'azzardo è aumentata nella maggior parte dei paesi occidentali. Come risultato, questa maggiore moltitudine di disponibilità ha creato una situazione in cui più persone hanno sviluppato gravi problemi di gioco.

Questo fenomeno sta assumendo delle proporzioni piuttosto preoccupanti, dati epidemiologici riferiscono percentuali elevatissime. Quattro italiani su dieci si dedicano al gioco almeno una volta in un anno e circa 2milioni sono soggetti a rischio di una dipendenza patologica. Da solo il comparto mobilità il 4% del Pil nazionale.

Molti gli autori hanno criticato la classificazione del DSM-IV (APA, 1994) che colloca il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) all'interno dell'asse I nei "Disturbi del Controllo degli Impulsi Non

Classificati Altrove" definendolo come una modalità maladattiva di gioco d'azzardo, caratterizzata da perdita di controllo sul comportamento e gravi problemi conseguenti in diverse aree vitali optando per una definizione del gioco d'azzardo come "addiction" al pari delle più note tossicodipendenze, (Lesieur e Rosenthal, 1991; Milesi e Clerici, 2001; Rigliano e Croce, 2001). Il DSM-V (APA, 2011), infatti, inserisce il Disturbo da gioco d'Azzardo patologico (Gambling Disorder) tra i Disturbi correlati alle sostanze e Dipendenze.

Il rischio più grosso consiste nell'essere indotti a pensare ai giocatori come ad una categoria omogenea. Le persone che incontrano i criteri per essere definiti giocatori patologici, in realtà a loro volta costituiscono un gruppo molto ampio che va diviso in sottocategorie molto diverse tra loro per l'evoluzione del sintomo, struttura di personalità, indicazione di trattamento e prognosi. Tuttavia è possibile tracciare un profilo comune del giocatore patologico caratterizzato da vari elementi strettamente connessi tra di loro come un'impulsività patologica; problemi legati all'umore; false credenze; ed una conseguente compromissione della vita familiare, sociale e lavorativa. Perciò lo studio si propone di analizzare i tratti di personalità del giocatore d'azzardo patologico e gli aspetti psicopatologici del soggetto, attraverso l'analisi dei risultati dei test MMPI-2, precedentemente somministrati ai soggetti del campione ed inoltre vuole verificare la presenza di categorie interne al campione, ascrivibili alle dimensioni di personalità valutata con l'MMPI-2.

Materiali e metodo

Partecipanti

Il campione dello studio è composto da 21 soggetti che si sono rivolti al Sert di Bari per una

problematica di gioco d'azzardo patologico, confermata nel percorso di osservazione diagnosi, ai quali è stato somministrato il test di personalità MMPI 2. Il campione è composto da 2 femmine e 19 maschi con un'età media di 49 anni.

Strumenti

I dati che sono stati raccolti attraverso le cartelle cliniche dei pazienti sono i risultati in punti T al test MMPI-2 precedentemente somministrati ai 21 soggetti del campione. L'MMPI-2 è il questionario di personalità self-report più utilizzato al mondo. È formato da 567 item dicotomici che permettono di ricavare un profilo della personalità psicopatologica del soggetto attraverso: 10 scale cliniche, 3 scale di validità, 15 scale di contenuto e 15 scale supplementari.

Procedura

Questo studio è stato reso possibile grazie all'autorizzazione da parte del Responsabile del Ser.T di Bari e alla disponibilità della Dott.ssa Macina, in collaborazione con l'Associazione "Mind the GAP" una intensa attività di valutazione, trattamento e ricerca sul gioco d'azzardo patologico. Il contatto con il Sert di Bari ha permesso di raccogliere i dati attraverso le cartelle cliniche dei giocatori d'azzardo patologici in cura presso la struttura.

Analisi statistiche e risultati

Le Indagini Descrittive sul Campione

La maggior parte del nostro campione ha una preferenza per slot machine e videopoker (76%), a seguire il lotto, il superenalotto, gratta e vinci, lotteria e bingo (19%) e le scommesse sportive (5%). Per quanto riguarda la scolarità, il 52% ha la licenza media inferiore, il 28% ha la licenza media superiore, il 15% ha la laurea di primo livello e il 5% ha la licenza elementare. Il 53% è lavoratore dipendente, il 14% è lavoratore indipendente, il 19% è disoccupato, il 14% è pensionato. Rispetto allo stato civile, il 62% è coniugato, il 10% è celibe, il 4% fidanzato, il 24% è separato.

Il 28,57% del campione ha ammesso di aver avuto o di avere una dipendenza da sostanze (Alcol o droga).

All'analisi dei 21 tests MMPI 2 elaborati, si evince che la quasi totalità del campione (n=19) presenta almeno un sintomo psicopatologico o un tratto di personalità problematico (valore T >= 65).

Di seguito (Grafico 1) una rappresentazione grafica che mostra le medie delle scale di base del campione. Si riscontrano valori molto alti per la scala la scala (Pa) Paranoia (70,52), (F) Esagerazione dei sintomi (74,90). Valori alti per la scala (Pd) Deviazione Psicopatica (66,90), la scala (Pt) Psicastenia (68,67). Mentre, elevazioni moderate si hanno per le scale (Hs) Ipocondria (63,29), (D)

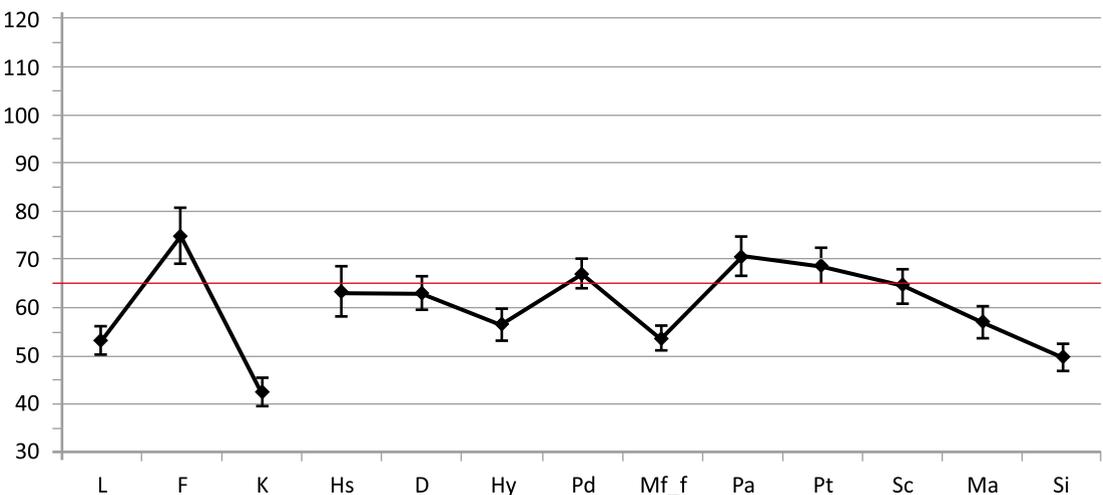


Grafico 1. Profilo medio del campione. Scale cliniche.

Depressione (62,95), (Hy) Isteria (56,38), (Sc) Schizofrenia (64,52), (Ma) Ipomania (57,19).

Raggruppamento per Profili

Un' ulteriore analisi dei dati è stata effettuata tramite il programma R-Project, un ambiente per la manipolazione dei dati, calcolo e visualizzazione di grafici. Si tratta di un ambiente di sviluppo specifico per l'analisi statistica dei dati che utilizza un linguaggio di programmazione derivato e in larga parte compatibile con S. Le analisi del programma sono state applicate ai punteggi dell'MMPI-2 espressi in punti T. Dall'analisi sono emersi due cluster del campione (Grafico 3).

Il grafico 2 mostra le medie delle scale di contenuto del campione. Si notano valori molto alti per la scala (DEP) Depressione (73,52). Valori alti per le scale: (ANX) Ansia (68,05), (BIZ) Ideazione Bizzarra (68,10), (HEA) Preoccupazioni per la Salute (66,20). Valori moderati si riscontrano nelle scale: (LSE) Bassa Autostima (62,10), (FAM) Problemi Familiari (58,38), (WRK) Difficoltà sul Lavoro (62), (TRT) Indicatori di Difficoltà di Trattamento (63,48).

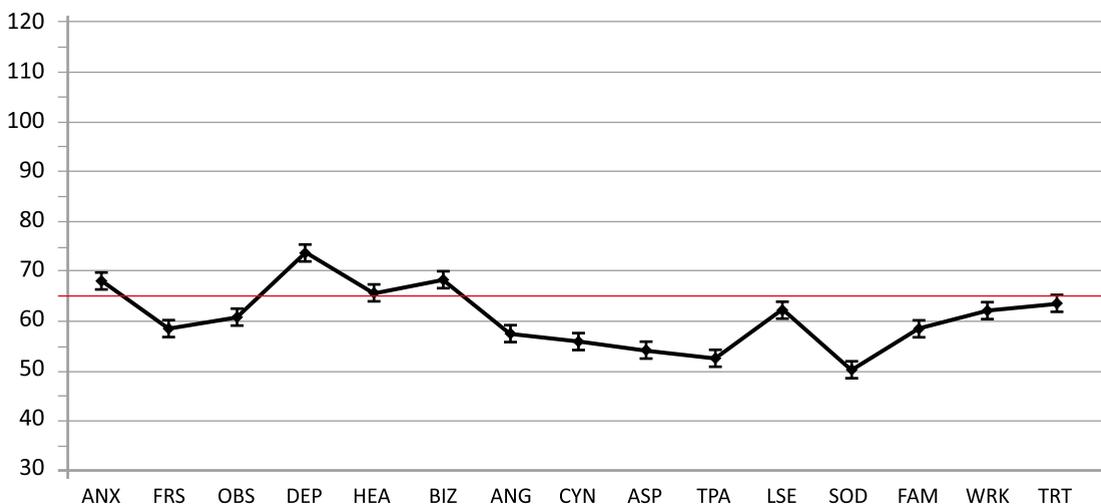


Grafico 2. Profilo medio del campione. Scale di contenuto.

Cluster Dendrogram

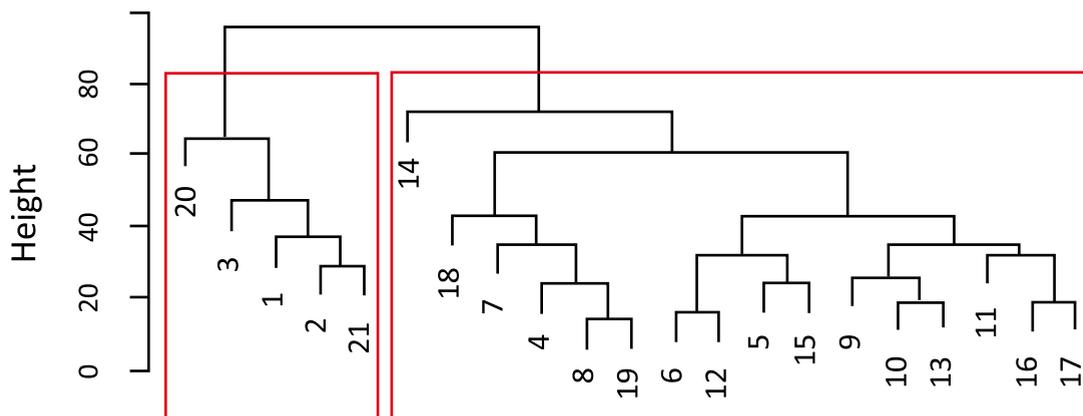


Grafico 3. Rappresentazione grafica dei Cluster

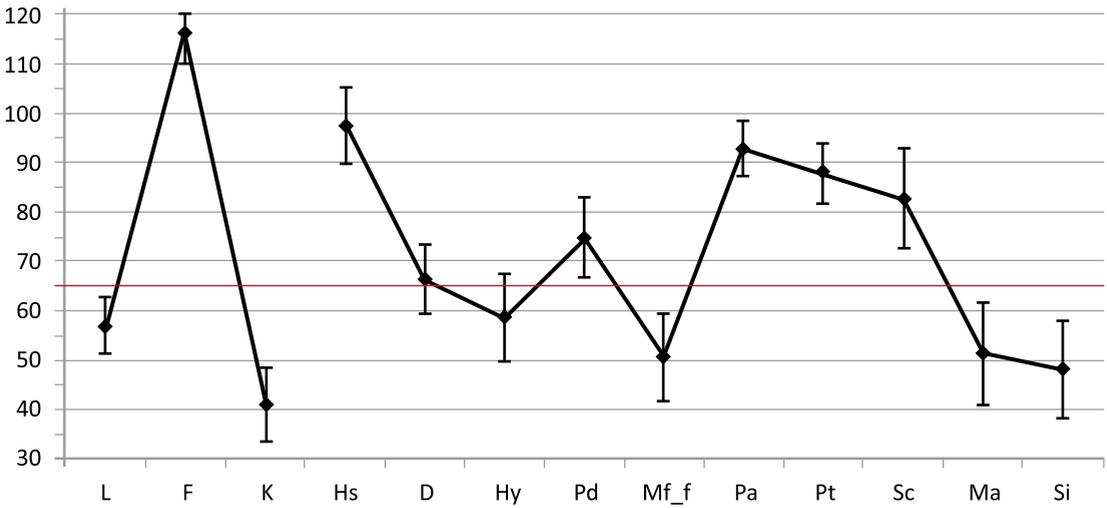


Grafico 4. Profilo medio dei soggetti appartenenti al primo Cluster.

Il grafico 4 mostra le medie dei valori dei punti T delle scale di base dell'MMPI-2 dei 5 soggetti compresi nel primo Cluster. Risultano evidenti punteggi molto alti nelle scale di (F) Esagerazione dei sintomi (116,20), (Hs) Ipocondria (97,40), (Pa) Paranoia (92,60), (Pt) Psicastenia (87,80), (Sc) Schizofrenia (82,40), (Pd) Deviazione Psicopatica (74,60). Valori moderati per (D) Depressione (66,20) e (Hy) Isteria (58,40).

Il grafico 5 mostra le medie dei valori dei punti T delle scale di base dell'MMPI-2 dei 16 soggetti compresi nel secondo Cluster. Questo secondo Cluster è composto da soggetti che presentano valori moderati nelle scale (D) Depressione (61,94), (Pd) Deviazione Psicopatica (64,50) e (Pa) Paranoia (63,63), (Pt) Psicastenia (62,69). Non risultano medie di valori alti.

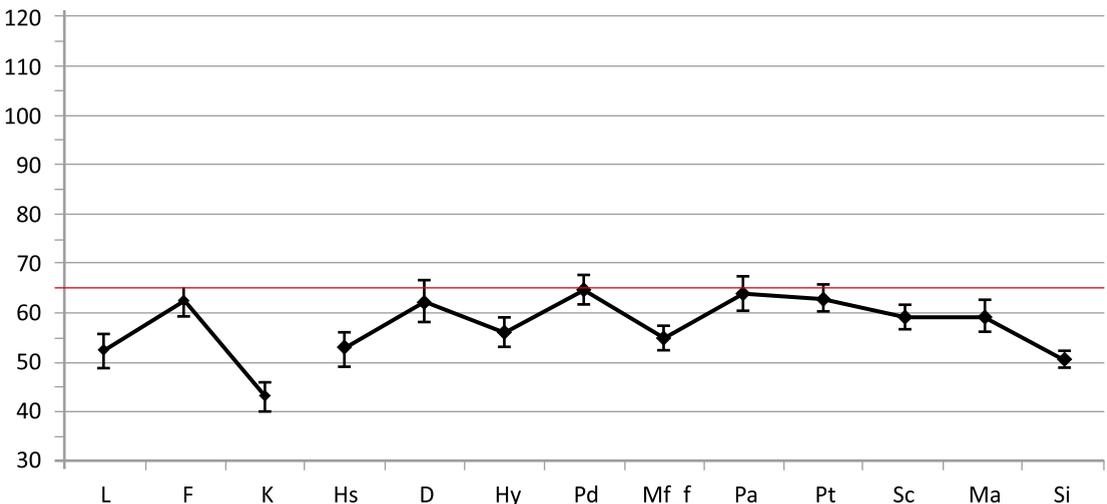


Grafico 5. Profilo medio dei soggetti appartenenti al secondo Cluster.

Discussione e conclusioni

La prima parte di questa indagine ha consentito di identificare le caratteristiche demografiche e psicologiche del giocatore d'azzardo patologico.

I dati calcolati confermano le ultime indagini ISTAT (2012) sul fenomeno, secondo cui, tra le tante forme di intrattenimento utilizzate dai giocatori, un posto di rilievo lo occupano le slot machine, modalità di gioco che da più dipendenza perché scommessa e premio sono più vicini temporalmente.

Per il resto viene evidenziata una eterogeneità circa i livelli di scolarità e professione. Rispetto ai dati presenti in letteratura il nostro campione presenta un livello di scolarità medio, più alto.

La comorbilità con il disturbo di dipendenza da sostanze è abbastanza evidente e viene altresì riconosciuta e ammessa dai giocatori stessi, che riferiscono dipendenze, passate o ancora in corso, da sostanze quali droga o alcol.

Analizzando i profili medi di personalità per le scale cliniche si evidenzia un'elevazione nella scala (Pd) Deviazione Psicopatica, che mette in luce la presenza nei giocatori patologici di comportamenti impulsivi, instabili e tendenzialmente antisociali.

L'elevazione nella scala (Pa) Paranoia evidenzia la tendenza a fraintendere le motivazioni e le intenzioni degli altri, l'insicurezza e la tendenza a concentrarsi sulla propria persona.

Punteggi elevati si riscontrano anche nella scala (Pt) Psicastenia che è indicativa di insicurezza, ansia, preoccupazione, apprensione e di un'eccessiva indecisione.

Si evidenziano elevazioni moderate per le scale dell'(Hs) Ipocondria, preoccupazioni eccessive per la propria salute e quindi un atteggiamento lamentoso, irritabile e immaturo; della D (Depressione) indicativa di un atteggiamento solitario, timido, isolato, con mancanza di energia, difficoltà a concentrarsi e scarsa fiducia in sé, e della (Sc) Schizofrenia indicativa di comportamenti bizzarri, difficoltà di concentrazione e pensiero e convinzioni inconsuete.

Interessante è il profilo medio del giocatore per le scale di contenuto. Da questi risultati è emersa nei giocatori una certa tendenza verso un'ideazione bizzarra (BIZ), che può far pensare al giocatore come una persona con credenze fasulle, che

si discostano dalla realtà; infatti non è raro che i giocatori d'azzardo patologici tentino di accattivarsi la fortuna in ogni modo, ricorrendo a gesti scaramantici e propiziatori di ogni genere; generalmente, il giocatore per giustificare le perdite attribuisce la causa di queste a fattori esterni (locus esterno) negando la realtà e abbandonandosi ad un pensiero bizzarro. L'elevazione della scala HEA (Preoccupazioni per la propria salute), in linea con l'elevazione della scala clinica Hs (Ipocondria), indica la presenza di un'eccessiva preoccupazione per la propria salute fisica. Le scale di contenuto evidenziano, inoltre, elevazioni nella scala ANX (Ansia) DEP (Depressione). Infine è presente una scarsa fiducia in un possibile trattamento psicologico con rigidità rispetto alla prospettiva di cambiamento (TRT) Indicatori di Difficoltà di Trattamento. Rispetto a quest'ultimo dato, sembra che sia proprio il carattere "autocurativo" del gioco d'azzardo a determinare il fatto che il giocatore raramente cerchi l'aiuto psicologico o abbia fiducia nel suo risultato (Blaszczynski e Maccallum, 2001).

Alla luce dei risultati emersi nel presente lavoro è possibile affermare, in linea con i dati in letteratura, che alcune delle caratteristiche tipiche del giocatore d'azzardo patologico sono la presenza di sintomi depressivi, ansia, comportamenti di tipo antisociale e comorbilità con l'utilizzo di sostanze (Bland et al, 1993; Petry et al, 2005; Bagby, et al., 2008; Lesieur e Blume, 1991; Feigelman et al, 1998).

Per quanto riguarda l'analisi dei Cluster, i risultati mettono in luce la presenza di due gruppi che si differenziano per il livello di problematicità delle scale che caratterizzano il profilo del giocatore d'azzardo patologico. Il primo Cluster è caratterizzato da punteggi molto alti nelle scale (Hs)

Ipocondria, (Pa) Paranoia, (Pt) Psicastenia, (Sc) Schizofrenia. Valori alti nella scala (Pd) Deviazione Psicopatica. Valori moderati per (D) Depressione e (Hy) Isteria. Il secondo Cluster è caratterizzato da valori moderati nelle scale (D) Depressione, (Pd) Deviazione Psicopatica (Pa) Paranoia, (Pt) Psicastenia. Questo dato non è sconosciuto in letteratura, in quanto il primo Cluster potrebbe essere classificato nel secondo e terzo sottotipo individuati da Ledgerwood e Milosevic(2010): nel secondo sottotipo, da loro indivi-

duato, sono presenti giocatori caratterizzati da elevata psicopatologia, che riportano depressione maggiore e ansia. La maggior parte dei ricercatori ha suggerito che questo tipo di giocatore d'azzardo è in gran parte motivato a giocare perché il gioco costituisce una modalità antagonista alla sofferenza psicologica, per alleviare o fuggire dagli stati d'animo disforici che i giocatori sperimentano. Il terzo sottotipo di Ledgerwood e Milosevic è caratterizzato da livelli relativamente elevati di impulsività o di sensation seeking. Le scommesse, per questi giocatori, rappresentano strumenti per aumentare i livelli di eccitazione e/o diminuire la noia. Il nostro primo Cluster, quindi, potrebbe rientrare in entrambi i gruppi sopra citati per la maggiore psicopatologia dei soggetti nelle scale che caratterizzano il giocatore d'azzardo patologico. Il secondo Cluster da noi individuato potrebbe rientrare nel terzo sottotipo di Ledgerwood e Milosevic, secondo i quali, i giocatori che rientrano in questo sottotipo sarebbero caratterizzati da poca psicopatologia, e bassa impulsività o sensation seeking. Il gioco, in questi soggetti, sarebbe basato su influenze sociali e su distorsioni dei processi cognitivi.

In maniera parzialmente compatibile con quanto riportato dai due autori, il nostro campione si divide in 2 Cluster differenti in funzione dell'elevazione delle scale dell'MMPI. Individuare l'appartenenza all'uno o all'altro gruppo potrebbe rappresentare un importante fonte di informazione per il clinico che si adopera al trattamento. Il gruppo di giocatori con tratti "meno patologici" evidenziati nel presente studio, come in quello di Milosevic e Ledgerwood, potrebbe beneficiare, già solo, di un trattamento principalmente basato sulla psicoeducazione, ovvero sulla disputa degli errori cognitivi commessi dai giocatori e sulla comprensione delle probabilità di vincita. Individuare precocemente la tipologia di giocatore consente quindi di rendere più efficace il trattamento sin dalle prime battute con un evidente risparmio di risorse, personali ed economiche.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (section 312.31). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., & Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 191-207.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 108-112.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking changes: Problem gamblers and mental health disorders – Results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *American Journal of Public Health, 88* (1093-1096).
- Feigelman W., Wallisch L. S., & Lesieur H. R. (1998). Problem Gamblers, Problem Substance Users and Dual-Problem Individuals: An Epidemiological Study. *American Journal of Public Health, 88*: 467-470
- Lesieur H. R., & Blume S. B. Evaluation of Patients for Pathological Gambling in a Combined Alcohol, Substance Abuse and Pathological Gambling Treatment Unit Using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction 1991,86*. 1017-1028.
- Lesieur H., & Rosenthal R. (1991). "Pathological Gambling: A Review of the Literature", *Journal of Gambling Studies, 7* (1), 5-39.
- Milesi A., & Clerici M. (2001). "Gioco d'azzardo, comorbidità e strutture di personalità" in Croce M. & Zerbetto R. (a cura di); *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D.M., (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review, *Clinical Psychology Review*.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 564-574.
- Rigliano, P., & Croce, M. (2001). "Giochi d'azzardo e tossicodipendenza" in Croce M. e Zerbetto R. (a cura di); *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano.

Giocatori e non giocatori, un confronto sulle caratteristiche di personalità

Luciana Picucci^{***}, Angelica Di Palma^{*}, Alessandro Oronzo Caffò^{***}, Andrea Bosco^{*}, Isabella Macina^{***}, Antonio Taranto^{***}.

^{*} Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

^{**} Associazione "Mind The G.A.P."

^{***} Dipartimento Dipendenze Patologiche (A.S.L., Bari)

Riassunto

L'obiettivo della presente ricerca è stato quello di voler indagare la presenza di differenze significative per quanto concerne particolari dimensioni della personalità tra giocatori d'azzardo patologici (*gambler*) e non giocatori, attraverso l'analisi dei risultati del test MMPI-2. Essi hanno dimostrato, come più volte confermato dalla letteratura in merito, come vi siano delle differenze importanti tra giocatori d'azzardo e non giocatori in particolari dimensioni della personalità, risultati che andrebbero ulteriormente approfonditi per giungere ad una conoscenza più ampia del fenomeno in questione.

Parole chiave: azzardo, personalità, confronto con gruppo di controllo.

Introduzione

Il gioco eccessivo è stato per lungo tempo considerato un comportamento vizioso di persone dal carattere debole. Questo punto di vista risulta essere totalmente inaccettabile ai giorni nostri poiché, oggigiorno, ci sono chiarissime indicazioni che il gioco patologico sia una vera e propria forma di dipendenza, un problema di natura sanitaria e sociale.

La sua identità clinica è confermata, infatti, dalla collocazione all'interno del DSM-V tra le nuove Dipendenze Comportamentali.

Le moderne indagini di investigazione delle funzioni del cervello attraverso la radiologia per immagini (PET, Risonanza Magnetica) e la determinazione dei livelli di particolari agenti chimici coinvolti nelle funzioni cerebrali ci stanno mostrando che il sistema nervoso del soggetto con dipendenza da gioco mostra le stesse dinamiche che si rilevano nel cervello delle persone con dipendenza da sostanze. Si è accertato, quindi, che i meccanismi cerebrali alla base dei comportamenti

di dipendenza siano gli stessi sia per il gioco che per l'alcool e droga.

Un elemento di grande importanza è la frequente associazione tra gioco d'azzardo e disturbi psichici quali l'ansia e la depressione (McCormick et al., 1984; Marazziti e Ravizza, 2000; Wacker, 2000), i disturbi bipolari, la tendenza costituzionale all'impulsività, altri disturbi del comportamento (Roy et al., 1988; Blande et al., 1993; Crockford et al., 1998). Stati depressivi gravi con pensieri suicidari e rischio di suicidio sono molto frequenti nei giocatori in difficoltà. Numerose ricerche suggeriscono come tra i giocatori d'azzardo possano essere comuni il disturbo narcisistico (Rosenthal, 1997), il disturbo borderline (Perinelli, 2003; Montalvo e Echeburun, 2004) e quello antisociale (Blaszczynsky et al., 1997; Perinelli, 2003) così come avviene tra i dipendenti da sostanze.

Frequentemente il giocatore mostra di soffrire per disturbi fisici, soprattutto conseguenza dello stato di stress cronico.

Oltre alle problematiche di natura fisica e psichica, il gioco d'azzardo si associa a problematiche relazionali e familiari, isolamento sociale, problemi lavorativi, problemi economici, talvolta anche problemi legali. Si tratta perciò di una problematica in grado di coinvolgere a 360 gradi la vita del soggetto.

Nonostante la scarsa omogeneità dei segni e sintomi che caratterizzano i giocatori d'azzardo, attraverso i risultati del test MMPI-2 è stato possibile rintracciare le caratteristiche del "giocatore medio", individuando una serie di caratteristiche di personalità che si differenziano notevolmente da quelle dei non giocatori. L'ipotesi di partenza dello studio era, appunto, quello di verificare se vi fossero delle differenze significative nelle di-

mensioni di personalità tra soggetti con diagnosi di Gap e soggetti appartenenti alla popolazione normale (non clinica).

Materiali e metodo

Partecipanti

Il campione utilizzato nello studio era composto da 2 gruppi di 21 soggetti per un totale di 42 individui, di cui 39 uomini e 4 donne. Il primo gruppo era composto da, appunto, 21 soggetti (di cui 19 uomini e 2 donne) con un'età media di 50 anni, con diagnosi di GAP e in trattamento presso il Ser.T di Bari, residenti nelle province limitrofe. A caratterizzare questo gruppo erano la presenza di doppia diagnosi (tabagismo, uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcool, disturbi mentali); problemi legali (carcere, semilibertà); problemi familiari di vario genere (con la moglie, con i figli, con il padre, con la madre, con i genitori); condizioni economiche (cattive o insufficienti, buone o agiate) e, infine un ammontare di debiti che va da un minimo di 100 euro al sequestro delle proprietà. Il loro livello di scolarizzazione risultava essere piuttosto eterogeneo e andava dal conseguimento del titolo di scuola primaria fino alla laurea magistrale, passando per la licenza media e superiore.

Il secondo gruppo è stato composto da 21 soggetti che non presentavano diagnosi di patologie e che non erano in trattamento presso alcuna struttura di sanità pubblica o privata. A prescindere da questa fondamentale differenza, il suddetto gruppo è stato selezionato sulla base delle caratteristiche di quello patologico (appaiato). In particolare sono state ricercate persone che corrispondessero alla perfezione alle caratteristiche del gruppo patologico per quanto concerne tratti demografici e sociali quali il sesso, l'età, il titolo di studio, la professione e lo stato civile. Anche questo gruppo, perciò, era formato da 19 uomini e 21 donne con un'età media di 50 anni residenti per lo più a nella città di Monopoli (BA).

Strumenti

Lo strumento utilizzato è stato il test MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) nella versione del 2001. Esso è un

questionario di personalità self-report composto da 567 item ai quali il soggetto deve rispondere in forma dicotomica (SI/NO) che valutano diverse dimensioni di personalità sulla base di quattro scale (Scale di Validità, Scale di Contenuto, Scale Cliniche di Base e Scale Supplementari).

Procedura

I dati relativi al campione clinico sono stati rintracciati tramite la consultazione delle cartelle cliniche degli stessi, messe a disposizione dagli operatori del Ser.T di Bari in collaborazione con l'Associazione "Mind The GAP".

I componenti del campione non patologico hanno, invece, compilato il test MMPI-2 in sedi e tempi separati, avendo a disposizione un tempo illimitato (che variava dai 60 minuti ai 120) per la compilazione (scelta motivata dall'ingente quantità di item che il test presenta e dalla difficoltà con cui i soggetti chiamati a compilare il test erano vittime di stanchezza o distrazione a causa della grande mole di dati che erano chiamati a prendere in esame).

Le scale dell'MMPI-2 analizzate sono state quelle di Validità (L, F, K) che permettono di classificare la validità degli elaborati, quelle Cliniche di Base (ipocondria, depressione, isteria, deviazione psicopatica, mascolinità/femminilità, paranoia, psicastenia, schizofrenia, ipomania, isolamento sociale) che sono in grado di discriminare diverse psicopatologie e quelle di Contenuto (ansia, paure, ossessività, depressione, preoccupazioni per la salute, ideazione bizzarra, rabbia, cinismo, condotte anti-sociali, personalità di tipo A, bassa autostima, disagio sociale, problemi familiari, difficoltà sul lavoro, difficoltà di trattamento) in grado di evidenziare i tratti di personalità.

Analisi statistiche e risultati

L'elaborazione dei dati è stata mirata in un primo momento a verificare se la distribuzione delle frequenze fosse normale o meno (ovvero compresa in un intervallo che varia tra il -1 e l'1). A tal proposito l'analisi vera e propria dei dati è proseguita applicando il T Test, una statistica in grado di confrontare se la diversità nelle medie di due campioni separati rispetto alla stessa variabile

sia dovuta al caso o meno (nello studio in questione l'intento era, appunto, quello di rintracciare differenze significative nei punteggi dei giocatori d'azzardo rispetto alla popolazione normale presa in considerazione).

I risultati ritenuti significativi sono stati quelli in cui era chiaramente presente un indice di patologia secondo le norme dell'MMPI-2, ovvero tutte quelle scale che presentavano un valore medio di T maggiore o uguale a 65 ($T \geq 65$) e sono stati riscontrati tutti all'interno del campione patologico.

Nelle tabelle seguenti presentiamo i risultati ottenuti e messi a confronto tra gamblers e non gamblers per quanto concerne le Scale Cliniche di Base e le Scale di Contenuto del test MMPI-2.

Discussione

I risultati della ricerca forniscono dati interessanti sui profili psicologici e di personalità dei giocatori d'azzardo, distinguendoli in maniera peculiare dai tratti che, invece, caratterizzano la popolazione normale.

Sulla base dei risultati ottenuti è stato possibile

| | | F | Hs | D | Hy | Pd | M-F | Pa | Pt | Sc |
|--------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Media | 74,9 | 63,3 | 63 | 56,4 | 66,9 | 53,6 | 70,5 | 68,7 | 65,5 |
| GAMBLER | | | | | | | | | | |
| | Dev. St. | 26,1 | 24,1 | 17 | 14,5 | 13,8 | 18,8 | 19,1 | 16 | 17,4 |
| | Media | 54,9 | 47,9 | 42,8 | 41,1 | 53,5 | 72,2 | 48,3 | 43,7 | 53,8 |
| NON GAMBLER | | | | | | | | | | |
| | Dev. St. | 13,6 | 9,3 | 6,8 | 5,2 | 7,4 | 11,1 | 11,2 | 11,4 | 9,3 |
| | t | 3,035 | 2,664 | 4,925 | 4,149 | 3,814 | 4,932 | 4,497 | 5,689 | 2,436 |
| | p< | 0,005 | 0,01 | 0,001 | 0,001 | 0,001 | 0,001 | 0,001 | 0,001 | 0,01 |

Tabella 1: statistiche descrittive e t test tra il gruppo di gamblers e non gamblers per le scale cliniche di base del test MMPI-2.

| | | ANX | FRS | OBS | DEP | HEA | BIZ | LSE | FAM | WRK | TRT |
|--------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Media | 68,05 | 58,38 | 60,76 | 73,52 | 65,52 | 68,1 | 62,1 | 58,38 | 62 | 63,48 |
| GAMBLER | | | | | | | | | | | |
| | Dev. St. | 16,98 | 14,17 | 17,85 | 19,13 | 18,51 | 22,57 | 18,54 | 15,87 | 15,73 | 17,01 |
| | Media | 50,67 | 45,62 | 50,86 | 48,05 | 51,62 | 55,24 | 48,38 | 46,9 | 48,14 | 54,19 |
| NON GAMBLER | | | | | | | | | | | |
| | Dev. St. | 9,77 | 9,11 | 12,65 | 8,91 | 9,56 | 13,75 | 9,18 | 8,97 | 10,51 | 11,48 |
| | t | 3,97 | 3,39 | 2,02 | 5,4 | 2,99 | 2,18 | 2,96 | 2,82 | 3,28 | 2,02 |
| | p< | 0,001 | 0,001 | 0,05 | 0,001 | 0,005 | 0,05 | 0,005 | 0,01 | 0,005 | 0,05 |

Tabella 2: statistiche descrittive e t test tra il gruppo di gamblers e non gamblers per le scale cliniche di contenuto del test MMPI-2.

rintracciare le caratteristiche del “giocatore medio”, confrontandole e avendo riscontri positivi nell’ampia letteratura riguardante il fenomeno del gioco d’azzardo patologico.

Prendendo in considerazione i risultati del campione patologico al test MMPI-2 è possibile dedurre che un’elevazione della scala F del MMPI-2 potrebbe indicare la presenza di una sintomatologia più grave nei giocatori d’azzardo rispetto ai non giocatori. Questo dato risulta assolutamente confermato dalla letteratura nazionale ed internazionale in merito, la quale conferma che tra giocatori d’azzardo e non giocatori vi siano delle nette differenze, ovvero che i giocatori presentino alti punteggi nelle scale patologiche dell’MMPI-2 a differenza dei punteggi nella norma dei campioni non patologici, dato che fa presupporre la presenza di psicopatologia pregressa nei giocatori rispetto alla popolazione normale.

L’elevazione della scala Pd e Pa riscontrata all’interno del nostro campione patologico potrebbero indicare la presenza di problemi interpersonali e sociali dei giocatori e la presenza di un disturbo paranoide. Ciò, però, non deve portarci a desumere un disturbo antisociale di personalità poiché, come suggeriscono Donà e collaboratori, punteggi elevati in queste scale potrebbero indicare più delle caratteristiche legate alla situazione qui ed ora del soggetto, che dei veri e propri tratti di personalità stabili. La letteratura, infatti, non risulta aver trovato ancora un accordo per quanto concerne le caratteristiche antisociali di personalità dei giocatori.

L’elevazione della scala Pd nel campione di gamblers, però, desta particolare attenzione, poiché avvalorare l’ipotesi della presenza di comportamenti psicotici all’interno del campione (dato reso ulteriormente significativo dalla presenza di punteggi chiaramente patologici per la scala Biz).

L’elevazione della scala Pt, positivamente correlata ad un’elevazione delle scale Anx e Dep (Abbate, Roma, 2014) ci porta ad ipotizzare la presenza di una forte componente ansiosa all’interno del campione patologico. In particolare, l’elevazione della scala Anx potrebbe indicare la presenza di forte ansia, nervosismo e apprensione che caratterizzano il comportamento dei gamblers e, l’elevazione della scala Dep fa presupporre una tendenza depressiva dell’umore. Come dimostra-

to da uno studio condotto oltreoceano nel 2005 da alcuni ricercatori coreani, il 30% dei gamblers da loro presi in esame presentava disturbi dell’umore (in particolar modo depressione) e il 27% presentava disturbi d’ansia.

Il campione patologico preso in esame nella presente ricerca presenta anche valori elevati nella scala Hea e ciò potrebbe indicare il fatto che i soggetti esprimono particolari preoccupazioni per la salute e malesseri fisici di varie entità anche senza la reale presenza di patologia (ipocondria). Associato a queste preoccupazioni risulta essere il comportamento tendenzialmente ossessivo dei giocatori, messo in evidenza dagli alti punteggi per la scala Obs dell’MMPI-2. La tendenza ossessivo-compulsiva dei giocatori li spingerebbe a ricercare compulsivamente l’attività di gioco, a mettere in atto comportamenti ripetitivi e impulsivi, come confermato da Blaszczynski. Nei 40 giocatori “incalliti” da lui presi in esame in uno studio vi era una percentuale di ossessioni e compulsioni nettamente maggiori rispetto al campione di controllo.

Sarebbe, inoltre, interessante mettere in evidenza come la maggior parte del campione clinico preso in esame dalla ricerca presentasse comorbidità per le dipendenze da sostanze (13%) e dipendenza da alcool (14%) e questo dato conferma una delle caratteristiche che rendono complesso il fenomeno della dipendenza da gioco d’azzardo, ovvero la forte similarità e sovrapposibilità con le dipendenze da sostanze (alcool e droga) e spesso la loro compresenza. Prendendo in considerazione un’indagine condotta presso il Ser.T di Arezzo è degno di nota il dato che evidenzia come non vi siano differenze tra il gruppo dei gamblers patologici ed un gruppo di eroinomani per quanto concerne la dimensione della Deviazione Psicopatica (Pd) dell’MMPI-2, in accordo con quella parte di letteratura che ritiene che entrambi questi gruppi (giocatori d’azzardo e tossicodipendenti) siano caratterizzati da tratti di personalità antisociali (Moravec e Munley, 1983; Sherrer et al., 1996; Craig, 2000). Ribadiamo, comunque, come non possiamo giungere, sulla base dei nostri dati, ad una conclusione di diagnosi di antisocialità.

Conclusioni

Dalla disamina dei risultati, possiamo conclu-

dere che le caratteristiche di personalità dei giocatori d'azzardo si differenziano in maniera evidente rispetto a quelle della popolazione normale presa in esame e come i giocatori presentino tratti afferibili ad un quadro psicopatologico più complesso, rispetto ai non giocatori. In particolare le caratteristiche di personalità che lasciano emergere un quadro patologico dei giocatori rispetto ai non giocatori afferiscono alla presenza di disturbi dell'umore (ansia e depressione), disturbo psicotico e paranoide, disturbo dello spettro ossessivo-compulsivo, ipocondria. Risulta importante sottolineare, però, che il gioco d'azzardo sia una condizione psicopatologica caratterizzata da una forte eterogeneità e complessità, che chiama in causa diverse variabili oltre alle caratteristiche di personalità dei singoli soggetti, quali per esempio l'ambiente che li circondano e in cui si sviluppano le loro esistenze, una particolare rete di relazioni in cui sono inseriti, ecc. Tutti i soggetti appartenenti al nostro campione clinico, infatti, presentavano problematiche più o meno gravi in ambito familiare e, più in generale relazionale, in ambito lavorativo e problematiche legate all'uso e abuso di sostanze (tabagismo, tossicodipendenza, dipendenza da alcool).

I dati ottenuti confermano sicuramente l'idea che coloro i quali si rivolgono presso i servizi di Sanità Pubblica, come i pazienti appartenenti al gruppo patologico preso in esame dal suddetto studio, presentino particolari problematiche, dettate probabilmente dalle continue perdite di denaro, dalle difficoltà lavorative, familiari o, in generale, relazionali causate dalla dipendenza da gioco che espongono la persona a particolari situazioni di stress e sintomatologie gravi (stati depressivi, condotte devianti, eccitazioni ipomaniacali, nervosismo e irritabilità, ecc.); oppure, in altri casi, come emerge dai dati relativi alle scale dell'MMPI-2, esiste una psicopatologia sottostante all'attività di gioco che alimenta la dipendenza e rende il quadro diagnostico più grave.

Nonostante questi importanti dati non possiamo desumere con certezza un rapporto di causa e effetto tra psicopatologia e gioco d'azzardo e, di conseguenza, non risulta possibile stabilire quale tra questi due fattori provochi l'altro. Pertanto l'argomento andrebbe ulteriormente approfondito.

Bibliografia

- Abbate, L. & Roma, P. (2014). *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 16-154.
- Blaszczynski, A. P. (1999). *Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*, *Psychological Reports*, 84, pp. 107-113.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, pp. 487-499, 490.
- Cecchi M., Rocco M., & Costantino P. (2001). *Confronto del profilo di personalità MMPI di utenti alcolodipendenti e tossicodipendenti*. XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Algologia (SIA).
- Cocci V., Benci S., Bonicolini C., & Dimauro P. E. (2006). *Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2*. *Personalità/Dipendenze*, vol. 11, Fasc. I, pp. 1-13.
- 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.
- Moravec, J. D., & Munley P. H. (1983). *Psychological Test Findings on Pathological Gamblers in Treatment*. *Int J Addict.*, 18 (7), p. 103.
- 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 perversity*. In *Psychoanalytic Review*, pp. 503-616. Cit. in *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Capitucci D., Marino V., Milano: Franco Angeli, 2002.
- Tattini, M., Casalboni, D., & Salaris M., Pegli, E. (2012). *Giocatori d'azzardo patologici e tratti di personalità: quali correlazioni?*. Dipartimento Politiche Antidroga Consiglio dei Ministri.

Sitografia

- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249521/
www.dsm5.org
www.psicologiaeanima.it
www.psicologi-a-roma.it
<http://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.9.1500>

Lo psicodramma Moreniano: un metodo di psicoterapia contemporanea

Alessia Potere

Psicologa-psicodrammatista, iscritta alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad Orientamento Dinamico IPOD PLAYS Roma, esperta in terapia di gruppo e psicodramma moreniano apotere@gmail.com

Riassunto

“Lo psicodramma è l'unica terapia che fa ricorso all'estroversione della sensazione dando dignità attuale allo spazio dei ricordi” (Dora Kalff, 1966).

Secondo J.L. Moreno, lo psicodramma è la rappresentazione delle dinamiche psichiche inconse.

La parola *dramma*, deriva dal greco *drama*, che significa azione ed evoca all'interno di questo contesto, la trasformazione attiva delle dinamiche psichiche messe in scena dal paziente/protagonista.

Il setting inventato da J.L. Moreno è un campo espressivo aperto allo sguardo del gruppo e suscettibile di trasformazioni e adattamenti luminosi e coreografici (suono, movimento, contatto, immagine). Infatti, nello psicodramma la parola incontra lo spazio, il corpo e la vista. Si tratta di una regia terapeutica basata sul fare oltre che sul dire dove il paziente interpreta il ruolo di regista, attore e protagonista della sua storia.

La contemporaneità di questa tecnica si riferisce al fatto che parte da dove la psicoanalisi finisce, infatti, il gruppo, l'azione, lo sguardo, il contatto fisico e l'espressione pubblica dei conflitti (elementi esclusi dal classico e puritano setting freudiano) sono fondamentali strumenti di lavoro nello psicodramma.

Parole chiave: psicodramma, gruppo, spazio espressivo, azione, vissuti.

Dove e quando nasce lo psicodramma?

Il creatore dello psicodramma ed uno dei principali inventori della psicoterapia di gruppo è Jacob Levi Moreno (Bucarest 1889, Beacon-New York, 1974), che ha portato nella terapia il gioco e nella platea la scena.

La prima sessione psicodrammatica privata vede J.L. Moreno interpretare Dio, all'età di cinque anni (1894).

Una domenica pomeriggio Moreno -bambino rimase a casa a giocare con i figli dei vicini, approfittando dell'assenza dei suoi genitori. Il gruppo di amici, dopo aver raggiunto nel seminterrato una grande stanza vuota, con un solo grosso tavolo di quercia al centro, giocò a rappresentare Dio ed i suoi angeli. Il gioco proposto da Moreno, alimentò gli animi dei bambini che iniziarono a recuperare dall'abitazione, delle sedie che furono assemblate nel seminterrato e da quel momento iniziò il gioco. Moreno salì in cima alle sedie interpretando Dio, mentre gli altri bambini (ego ausiliari) interpretarono gli angeli, fino a che, dopo l'esortazione degli angeli a che il Dio volasse, Moreno si ritrovò a terra con il braccio rotto.



In età più consapevole, nel primo decennio del secolo scorso a Vienna, Moreno conduce le sue prime esperienze di animazione spontanea con bambini profughi e prostitute.

Nasce lo psicodramma che inizia a diffondersi in tutto il mondo, dopo essere stato introdotto da J.L. Moreno negli Stati Uniti (1925), fondando l'Istituto Beacon.

In Italia, nei primi anni '50, elementi di psicodramma vengono introdotti dagli allievi francesi di Moreno, come Lebovici e Schutzenberger.

Mentre, negli anni '60 viene fondata l'A.R.P.A. (Associazione per le ricerche sullo psicodramma attivo) di Roma, diretta da Ottavio Rosati.

Quali sono gli strumenti ed i soggetti coinvolti in questo metodo?

1. Il palcoscenico o spazio espressivo/multidimensionale, per dare la possibilità al paziente/protagonista di articolare liberamente i propri vissuti e fantasmi, permettendo l'analisi non solo del passato, ma anche delle possibilità future. Moreno utilizza il palcoscenico per dare al paziente un adeguato spazio e possibilità di rappresentazione del suo mondo, per conoscerlo e percorrerlo e portarlo alla sua massima esasperazione (in tutti i sensi dalla manifestazione delle emozioni al ritirarsi in sé), fino alla catarsi finale, così da smuovere la storia del paziente dal punto in cui si era incagliata.
2. Il paziente/protagonista che ha la possibilità di sperimentare se stesso in modo più profondo ed esplicito che nella vita reale. Al paziente/protagonista gli viene chiesto di essere se stesso sul palcoscenico e di ritrarre il proprio mondo privato davanti ad un pubblico, favorendo il processo di auto rivelazione delle sue fantasie inconse.
3. Il conduttore/psicodrammatista che conduce la sessione di psicodramma nelle tre fasi (riscaldamento, azione/rappresentazione e condivisione)

e si occupa del protagonista aiutandolo a fornire indicazioni chiave su come portare avanti la rappresentazione della suo mondo reale o fantasmatico.

4. Il gruppo, i cui membri vengono coinvolti sia come ego ausiliari (estensioni del paziente che ritraggono le persone reali o immaginate nel suo dramma esistenziale) sia come semplici osservatori, che al termine della sessione condividono i vissuti.

La sessione psicodrammatica si divide in tre fasi

1. Il riscaldamento è la fase in cui il paziente/protagonista condotto dallo psicodrammatista inizia ad esprimersi liberamente man mano che altre immagini da rappresentare gli vengono in mente. Le tecniche usate in que-

sta fase sono tecniche di presentazione di sé, soliloquio, scelta del momento, del luogo, della scena, degli ego ausiliari, scelta del doppio di cui ha bisogno nella produzione del suo psicodramma.

Il riscaldamento avviene dagli eventi più superficiali a quelli più traumatici.

2. La fase centrale è la fase dell'azione, in cui il paziente/protagonista rappresenta i propri conflitti nel "qui ed ora", a prescindere dal periodo temporale in cui sono stati realmente vissuti o immaginati.

Il protagonista deve agire la sua verità come l'avverte e la percepisce, in modo soggettivo ed è facilitato dallo psicodrammatista a raggiungere la catarsi come purificazione emotiva.

3. La condivisione è la fase finale in cui tutti i mem-



bri del gruppo, a partire dalle personali esperienze di vita, condividono i vissuti perché il paziente/protagonista non deve essere mai lasciato con l'impressione di essere l'unico del gruppo ad aver vissuto la sua problematica.

I punti di forza dello psicodramma rispetto alla tecnica classica

I punti di forza di tale tecnica sono il gioco e l'azione che favoriscono il cogliere dimensioni psichiche irraggiungibili solo con le parole, perché spesso inconsapevoli al paziente stesso.

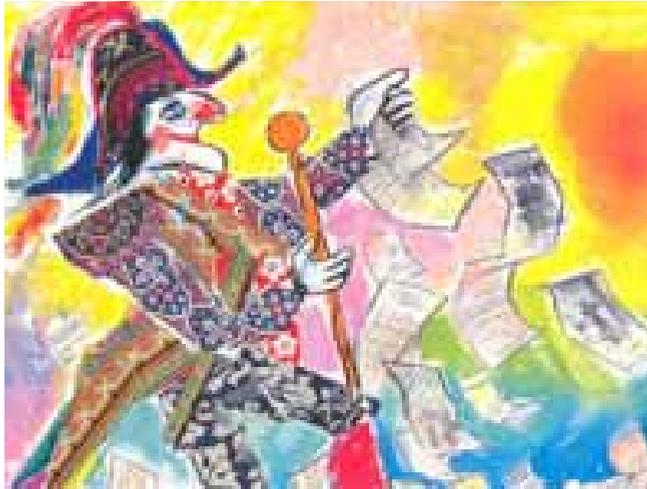
Inoltre, la presenza del gruppo, sia nei termini di doppio o ego ausiliare (due delle tecniche usate nello psicodramma) che di semplice pubblico, elude il rischio che il paziente si immerga in un universo solipsistico, delirante e di reciprocità fusionale con il terapeuta.

Le trame messe in scena rappresentano i problemi più autentici del protagonista che continua a scoprire se stesso anche attraverso la fase finale di condivisione dei vissuti (*sharing*) da parte del pubblico, tutto sotto la conduzione dello psicodrammatista.

Conclusioni

La presentazione appena fatta dello psicodramma Moreniano evidenzia come il livello verbale, alla base delle classiche tecniche terapeutiche, sia superato ed incluso nel livello della messa in scena.

Il principio del coinvolgimento del protagonista (che incontra parti di sé e altre persone vere ed illusorie) e del gruppo (che prende parte ai conflitti mentali del protagonista e che condivide i vissuti) e l'esame di realtà del "qui ed ora", effettivamente realizzato sul palco-



scenico, sottolineano come in questa tecnica non possa esserci interpretazione e presa di consapevolezza, senza azione.

Bibliografia

Bartolucci, G. (1983). "Dal teatro della spontaneità al teatro del volo", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Boria, G. (1983). *Tele, Manuale di psicodramma classico*, Angeli, Milano.

Carotenuto A. (1982). "La personalità e lo psicodramma", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

bio, Roma.

Enneis, J.M. (1951). "The dynamics of group and action process in therapy" *Group psychotherapy and psychodrama*, vol. IV, n. 1-2.

Lemoine, G. (1978). "Il teatro e lo psicodramma", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Lemoine, P. (1980). "Acting out o passaggio all'atto?", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Montesarchio, G., & Sardi, P. (1987). "Dal teatro della spontaneità allo psicodramma classico", Angeli, Milano.

Moreno, J.L. (1947). "The theatre of spontaneity", Beacon House, Beacon.

Moreno, J.L. (1948). "Sociology and Sociodramma", *Sociology*, vol. II, n. 1-2.

Moreno, J.L. (1951). "Fragments from the psychodrama of a dream", *Group Psychotherapy and Psychodrama*, vol. III, n. 4.

Musatti, C. (1982). "Intervista sull'attore e lo psicoanalista", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Nolte, J., Weistart, J., & Wyatt, J. (1977). "Psychodramatic production of dreams: "The end of the road" *Group Psychotherapy and psychodrama*, vol. XXX.

Rosati, O. (a cura di) (1982). "Pirandello e lo psicodramma in Italia", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Rosati, O. (a cura di) (1983). "Questa sera si recita a soggetto", Atti dello psicodramma, Astrolabio, Roma.

Rosati, O. (1980). "Lo psicodramma", in *Enciclopedia del teatro del '900*, a cura di A. Attisani, Feltrinelli, Milano.

Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte

Massimo Frateschi

Psicologo Psicoterapeuta. Ph.D. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A.

Riassunto

L'autore presenta l'analisi e il metodo psicoevoluzionista rispetto agli psicotraumi e agli psicomicrotraumi, descrivendo un nuovo approccio di studio e di interpretazione psicologica psicodinamica di eventi e fenomeni umani soggettivi e interpersonali. La tradizione psicologica scientifica viene elaborata in una concezione moderna psicodinamica che definisce le linee di ricerca e di applicazione della psicoevoluzione, dalla vita alla morte dell'essere umano. L'innovazione proveniente dalla scoperta degli eventi e dei fenomeni multipli simultanei e successivi nel mondo interno in rapporto al mondo esterno contraddistingue alcune possibilità interessanti di applicazione psicologica con interventi molteplici riguardanti sia la promozione della salute, sia la prevenzione, la psicodiagnosi e la psicoterapia.

Parole chiave: Metodo psicoevoluzionista, psicotraumi, psicomicrotraumi

Nell'analisi e nel metodo psicoevoluzionista "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). Quindi delinea 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 psicoevoluzionista sul tipo di eventi psicotraumatici fondamentali e di eventi psicomicrotraumatici multipli simultanei e successivi, così come vedremo in seguito (Frateschi M., 1988-1989, 2007a, 2012, 2013a).

In particolare, la classificazione suddetta attiene alla configurazione globale teorica e metodologica della Psicologia Psicodinamica Psicoevoluzionista (Frateschi M., 1988 - 1989) che si articola attraverso:

a) analisi e interpretazioni cliniche dei principi dei campi di forza, delle leggi di unificazione formale, dei conflitti tra le forze in campo (Psicologia della Gestalt);

b) individuazione, analisi e interpretazione delle pulsioni, degli stati di angoscia, dei conflitti intrapsichici e dei meccanismi difensivi potenziali e agiti (Psicoanalisi);

c) individuazione, analisi e interpretazione dei bisogni, delle emergenze emotive, delle carenze affettive, delle separazioni e delle perdite (Psicologia e analisi esistenziale-fenomenologica);

d) analisi e interpretazione delle risonanze emotive, delle reazioni evocative espressive, delle produzioni immaginative e simboliche (Psicologia e analisi immaginativa).

In breve, ora proverò a descrivere quanto appena premesso attraverso temi che ho iniziato a trattare dal 1988 sulla psicoevoluzione fino ad oggi, e che svilupperò ulteriormente nelle pagine seguenti.

Innanzitutto, sulla nozione del trauma, Freud (1915-1917) afferma: "l'espressione 'traumatico' non ha altro senso se non questo, economico. Con essa noi designamo un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce, donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche".

Dal punto di vista psicoanalitico il trauma è un "Evento della vita del soggetto che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica. In termini economi-

ci, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare e di elaborare psichicamente queste eccitazioni ... e può essere dovuto sia a un solo evento molto violento (una forte emozione) sia a una accumulazione di eccitazioni singolarmente tollerabili; il principio di costanza viene in un primo tempo violato, poiché l'apparato è incapace di scaricare l'eccitazione ... È consuetudine caratterizzare gli inizi della psicoanalisi (tra il 1890 e il 1897) nel modo seguente: sul piano teorico, l'eziologia della nevrosi è attribuita a esperienze traumatiche passate e la data di tali esperienze vien fatta risalire sempre più lontano, man mano che si approfondiscono le indagini analitiche dall'età adulta all'infanzia ...” (Laplanche J. e Pontalis J. B., 1967).

Il trauma è un evento personale della storia e del vissuto del soggetto, rilevante per le emozioni, i sentimenti e gli affetti dolorosi che può innescare.

Laplanche e Pontalis, riferiscono che: “Nella Comunicazione preliminare (in Studi sull'isteria [Studien über Hysterie, 1895]) Breuer e Freud notano inoltre che una serie di eventi, ciascuno dei quali da solo non agirebbe come trauma, possono aggiungere i loro effetti (sommazione) ... È anche possibile definire una serie che va dall'evento la cui efficacia patogena deriva dalla sua violenza e dal suo carattere improvviso (incidente, per esempio) fino all'evento che deve la sua efficacia al suo inserimento in una organizzazione psichica che ha già i suoi punti di rottura ben precisi” (Laplanche J. e Pontalis J. B., 1967).

Freud in *Al di là del principio del piacere*, sostiene: “Chiamiamo “traumatici” quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi quest'idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi. Un evento come il trauma esterno provocherà certamente un enorme disturbo nell'economia energetica dell'organismo, e mobiliterà tutti i possibili mezzi di difesa. Nello stesso tempo, il principio di piacere in un primo momento e messo fuori combattimento. Non è più possibile evitare che

l'apparato psichico sia sommerso da grandi masse di stimoli; sorge invece un altro compito, quello di padroneggiare lo stimolo, di “legare” psichicamente le masse di stimoli che hanno fatto irruzione nell'apparato psichico, in modo da potersene poi sbarazzare” (Freud S., 1920).

Il “trauma della nascita” rappresenta per Freud il nucleo del pericolo in aumento, al di là del limite tollerabile, della tensione risultante da un afflusso di eccitazioni interne che richiedono di essere liquidate.

Adesso consideriamo le due pulsioni di vita, e di morte. Nella formulazione originaria Freud pose in relazione la teoria psicologica delle pulsioni con concetti biologici fondamentali e propose che le pulsioni venissero chiamate pulsioni di vita e di morte. Esse corrisponderebbero ai processi anabolici e catabolici, come caratteristiche istintuali di tutta la materia vivente, istinti del protoplasma. Quindi, alla pulsione di vita viene accostata la pulsione sessuale o erotica, alla pulsione di morte viene accostata la pulsione aggressiva, o distruttiva. Le due pulsioni non sono osservabili come tali in forma pura, ma solamente mescolate l'una all'altra, o per meglio dire le due pulsioni di regola sono “fuse” insieme, anche se non in egual misura. “Soltanto con l'azione concomitante oppure reciprocamente in contrasto delle due pulsioni primarie – Eros e la pulsione di morte – è possibile spiegare la ricca molteplicità del fenomeno della vita, mai invece con l'azione di una sola di esse” (Freud S., 1937).

“Il lutto è invariabilmente la reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto, la patria ad esempio, o la libertà, o un ideale e così via. La stessa situazione produce in alcuni individui – nei quali sospettiamo perciò la presenza di una disposizione patologica – la melanconia invece del lutto” (Freud S., 1915-1917).

“Freud ha mostrato tutta la gamma che esiste tra il lutto normale, i lutti patologici (il soggetto si ritiene colpevole della morte sopravvenuta, la nega, si sente influenzato o dominato dal defunto, si sente colpito dalla stessa malattia che ha provocato la morte della persona cara, ecc.) e la melanconia ... nel lutto patologico il conflitto ambiva-

lenziale passa in primo piano; con la melanconia si entra in una fase ulteriore: l'Io si identifica con l'oggetto perduto" (Laplanche J. e Pontalis J. B., 1967). In *Lutto e melanconia*, Freud sostiene: "Ogni ricordo e ogni stato di attesa che dimostra l'attaccamento della libido all'oggetto perduto urta contro il verdetto della realtà per cui l'oggetto non esiste più, e l'Io posto di fronte alla questione se deve condividere questo destino, viene persuaso dalla somma dei soddisfacimenti narcisistici che derivano dal fatto di essere vivo, a distaccarsi dall'oggetto che è stato abolito. Possiamo forse supporre che quest'opera di separazione sia così lenta e graduale che, prima di giungere al termine, il dispendio di energia necessaria per arrivarci sia ormai ridotto a nulla" (Freud S., 1915-1917).

Ciò conduce al tema dell'elaborazione del lutto, che è un processo intrapsichico, susseguente alla perdita di un oggetto amato, e con cui il soggetto riesce gradualmente a distaccarsi. Dalla perdita dell'oggetto amato, si passa alla mancanza di interesse del mondo esterno e tutta l'energia del soggetto sembra monopolizzata dal suo dolore e dai suoi ricordi.

Altri autori di orientamento analitico esistenziale riprendono il dolore umano.

Minkowski ritiene che: "Il dolore fisico, di natura più o meno contingente, si riferisce a fattori esogeni disturbanti: mentre la sofferenza umana tocca in profondità l'essere umano che si realizza in essa e rappresenta così uno dei fattori costitutivi dell'esistenza" (Minkowski E., 1963).

Borgna afferma: "Non sono i sintomi (apparentemente) psicotici, e semplicemente allineati gli uni agli altri, a fondare l'esperienza psicotica nella sua Gestalt; ma la metamorfosi di alcune fondamentali strutture esistenziali: l'intersoggettività e la situazione emotiva, lo spazio e il tempo, il linguaggio e il corpo. Solo se i sintomi si vengano aggregando nel contesto metamorfico di queste strutture fondamentali assumono una loro connotazione psicotica: la loro significazione di esistenza altra dalla nostra. Questa, certo, è la radicale linea fenomenologico-daseinsanalitica del discorso binswangeriano a cui non è possibile non guardare con stupefatta ammirazione" (Borgna E., 1992).

Heidegger nel 1927 scrive *Essere e tempo* ed indica nell'orientamento esistenzialista che la motivazione dell'esserci è il progetto. L'esserci è un "progetto gettato" nel mondo che include la propria finitezza. "Questo carattere dell'essere dell'esserci, di esser nascosto nel suo dondolo, ma di essere tanto più radicalmente aperto in quanto tale, questo "che c'è" noi lo chiamiamo l'esser-gettato [Geworfenheit] di questo ente nel suo ci. L'espressione essere-gettato sta a significare l'effettività di essere consegnato" (Heidegger M., 1927).

Perciò, come paradigma nella psicoevoluzione indico 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" (Frateschi M., 2014).

D'altronde, noi siamo al mondo per progettarci; il nostro rapporto con l'essere è progettuale. Il progetto è un divenire delle possibilità. Per Heidegger, la morte è la più propria possibilità dell'esserci. La morte, questa possibilità più propria è anche irrelativa in quanto riduce l'essere alla propria singolarità; inoltre è di insuperabile competenza, poiché nessuna altra possibilità compete all'essere oltre la morte; perciò, "la possibilità più propria, irrelativa, che insuperabilmente compete, è certa e indeterminata. (Progetto esistenziale di un autentico essere-alla morte). Quindi la propria, unica mortalità e una possibilità autentica, in quanto anticipazione della morte; che non significa un "pensare alla morte" nel senso di tenere presente che dovremo morire, ma piuttosto nell'assunzione di tutte le altre possibilità nella loro natura di pure possibilità... Da ciò, l'anticipazione della morte si identifica con il riconoscimento della non definitività di ognuna delle possibilità concrete che la vita ci presenta. L'esserci, in tal modo, non si irrigidisce progettandosi "definitivamente" in base a una o all'altra di queste

possibilità, ma rimane continuamente aperto: solo questo gli garantisce di potersi sviluppare oltre le singole possibilità che via via realizza” (Heidegger M., 1927).

Bergson asserisce che: “La vita in generale è la mobilità stessa; le manifestazioni particolari della vita accettano malvolentieri questa mobilità e sono sempre in ritardo su di essa, che si spinge sempre avanti, mentre quelle vorrebbero segnare il passo. Per quanto possibile l’evoluzione, in generale procederebbe in linea retta; ogni evoluzione speciale è invece un processo circolare. Come mulinelli di polvere sollevati dal vento che passa, gli esseri viventi girano su se stessi, sospesi dal grande soffio della vita. Essi sono dunque relati-

crescente. Ma ogni specie, per quanto attraversata dalla vita, mira soltanto alla propria comodità, orientandosi verso ciò che richiede minore fatica. Assorbita nella forma che deve assumere, essa entra in una specie di dormiveglia che le consente di ignorare quasi tutto il resto della vita; si organizza da sé allo scopo di sfruttare il più facilmente possibile l’ambiente che la circonda. L’atto con cui la vita si incammina verso la creazione di una nuova forma e l’atto con cui questa forma si configura sono dunque due movimenti differenti e spesso contrapposti” (Bergson H., 1941).

“Le possibilità nel corso della vita appaiono più limpide perché l’essere non dipende da queste in modo definitivo, al contrario le può includere



vamente stabili, anzi imitano così bene l’immobilità che noi li trattiamo come cose anziché come progressi, dimenticando che la permanenza stessa della loro forma non è altro che il tracciato di un movimento... Questo contrasto tra la vita in generale e le forme in cui si manifesta presenta ovunque lo stesso carattere. Si potrebbe dire che la vita tende ad agire al massimo, mentre ogni specie preferisce lesinare il più possibile lo sforzo. Considerata nella sua stessa essenza, ossia come transizione da specie a specie, la vita è un’azione sempre

in una configurazione sempre aperta del proprio progetto di esistenza. Gli esseri umani possono prendere decisioni con più libertà, in quanto consapevoli della propria finitezza e della propria mortalità” (Frateschi M., 2015a).

Ora, riprendendo Freud, nel 1893 affermò che: “Ogni esperienza che risvegli sentimenti dolorosi, quali la paura, l’angoscia, la vergogna e la sofferenza psichica, può operare come un trauma”. Ancora, nel 1925, in *Inibizione, sintomo e angoscia*, approfondì i rapporti tra trauma, angoscia e

pericolo, descrivendo come ai fini dell'autoconservazione, sia essenziale che l'angoscia susciti uno stato d'attesa (angoscia segnale) e prepari il soggetto ad affrontare il pericolo. Musatti espone nel *Trattato di psicoanalisi* (1949) che: "è assai raro che un singolo fatto traumatico stia alla base di un sintomo corrispondente. Accanto al fatto traumatico centrale può esservi tutta una serie di situazioni che, agendo nello stesso senso di quel primo fatto, ne rafforzano il valore patogeno; oppure non vi è per nulla un fatto centrale, ma il sintomo è il prodotto della concorrente azione di una molteplicità di situazioni traumatiche...". Khan (1963) nei suoi studi psicoanalitici sui bambini, si riferisce ai "traumi cumulativi" che si determinano nei bambini per l'accumularsi di stati di angoscia, di terrore e di confusione, aggravati dall'inadeguatezza dello scudo protettivo esterno dei genitori.

Dunque, per quanto detto finora, sostengo che se alcuni eventi critici sono di tipo psicotraumatico, è anche vero che molti altri eventi critici sono di tipo psicomicrotraumatico e aggiungo che ogni evento critico, anche apparentemente imprevedibile o invisibile, ha origine sempre all'interno di fenomeni multipli simultanei. Ad esempio, uno o più eventi psicomicrotraumatici, nell'organismo di un neonato, non evidenti, nello spazio, e improvvisi, nel tempo.

Così, si giunge alla mia prima definizione di Evento PsicoMicroTraumatico, e di Sequenza di Eventi PsicoMicroTraumatici Accumulati: "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).

Infatti, nella mia esperienza clinica, la maggioranza dei bambini e 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.

"Il metodo psicoevolutionista nelle applicazioni psicodiagnostiche e psicoterapeutiche tiene conto della rilevanza clinica circa l'analisi, la valutazione, l'elaborazione e l'interpretazione di psicomicrotraumi e psicotraumi, degli sviluppi dinamici psico-bio-sociali e delle sequenze di accumulazione di eventi multipli simultanei e successivi subclinici e clinici nel corso della vita del soggetto" (Frateschi M., 2013b). Il metodo psicoevolutionista nella configurazione globale teorica e metodologica, come avevo premesso, oltre che sulla psicoanalisi e sulla psicologia e analisi esistenziale-fenomenologica, si basa sulla psicologia della Gestalt, e sulla psicologia e analisi immaginativa.

A tale riguardo, vorrei dare alcuni accenni riprendendo la questione del tentativo di riacquisizione della madre assente, attraverso la creazione di un'immagine, che, per esempio, trova un collegamento negli studi sui fenomeni di rievocazione degli antichi "mondi perduti" nei sogni e nello stato ipnagogico di Isakower (1938).

Lacan (1937-1966) dimostrò che un bambino di sei mesi di fronte ad uno specchio si dà a tutta una serie di gesti di esultanza: ride, indica, trionfa; ciò può durare fino ai diciotto mesi. Nella seconda delle tre fasi dello specchio, il bambino si rende vagamente conto che l'immagine è la sua, e che l'immagine è la sua identità. Così per Lacan si

costituisce l'immaginario, perché l'immagine è completa e legata ad una certa confusione. Ecco una descrizione di Lacan: "Il fatto è che la forma totale del corpo grazie a cui il soggetto precorre in un miraggio la maturazione della propria potenza, gli è data soltanto come Gestalt, cioè in un'esteriorità in cui questa forma è certamente più costituente che costituita, ma soprattutto in cui tale forma gli appare in un rilievo di statura che la fissa e sotto una simmetria che la inverte, in opposizione alla turbolenza di movimenti con cui si sforza di animarla... Che una Gestalt sia capace di effetti formativi sull'organismo è attestato da una sperimentazione biologica, in se stessa così estranea all'idea di causalità psichica da non poter essere risolta in questa formulazione".

Wertheimer (1945) spiega l'intelligenza creativa attraverso il "pensiero produttivo", per cui le "soluzioni simboliche significative" interiorizzate hanno origine da una disposizione ad osservare l'evento o il fenomeno come una "totalità significativa" e non come un insieme di parti e procedimenti parcellari. A seguito di Wertheimer, Dunker (1963) ha dimostrato che raramente si ha una immediata e completa ristrutturazione del campo (insight totale), mentre si realizza più di frequente una sequenza di ristrutturazione (insights parziali) per la ricerca di soluzioni. Quindi sostengo che ad un evento psicotraumatico corrisponde un insight totale, mentre ad una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati corrispondono insights parziali (Frateschi M., 2007a), meno potenti ed efficaci a lungo termine. Il metodo psicoevoluzionista analizza il mosaico dinamico di fenomeni ed eventi multipli simultanei e successivi significativi secondo il modo proprio del soggetto.

Freud descrive l'antitesi tra il metodo suggestivo e il metodo analitico, così: "... il grande Leonardo Da Vinci conìò due formule per via di porre e per via di levare. Dice Leonardo che la pittura opera per via di porre dato che applica una sostanza, particelle di colore, là dove prima non c'era nulla, nella tela incolore; la scultura, invece, procede per via di levare, in quanto toglie dal blocco di pietra tutto quel che nasconde la superficie della statua in essa racchiusa. Analogamente, la tecnica della suggestione tende a procedere per

via di porre; essa non si cura dell'origine, dell'intensità e del significato dei sintomi morbosi, ma vi sovrappone qualcosa, la suggestione, nella speranza che questa diventi abbastanza forte da impedire all'idea patogena di giungere ad esprimersi. Invece la terapia analitica non cerca di aggiungere e di introdurre qualcosa di nuovo, bensì di togliere qualcosa, di asportare qualcosa, e, a tal fine, si occupa della genesi dei sintomi morbosi e del contesto psichico dell'idea patogena che cerca di eliminare" (Freud S., 1904).

Jung asserisce: "I rapporti tra la coscienza e l'inconscio da un lato e il processo di individuazione dall'altro costituiscono un problema che insorge per così dire regolarmente nelle ultime fasi del trattamento analitico. Per «analitico» intendo ogni procedimento che si confronti con la presenza dell'inconscio. In un procedimento basato sulla suggestione questa problematica non sussiste. Per ciò che concerne anzitutto l'individuazione, non dovrebbe esser superflua. Uso il termine «individuazione» per designare quel processo che produce un «individuo» psicologico, vale a dire un'unità separata, indivisibile, un tutto... L'inconscio ha un volto bifronte: da un lato i suoi contenuti rimandano al passato, a un mondo istintivo, preistorico e preconsociale; dall'altro esso anticipa potenzialmente il futuro, grazie all'istintiva preparazione e disponibilità di fattori che determinano la sorte dell'uomo" (Jung C. G., 1941).

"La prevenzione psicoevoluzionista primaria, secondaria e terziaria prende in considerazione, osserva, studia, analizza ed interpreta i fenomeni e gli eventi significativi essenziali del mondo interno in rapporto al mondo esterno in ogni stadio della evoluzione dell'essere umano, rispetto ad ogni condizione normale, psicomicrotraumatica e psicotraumatica, subclinica o psicopatologica" (Frateschi M., 2013a).

Ritorniamo alla pulsione di vita o sessuale. La scoperta psicoanalitica all'inizio del secolo scorso è che la sessualità non designa soltanto le attività e il piacere che dipendono dal funzionamento dell'apparato genitale, ma tutta una serie di eccitazioni e di attività, già presente nell'infanzia, che procurano un piacere irriducibile al soddisfacimento di un bisogno fisiologico fondamentale

(respirazione, nutrizione, escrezione, ecc.) e che si ritrovano come componenti nella forma detta normale dell'amore sessuale; quindi è la scoperta della sessualità infantile... "Nei bambini, comunque, la differenza tra i sessi non ha una parte molto importante: si può infatti attribuire a ogni bambino, senza fargli alcun torto, un'aliquota di inclinazione sessuale" (Freud S., 1910).

Le ricerche sull'attività sessuale dei bambini hanno portato a una diversa concezione della pulsione sessuale, fondata non sulla considerazione dei fini ma delle sue origini. La sessualità è legata, almeno originariamente a istinti, e nello sviluppo a fattori endogeni ed esogeni. Freud individua la sessualità sempre sotto forma di desiderio e la fantasia è strettamente connessa al desiderio; ciò è dimostrato da un termine usato: *Wunschphantasie*, o fantasia di desiderio. La mitologia e il mondo delle fiabe in genere possono essere capiti mediante la conoscenza della vita sessuale infantile. Jung affermava che: "Avendo io osservato e studiato da decenni i prodotti dell'inconscio nel senso più ampio, vale a dire i sogni, le fantasie, le visioni, i deliri, non ho potuto fare a meno di riconoscere certe regolarità, ossia dei «tipi». Vi sono tipi di «situazioni» e tipi di «figure» che ricorrono più spesso di altri, e sempre in un senso determinato. Perciò per indicare queste ripetizioni, ricorro anche al concetto di «motivo». Quindi non esistono soltanto sogni tipici, ma anche motivi tipici nei sogni. Può trattarsi, come si è detto, di situazioni o figure" (Jung C. G., 1941).

Hillman dice che: "La vita sessuale è in primo luogo vita immaginativa; è nell'immaginazione che essa nasce, è di immaginazione che si alimenta e continua ad alimentarsi anche molto dopo la brusca e a volte assurda occorrenza dell'atto in sé. E il genere non è il fattore determinante dell'immaginazione" (Hillman J., 2000).

Da quanto considerato finora posso asserire che: "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. L'attenzione profonda verso il proprio organismo è una priorità per la cura delle psicopatologie, degli psicotraumi e degli psicomicrotraumi; la sua applicazione anche in condizioni umane normali, accrescerebbe notevolmente l'efficacia della prevenzione psicologica primaria e secondaria. Lentamente il vissuto psichico e fisico si produce in tutta l'estensione e profondità dell'organismo. Il vissuto si incrementa inarrestabile, anche quando subentrano le patologie psichiche e fisiche. Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni" (Frateschi M., 2012).

Infine: "i desideri e le curiosità sessuali infantili trovano terreno fertile nel campo infinito dell'immaginazione, in una elaborazione intellettuale connessa alle dinamiche emotive. Ciò prosegue ed estesamente nella fase adolescenziale" (Frateschi M., 2015b). Una adolescente di 16 anni, durante una seduta di psicoterapia mi ha detto che, tre anni prima, all'età di tredici anni viveva come se fosse disconnessa, cioè quel che pensava di sé, di essere, non era connesso a quello che sentiva e provava del suo corpo. Aveva costruito fantasticamente chi pensava di essere in base a quanto espresso su di lei dagli altri. Era come se questa disconnessione la congelasse dentro, in un corpo assente e sconosciuto. Ma, recentemente, ha scoperto quanto è curiosa di conoscere le sensazioni, le impressioni, come è internamente, l'immagine autentica di sé, chi è, e cosa vuole. E' curiosa dei suoi sogni, delle sue fantasie e della sua realtà. Vuole esplorarsi, vuole sentire e provare le emozioni e i sentimenti propri, non semplicemente ciò che le dicono gli altri su come dovrebbe essere, sentire e provare. Conoscere la sua identità e sessualità a modo suo, non secondo quanto dicono gli altri.

Bibliografia

- Bergson, H. (1941). *L'évolution créatrice*. Presses Universitaires de France. Tr.it. *L'evoluzione creatrice*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2002.
- Borgna, E. (1992). *Malinconia*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- Duncker, K. (1963). *Zur Psychologie des Produktiven Denkens*. Göttingen-Heidelberg, Springer-Verlag. Berlin. Tr. it. *La psicologia del pensiero produttivo*. Giunti Barbèra, Firenze. 1969.
- Frateschi, M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa*. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- (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.
- (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.
- (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.
- (2012). *Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista*. Armando Editore, Roma.
- (2013a). *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.
- (2013b). *La prevenzione psicoevolutionista: programmi e servizi per la scuola e la famiglia*. Comunicazione presentata al Convegno: “Psicologia e Promozione della salute. Prevenzione Psicoevolutionista dei DA, DSA”, Istituto Comprensivo Japigia I – Verga, Bari, in collaborazione con A.I.E.Psi., Bari.
- (2014). *Psicodinamica 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.
- (2015a). *Introduzione* all'Evento ECM dal titolo: “Il malato terminale nell'Ospedale Generale: aspetti psicologici e relazionali che coinvolgono il paziente, i suoi parenti, gli operatori”, organizzato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.
- (2015b). *Comunicazione* presentata all'Evento formativo dal titolo: “Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali”, organizzato dall'A.R.I.R.I. in collaborazione con l'Università degli Studi di Bari, Aula Magna, Palazzo Ateneo, Bari.
- Freud, S. (1893). *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1904). *Psicoterapia*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1910). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1915 - 1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1915 - 1917). *Metapsicologia. Lutto e melanconia*, Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1920). *Al di là del principio del piacere*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag, Halle.
- Hilman, J. (2000). *La forza del carattere. La vita che dura*. Adelphi Edizioni, Milano
- Isakower, O. (1938). *A contribution of the Pathopsychology of Phenomena Associated with Falling Asleep*. International J. of Psycho Anal.
- Jung, C. G. (1941). *Aspetto psicologico della figura di Core*, Opere di C. G. Jung, Ed. Boringhieri, (Torino, 1980).
- Khan, M.M.R. (1963). *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*. Ed. Boringhieri, Torino. 1979.
- Lacan, J. (1937 – 1966). *Écrits*. Ed. du Seuil. Paris.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris.
- Minkowski, E. (1963). *La souffrance Humaine (Aspect pathique de l'existence)*. In “*Annales médico-psychologiques*”, 121, 1963, pp.1-18.
- Musatti, C.L. (1949). *Trattato di psicoanalisi*. Ed. Boringhieri, Torino.
- Wertheimer, M. (1945). *Productive Thinking*. Harper, New York. Tr. it. *Il pensiero produttivo*. Giunti Barbèra, Firenze. 1965.

Mentalizzazione: il costrutto

Lorenza Maddalena Bracci

Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto

La mentalizzazione è la capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali o su quegli degli altri per la spiegazione del comportamento. E' una capacità di autoregolazione, è rappresentazionale e implica la qualità di *agency*.

Pur essendo una capacità innata, come il linguaggio, poggia sulla natura sociale della mente umana per il suo sviluppo ottimale, così come necessita di un percorso evolutivo ben delineato che si strutturi all'interno di un contesto relazionale genitore-figlio pertinente ed adeguato, predittore di un sistema d'attaccamento sicuro. Esistono modalità pre-mentalizzanti, ovvero l'equivalenza psichica, la finzione e la modalità teleologica, che si sviluppano gradualmente a partire dalla prima infanzia e tendono ad integrarsi fino al pieno sviluppo della mentalizzazione.

Possono verificarsi nel percorso evolutivo eventi tali da ostacolare questo tipo di maturazione, in grado di mantenere un soggetto legato a posizioni pre-mentalizzanti: in tal caso ci troviamo dinanzi a disturbi clinici importanti e a difficoltà nelle relazioni.

Parole chiave: stati mentali, teoria dell'attaccamento, modalità pre-mentalizzanti, ri-specchiamento non pertinente, trauma.

Introduzione

Il sostantivo mentalizzazione è riferito all'attività di comprensione del comportamento in relazione a stati mentali come pensieri e sentimenti.

Altre definizioni della parola "mentalizzare" possono essere: tenere a mente la mente, considerare gli stati mentali propri ed altrui, vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno, attribuire una qualità mentale alle cose o sviluppare una prospettiva mentale.

I primi studi hanno avuto avvio negli anni '90

nel lavoro di Peter Fonagy e Anthony Bateman, che si sono occupati maggiormente di sviluppare il costrutto, non solo a livello teorico, ma soprattutto nella pratica psicoterapica.

Tali Autori ritengono che "l'evoluzione dell'interesse per la mentalizzazione sia progredita in tre ondate successive".

Frith, Morton e i loro collaboratori hanno dato avvio all'interesse per tale costrutto con i loro studi sull'autismo e con la concettualizzazione delle difficoltà a mentalizzare come il problema psicologico alla base del disturbo.

La seconda ondata è cresciuta sugli studi di Fonagy, Target e collaboratori che hanno esteso

la mentalizzazione alla psicopatologia legata al trauma, come avviene nel disturbo borderline di personalità.

La terza ondata si è sviluppata con l'applicazione clinica del costrutto ad un ampio spettro di disturbi, di modalità di trattamento e di approcci teorici.

Se, dunque, la mentalizzazione è intesa come il prestare atten-

zione agli stati mentali, ci troviamo dinanzi ad un panorama assai ampio di fenomeni abbastanza comuni che comprendono bisogni, desideri, sentimenti, pensieri, credenze, fantasie, ma anche a processi patologici come attacchi di panico, stati dissociativi, allucinazioni e deliri.

Definizione del costrutto

La mentalizzazione è la capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali o su quegli degli altri per la spiegazione del comportamento, dunque è una della capacità di autoregolazione che permette di cogliere il senso ed attribuire intenzioni al com-



portamento, modulare le relazioni interpersonali facendo riferimento a desideri, credenze, emozioni, pensieri, facilitando la comprensione di sé e degli altri: risulta pertanto centrale per la comunicazione umana.

Lo sviluppo di questa capacità comporta per l'uomo la possibilità di sperimentare la qualità agente della mente (agency), ovvero la disposizione umana a costruire la propria mente, acquisendo la conoscenza di sé dal punto di vista soggettivo.

La mentalizzazione è un processo rappresentazionale perchè si deve immaginare quello che gli altri potrebbero pensare o provare, ovvero è una rappresentazione degli stati mentali, che possono assumere due forme: implicita ed esplicita.

La mentalizzazione implicita è caratterizzata dall'attivazione di processi procedurali, di natura non verbale: sostanzialmente una reazione emotiva immediata. Ad esempio il rispecchiamento emotivo, che consiste nella capacità immediata di riflettere l'emozione che la persona con la quale interagiamo sta provando.

La mentalizzazione esplicita è invece caratterizzata da un'azione volontaria, consapevole, oggetto di riflessione. Un esempio è l'interpretazione, una tecnica psicoterapica attraverso la quale si cerca di comprendere ed attribuire significato ai comportamenti.

Nel mentalizzare l'attenzione è diretta verso l'esterno, in quanto la conoscenza dei propri atteggiamenti, sentimenti, credenze nasce dall'intenzionalità degli stati mentali, e questi si esplicano riguardo a qualcosa, cioè ad un oggetto. La capacità di mentalizzare in relazione al sé e agli altri è basata sulla like-mindedness, ovvero il fatto di avere mentalità simili; questa qualità è radicata nella natura intrinsecamente interpersonale dello sviluppo mentale umano. Tale base sociale permette, relativamente agli stati mentali, l'utilizzo di concetti e linguaggio simili per il sé e per gli altri. Vi sono evidenze neuroscientifiche che mostrano come i pattern di attivazione cerebrale non

variano a seconda che l'attenzione sia rivolta a sé o agli altri, piuttosto a seconda che sia diretta al mondo interiore rispetto a quello esterno: nel primo caso si attiva maggiormente la rete fronto-temporale mediale, nel secondo caso la maggior attivazione si verifica nella rete frontotemporoparietale laterale.

Si coglie in maniera evidente la qualità intrinsecamente sociale del costruito, in quanto tale abilità si origina nel momento in cui veniamo al mondo, si dipana nell'interazione con gli altri a partire dalle prime relazioni sociali per tutto l'arco di vita, in un continuo processo di apprendimento.

Eppure una caratteristica importante della mente è l'opacità, ovvero una complessità tale da non permettere un'immediata comprensione, né della propria, tantomeno dell'altrui mente.

Dunque, assumere una posizione mentalizzante presuppone un atteggiamento di curiosità, ricerca e comprensione come punto di partenza per esplo-



rare visioni alternative (posizione del non sapere), e consiste nella disponibilità a costruire un dialogo, basato sugli stati mentali propri ed altrui, caratterizzato dalla costruzione di continue ipotesi da falsificare e dall'emergere di risposte inattese che esigono una costruzione nuova ed originale.

Paradigma della mentalizzazione

Per la piena comprensione del concetto di men-

talizzazione è necessario far riferimento ad alcune teorie nell'ambito dello sviluppo, in primo luogo alla teoria dell'attaccamento.

La conoscenza di sé come agente psichico è il risultato di un complesso processo evolutivo che inizia con le prime relazioni d'attaccamento e si origina con l'esperienza di essere percepito dagli altri come soggetto dotato di pensieri e sentimenti.

Secondo Bowlby le esperienze precoci con i caregivers agiscono da organizzatrici per le successive relazioni di attaccamento. Durante le interazioni d'attaccamento si formano le prime rappresentazioni di sé-con-l'altro chiamate da Bowlby Modelli Operativi Interni (MOI), cioè un sistema di elaborazione del Sé in termini di credenze, desideri, intenzioni e convinzioni che derivano da schemi ricorrenti presenti nelle interazioni passate.

La capacità di mentalizzare è un risultato evolutivo multistadio che si sviluppa a partire da quattro processi evidenti nella prima infanzia che promuovono il coinvolgimento sociale: regolazione delle emozioni, attenzione congiunta, linguaggio e interazioni pedagogiche.

Il primo stadio coincide con la costruzione del Sé come agente fisico (2-3 mesi) grazie allo sviluppo di una primaria rappresentazione del proprio sé corporeo come oggetto separato dal contesto.

Il secondo stadio comporta una comprensione di Sé come agente sociale (dai 3 mesi) basato sul passaggio all'esplorazione verso il mondo sociale e sulla consapevolezza che le manifestazioni comunicative esercitano influenza sugli altri agenti sociali.

Il terzo stadio vede la nascita del Sé come agente teleologico (intorno ai 9 mesi), dove il bambino sviluppa un senso di sé e degli altri come agenti le cui azioni sono intenzionali e dirette ad uno scopo.

Il quarto stadio inizia con la comparsa del Sé intenzionale (2 anni), dove il bambino inizia a mentalizzare, cioè comprende che le azioni sono determinate da stati mentali intenzionali e che possono generare cambiamenti fisici e mentali. Intorno ai 3-4 anni compare il Sé rappresentazionale, che riguarda la conoscenza su qualcosa, come credenze e desideri; compaiono altresì le meta-rappresentazioni, che permettono la descri-

zione di eventi ipotetici e sono la base per lo sviluppo di una teoria della mente.

Il quinto e ultimo stadio vede emergere il Sé autobiografico (6 anni), dove il bambino organizza i ricordi delle sue azioni ed esperienze in una cornice causale-temporale.

Nel processo di costruzione e comprensione di sé come agente, un ruolo chiave è svolto dal caregiver che, percependo il bambino come entità mentale, gli permette la costruzione di un'immagine coerente di sé.

Modalità pre-mentalizzanti

Dunque, la mentalizzazione è una capacità umana innata che necessita di un processo evolutivo ben delineato, che dalla maturazione di determinati processi mentali sostenuti dalla partecipazione attiva del caregiver di cura e protezione, confluisce in un risultato evolutivo multistadio dove è possibile concepire l'altro come dotato di stati mentali interni in grado di dirigere il comportamento.

Ma prima che tale risultato evolutivo sia consolidato, sono presenti nel bambino delle modalità di esperienza che alla fine si integrano, dando luogo alla mentalizzazione vera e propria. Tali modalità primitive pre-mentalistiche sono l'equivalenza psichica, la finzione, la modalità teleologica.

Nella prima modalità, quella dell'equivalenza psichica, vi è una sovrapposizione tra mondo interno e quello esterno: per il bambino piccolo il mondo è come la mente lo rappresenta, non vi è spazio per punti di vista alternativi. (mondo=mente).

La modalità della finzione non contempla una connessione tra realtà esterna e interna: attraverso il gioco si può operare una distinzione interno/esterno, l'esperienza interiore è isolata dal resto dell'io e lo stato interno è concepito come privo di connessioni con l'esterno. Non vi è alcuna connessione tra le due parti; la creazione di tale contatto può generare un'inibizione della facoltà immaginativa.

Una terza modalità pre-mentalizzante, quella più primitiva, corrisponde alla posizione teleologica, in cui gli stati mentali, come desideri, affetti, credenze, per essere vissuti come reali, devono essere espressi in azioni osservabili. Tale modalità

non va oltre l'esperienza superficiale.

Ostacoli e fallimenti

Rispecchiamento non pertinente

Nel regolare sviluppo, il neonato ha bisogno che i suoi segnali vengano colti e rispecchiati in maniera opportuna dal caregiver, ossia in maniera precisa, contingente e marcata.

Il rispecchiamento contingente genera nel bambino un senso di efficacia e controllo; successivamente, l'interiorizzazione della risposta di rispecchiamento del caregiver diventa la rappresentazione dello stato interno del bambino. La risposta precisa, ovvero coerente, e marcata, cioè lievemente accentuata, favorisce l'acquisizione dell'intenzionalità e della differenziazione dall'altro.

Se la risposta del caregiver è carente degli aspetti sopra citati, il bambino fatterà a dare un senso alla propria esperienza e sarà costretto a utilizzare restituzioni incongrue per cercare di organizzare i propri stati interni. L'interiorizzazione di tali risposte non pertinenti comporterà l'assimilazione sia di rappresentazioni di sé, sia di stati interni appartenenti al caregiver, aprendo la strada alla formazione di una discontinuità del sé chiamata *Sé Alieno*: un'esperienza interna al sé in cui idee e sentimenti vissuti come parte di sé, in realtà non vi appartengono. Il bambino, nella ricerca di stati interni, troverà aspetti del caregiver e non riuscirà ad accedere ai propri vissuti. Ma, essendo tali vissuti alieni vissuti come propri, tale situazione creerà una frattura interna nella continuità del senso di coesione.

Trauma psicologico

Nel normale processo di sviluppo del sé possono intervenire aspetti di maggior gravità, in grado di creare condizioni di reale rischio per l'integrità psico-fisica del bambino, in grado di mi-

nare la capacità di sviluppo della mentalizzazione, come un trauma relazionale precoce (abuso sessuale, abuso fisico, abuso psicologico, esperienze di trascuratezza). Eppure gli studi in questo campo non sono concordi, essendoci sia prove a favore che contrarie rispetto a tale ipotesi, soprattutto se paragonati alla presenza di eventi traumatici anche nei campioni di controllo.

Forme comuni di fallimento

Le forme che possono assumere i fallimenti nella mentalizzazione sono molteplici.

Si possono osservare alterazioni sia del contenuto che della forma, che si presentano con narrazioni caratterizzate da povertà o da disorganizzazione (Dimaggio e Semerari, 2003). Nelle alterazioni di contenuto prevale spesso la modalità dell'equivalenza psichica. In tale modalità il pensiero è rigido e il soggetto non è disposto a considerare punti di vista alternativi.

Altri tipi di fallimenti si riflettono nella comparsa di modalità pre-mentalizzanti, solitamente rintracciabili in risposte ostili, evasive, in reazioni non verbali, nelle risposte bizzarre.

Vi sono fallimenti nella mentalizzazione contesto-specifici, solitamente presenti in stati mentali particolari, caratterizzati da temi e relazioni difficili, come quando vengono richiamati ricordi traumatici o legati a persone presenti in tali contesti. Quindi, condizioni di elevato arousal e intense emozioni possono compromettere la capacità mentalizzante.

Vi è fallimento anche nella pseudomentalizzazione, collegata alla modalità del "far finta", caratterizzata dalla possibilità di riflettere in apparenza stati mentali, ma senza che questi siano collegati alla realtà. La pseudomentalizzazione può essere intrusiva (non viene rispettata la distinzione tra sé e l'altro o quando non viene riconosciuta l'opacità della mente), iperattiva



(mancanza del collegamento tra la rappresentazione della realtà interna dell'altro e l'interesse reale verso quest'ultimo), distruttivamente impropria (negazione dei sentimenti dell'altro, sostituita da attribuzioni non plausibili in un contesto distorto della realtà: casi estremi si riscontrano nei soggetti antisociali, che utilizzano la conoscenza degli stati mentali dell'altro in modo sadico, e negli psicopatici, dove tale capacità è agita al fine di ottenere la fiducia dell'altro, al fine di sfruttarlo).

Eppure, in casi meno gravi, vi è una manipolazione della mentalizzazione, laddove un soggetto utilizza tale capacità per indurre nell'altro sentimenti di ansia, colpa, vergogna, al fine di operare un controllo.

Conclusioni

Il concetto di mentalizzazione appare essere, dunque, un termine nuovo per descrivere qualcosa che già esiste nella pratica psicoterapica di molti colleghi: l'attenzione rivolta all'alleanza terapeutica, lo sforzo di creare un contesto protetto all'interno del quale il paziente possa lavorare su sé, gli stati mentali come oggetto preferenziale di indagine, la continua costruzione di una base sicura di attaccamento laddove non vi è stata la possibilità di implementarla in fase evolutiva grazie ad un lavoro parentale adeguato, sono tutti elementi noti al processo di cura psicoterapico.

Ciò che assume invece carattere innovativo va piuttosto ricercato in 2 punti definiti:

1. l'assetto teorico che si sviluppa intorno alla mentalizzazione: tale costruito non costituisce un elemento specifico della psicoterapia, bensì viene a configurarsi come elemento centrale ed organizzatore della teoria su cui si basa il relativo modello di intervento, ovvero la Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT);
2. il focus costante sui processi piuttosto che sui contenuti, nell'intento di strutturare e rendere operativi modelli motivazionali (sistema d'attaccamento) che inevitabilmente si attivano ed entrano in gioco nel normale processo di interazione interpersonale e la cui mancanza o inadeguatezza comporta problemi relazionali e sofferenza psicologica.

Bibliografia

- Allen, J.G., & Fonagy, P. (2006), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
- Baron-Cohen, S. (1995). *L'autismo e la lettura della mente*. Tr.it. Astrolabio, Roma 1997.
- Baron-Cohen, S. (2005). "The empathizing system: A revision of the 1994 models of the mindreading system". In Ellis, B.J., Bjorlund, D.E., (a cura di), *Origins of the social minds: Evolutionary Psychology and Child Development*, Guilford, New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita, vol.2*, Tr. it. Boringhieri, Torino 2000.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*, Tr. it. Cortina, Milano 1989.
- Dimaggio, G., & Semerari, A., (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari.
- Farber, B.A., "The genesis, development and implication of psychological-mindedness in psychotherapists". In *Psychotherapy*, 22.
- Linehan, M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Liotti, G., (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*, II ed., Carocci Roma.
- Liotti, G., Farina, B., (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina, Milano.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. (2005). "Expanding the concept of unresolved mental state: Hostile/holpless state of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization", *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- Malle, B.F. (2005). "Three puzzle of mind reading". In Malle, B.F., Hodges, S.D. (a cura di), *Other Minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others*. Guilford, New York.
- Moran, R. (2001). *Authority and Estrangement: an Essay on Self-Knowledge*. Princeton university Press, Princeton NY.
- Prunetti, E., & Mansutti, F. (2013), *La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)*, Franco Angeli, Milano.
- Rogers, C.R. (1951). *Terapia basata sul cliente*, Tr. it. La Nuova Italia, Scandicci 1997.
- Wells, A. (2000). *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*, Tr. it. Erickson, Trento 2002.

Fondamenti della Gruppoanalisi: il filone storicistico-relazionale

Giusi D'Apolito

Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalisi

Riassunto

Il presente articolo riporta alla luce una vicenda "oscura e complessa" come quella che ha adombrato e contraddistinto la figura di Burrow a lungo sottostimato e dimenticato. Questo probabilmente a causa del disinteresse da parte di Freud nei confronti dello studio sui gruppi, ritenuti distanti dal suo esclusivo interesse per la psicoanalisi individuale. Si raccolgono inoltre alcuni contributi introdotti da Burrow e sviluppati successivamente da altri autori.

Parole chiave: *Freud e Burrow/Filone storicistico – relazionale/Fondamenti e nascita della Gruppoanalisi.*

Attorno alla figura di Trigant Burrow e al suo pensiero "aleggia un'atmosfera di mistero". È con questa modalità Edi Gatti Pertegato introduce alla conoscenza di una "vicenda umana oscura e complessa" come quella di Burrow, ricostruendo come lei stessa sia venuta in contatto con questo autore. Nel '93, in un gruppo di ricerca per la S.G.A..I., le spettava il compito di inquadrare la Gruppoanalisi, a partire dalle sue origini; ed ecco che sembrò quasi "inciampare in qualcosa di imponente collocato lungo un percorso in parte oscuro. Oberndorf indica Burrow tra i quattro psicoanalisti americani che fino al 1920 fornirono i più pregevoli e ori-

ginali contributi: è sorprendente la portata delle sue intuizioni ed osservazioni; in ciò che scrisse si ritrovano un'infinità di concetti attuali e di questioni ancora oggi ritenute aperte.

Ecco alcuni degli interrogativi che la Pertegato propone: "Perché la stragrande maggioranza dei libri di analisi di gruppo non ne parla per niente?", "Perché uno studioso e ricercatore di siffatta statura è rimasto così a lungo nel silenzio?".

Questa vicenda da Ackerman viene descritta come uno dei più strani episodi nella storia della psichiatria. Juan Campus Avillar parla di una "congiura del silenzio" sull'opera di Burrow. Molti possono essere considerati i motivi di tale "oblio". I primi si riconducono alla relazione con Freud, alla conformità al suo pensiero e al clima di ortodossia generale che vigeva, in modo particolare, in quel ambiente e in quel periodo. Pare che Freud avesse un ostilità preconcepita nei confronti di Burrow, e in generale verso gli americani. A ciò si aggiunge l'analisi fatta con Jung e dopo la nota rottura tra i due, l'ostilità deve essersi riversata su Burrow. In un saggio del 1917, Burrow ribadisce che si sente seguace del suo pensiero, infatti non condivide la separazione

tra Freud e Jung, o tra Freud e Adler. Nelle lettere che scrisse a Freud cerca un confronto circa l'applicazione di ciò che Freud circoscriveva alla mente individuale, alla società nel suo insieme. Secondo Burrow, essa contiene in sé elementi nevrotici e si può considerare la normalità come una malattia condivisa. In questo suo dire pone l'accento su fattori sociali e relazionali nell'insorgenza delle nevrosi e, insistentemente, vorrebbe fargli comprendere che ciò che lui sostiene, non è in contrapposizione alle teorie di Freud, quanto piuttosto un proseguimento nell'applicazione al gruppo. Ma incontra un ostracismo che gli costa l'esclusione nel '31 dalla Società Americana di Psicoanalisi, di cui era stato membro fondatore, nonché Presidente. Ecco i commenti di Freud: "Un'influenza analitica è impossibile" per quanto riguarda il gruppo, e ironicamente aggiunge: "Io non credo che dovremmo esserle grati per il fatto che lei vuole estendere il nostro compito terapeutico per migliorare il mondo." Di fatto, applicò per primo i principi psicoanalitici a una situazione di gruppo, rilevandone le dinamiche. Introduce il concetto di "immagine sociale": si riferisce all'immagine "riprodotta o

rispecchiata di sé che costantemente lo accompagna nel modello mentale e sociale che egli ha di se stesso (...). Offre la possibilità di osservare e scoprire in altri membri del gruppo qualsiasi espressione che possa recare questo significato latente dell'immagine sociale". Stabili i principi fondamentali dell'analisi attraverso il gruppo, descrivendo fattori terapeutici quali il rispecchiamento e la risonanza. Altrettanto interessante è il suo scritto *In tema di resistenze*, in cui parla non solo delle resistenze dell'individuo-paziente, ma di un fenomeno diffuso e presente anche nell'organizzazione psicoanalitica, che si evidenzia nel non fare della resistenza oggetto di studio. "Tutte queste persone incorreggibili che, come diciamo noi, hanno delle resistenze nei nostri confronti a motivo delle nostre interpretazioni rivendicano con altrettanta decisione e, per quanto mi è dato di vedere, con non minore autorità, che siamo noi ad avere delle resistenze verso di loro perchè ci opponiamo alle loro interpretazioni delle nostre reazioni. Sicché questo fenomeno della resistenza parrebbe essere la reazione di ogni individuo a ogni altro individuo (...). Questo fenomeno della resistenza, dunque, sembrerebbe essere una reazione universalmente presente a livello sociale". Sembra che il fatto che sia stato considerato eretico abbia successivamente determinato e autorizzato, non solo a perseverare l'ostracismo nei suoi confronti, ma, soprattutto,

a plagiare i contenuti delle sue opere. Accade nei suoi scritti, di leggere teorizzazioni e concezioni, a volte "embrionali", ma condivise molti anni dopo da vari psicoanalisti. Foulkes pur affermando che verso il 1925 gli "capitarono sottocchio un paio di scritti di Trigant Burrow, da cui rimase fortemente impressionato, nega la portata dell'influenza di Burrow nelle sue teorizzazioni, reclamando invece con forza la paternità della Gruppoanalisi. Campos commenta a tal proposito come Foulkes si sia dato "un gran da fare per evitare ogni collegamento del suo lavoro con l'uomo che coniò il termine, Trigant Burrow." È interessante considerare la testimonianza di Luigi Pagliarani che riteneva quella di riportare alla luce il lavoro di Burrow "un'opera necessaria, e perciò meritoria". Molte delle convinzioni di Trigant Burrow coincidono con le sue, ed infatti arrivò a concepire la psico socio analisi. Nel '72 venne invitato a ritirare un articolo edito dalla rivista *Ulisse* che aveva come tema "Processo alla psicoanalisi", nel quale lui scrisse su Burrow. La Società Psicoanalitica costrinse "gli psicoanalisti autori di interventi a ritirare i loro contributi" procurando a quel numero della rivista "una vita travagliata fino al ridicolo". Incuriosita da questa vicenda, ho cercato tramite internet questo autore ed ho avuto modo di sapere che esistono numerosi siti, prevalentemente americani, in cui viene menzionato. Oggi, sullo Statuto della SGAI all'art.

2 – Profilo storico scientifico della Società Gruppoanalitica Italiana, si legge: "La Gruppoanalisi è una disciplina di derivazione psicoanalitica fondata da Trigant Burrow e successivamente elaborata teoricamente e metodologicamente da S.H. Foulkes."

Bibliografia

- Burrow, T. (2000). *In tema di resistenze*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol XIV – n.1, Milano: Franco Angeli.
- Burrow, T. (2000). *I fondamenti della gruppoanalisi. O l'analisi delle relazioni degli individui normali e nevrotici*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol XIV – n.2, Milano: Franco Angeli Cuomo, G. (2008). *Fondamenti della Gruppoanalisi: il filone storicistico-relazionale*, Roma: Seminario SGAI, Milano: Franco Angeli.
- Gatti Pertegato, E. (1994). *Sulle tracce di Trigant Burrow. Alla ricerca delle matrici della gruppalità*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol IX – n.1, Milano: Franco Angeli.
- Gatti Pertegato, E. (2000). *Presentazione di "In tema di resistenze" Trigant Burrow*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol XIV – n.1, Milano: Franco Angeli.
- Gatti Pertegato E., & Pertegato G., (2000). *Presentazione di "I fondamenti della gruppoanalisi. O l'analisi delle relazioni degli individui normali e nevrotici" di Trigant Burrow*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol XIV – n.2, Milano: Franco Angeli.
- Pagliarani, L. (1996). *Lettera a Edi Gatti Pertegato*, Rivista Italiana di gruppoanalisi, Vol XI – n.1, Milano: Franco Angeli.

L'interruzione di gravidanza alla XXII - XXV settimana: l'aborto terapeutico. Aspetti legali - Aspetti psicologici

*Mariagrazia Carone**, *Maria Luisa Comes***, *Carmela Filannino****, *Lucia Lacarbonara*****,
*Rossana Putignano******, *Maria Giovanna Tomasino******

* *Psicologa Psicoterapeuta relazionale responsabile della terapia relazionale per i casi con problematiche di conflitto sociale;*

** *Psicologa Psicoterapeuta clinica;*

*** *Psicologa Psicoterapeuta clinica;*

**** *Psicologa Psicoterapeuta clinica;*

***** *Psicologa Psicoterapeuta psicoanalitica;*

***** *Psicologa Psicoterapeuta Mediatrice familiare*

Riassunto

Con il termine "aborto" generalmente s'intende l'interruzione della gravidanza e l'espulsione del prodotto del concepimento prima del 180° giorno. L'aborto può essere di tre tipi: spontaneo, provocato e terapeutico. L'aborto terapeutico è volontario e provocato da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie (Legge 194/78).

Dopo un breve excursus sugli aspetti medico-legali in materia di aborto, il presente lavoro mira ad analizzare le emozioni e le dinamiche psicologiche sia della coppia che decide di interrompere la gravidanza sia degli operatori sanitari (infermieri, ginecologi, ostetriche, anestesisti e neonatologi) che si trovano ad affrontare, insieme alla coppia, tale situazione: saper essere con la donna in questi momenti è parte integrante della professionalità. Inoltre, con l'introduzione della legge 194 vi è un ulteriore aspetto da prendere in considerazione: la possibilità di rianimare feti che nascono vitali anche contro la volontà dei genitori. Gli operatori sanitari, spesso in équipe, devono farsi carico di questo ulteriore onere, decidendo in "scienza e coscienza" in base alle condizioni cliniche ed evitando l'accanimento terapeutico.

Nella parte finale del lavoro vengono inoltre analizzate le possibilità di trattamento psicoterapeutico dopo l'intervento, sia per la donna, sia per la coppia, sia per gli operatori.

Aspetti medico-legali

Con "aborto" generalmente s'intende l'interruzione della gravidanza e l'espulsione del prodotto del concepimento prima del 180° giorno (Puccini C., 1993). Relativamente alle cause e

alle circostanze che portano all'aborto, è possibile distinguere quello *naturale*, o *spontaneo*, da quello *provocato*, da un mero accidente (*aborto accidentale*) o da un intervento dell'uomo. In questo secondo caso si può trattare di *aborto volontario*, *aborto terapeutico* o *aborto criminoso* (Puccini C., 1993).

L'*aborto spontaneo* è dovuto a cause interne di origine materna o ovulare, corrisponde a circa l'8-10% di tutte le gravidanze e raggiunge la sua massima incidenza tra il 2° e il 3° mese.

L'*aborto accidentale* è dovuto invece a cause esterne, violente e fortuite, il cui verificarsi esclude la responsabilità di terzi, che possono essere di natura traumatica, tossica, psichica, professionale e medicamentosa (Puccini C., 1993, p.306).

L'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi 90 giorni è regolamentata dall'articolo 4 della legge 22 maggio 1978 n. 194, che specifica: "Per l'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge a un consultorio pubblico... o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla Regione, o a un medico di sua fiducia".

Dopo i primi 90 giorni può essere praticata solo in due casi, come previsto dall'art.6 della

legge 194/78 (**aborto terapeutico**):

“a. quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b. quando siano accertati processi patologici tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna”.

Inoltre, l'articolo 7 della legge 194 del 1978 prevede che “*Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 (ovvero “quando la gravidanza o il parto comportino grave pericolo per la vita della donna”) e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto*”.

Per interruzione illegale della gravidanza (**aborto criminoso**) si intende “ogni cessazione violenta e illecita della gestazione, che abbia come conseguenza l'aborto o l'acceleramento del parto o il parto prematuro. Deve trattarsi di un fatto *doloso*, causato da un'azione intenzionalmente diretta a interrompere il processo fisiologico della gestazione, *preterintenzionale*, se l'interruzione della gravidanza è la conseguenza non voluta di una lesione dolosa inferta alla gestante; oppure *colposo*, se l'interruzione della gravidanza si verifica per negligenza, imprudenza o imperizia, o per inosservanza di norme regolamentari” (Puccini C., 1993, p.307-308).

La rianimazione del feto nato a seguito di un aborto terapeutico

La legge 194/78 afferma che non è possibile abortire a età gestazionali compatibili con la sopravvivenza del feto, quindi se non laddove ci sia un grave pericolo per la vita della donna.

Per questo è importante che i medici, nel mo-

mento in cui si trovano a dover valutare la possibile vitalità di un feto nato a seguito di un aborto terapeutico, tengano conto sia delle disposizioni legislative, sia dei progressi ottenuti nel campo della Neonatologia e della Rianimazione. Per far fronte alla delicatezza dell'argomento in questione, sono state emanate una serie di linee guida, che possano indicare per indicare agli operatori quali siano gli interventi migliori da attuare.

Nel 2007, a esempio, il Ministro della Sanità, Livia Turco, ha voluto istituire un gruppo di lavoro di esperti per redigere delle raccomandazioni

«rivolte agli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato estremamente pretermine».

Il 26 Ottobre 2008 il Consiglio Nazionale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), a Ferrara, ha approva-

to all'unanimità il documento su “Etica e Deontologia di inizio vita”, che affronta anche il tema delle problematiche neonatologiche in età gestazionale bassa, esprimendosi in questo modo: “*Nei casi di interruzione terapeutica di gravidanza di cui all'art. 6 comma b) della legge 194/78 occorre un'attenta valutazione della possibile vitalità del feto, alla luce sia della specifica disposizione legislativa sia dei progressi della neonatologia e delle evidenze scientifiche per evitare il ricorso a successive manovre rianimatorie che possano configurare forme di accanimento terapeutico*”. In questo documento emerge l'idea che, in ogni caso di aborto terapeutico, se il medico dovesse valutare che sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, deve praticare tutti gli interventi necessari a salvaguardare la vita del nascituro, tenendo conto della possibilità di vita futura del feto, anche alla luce di eventuali malformazioni. Egli deve evitare però forme di intervento che possano configurarsi come accanimento terapeutico.



Aborto: emozioni e dinamiche

Un figlio “in arrivo” rappresenta fin dai primi momenti della gravidanza un “oggetto d’amore”, con il quale madre e padre costruiscono un legame fin dal primo momento del concepimento, in modo prevalentemente inconscio. Le fantasie, i desideri e le aspettative, la possibilità di visualizzare così precocemente il bambino in utero sono tutti aspetti che contribuiscono a promuovere un saldo attaccamento tra i genitori e il neonato, allo scopo di consolidare il fisiologico passaggio da coppia a famiglia al momento della nascita. La gravidanza è però di per sé anche un momento stressante che coinvolge tutte le aree sono presenti cambiamenti endocrinologici, si riattivano antichi conflitti psicologici, e si verifica una riorganizzazione intrapsichica che consente alla donna di diventare anche madre.

La gravidanza, come la pubertà o la menopausa, è un periodo di crisi che comporta profondi cambiamenti sia psicologici sia fisici, rappresentando, al tempo un test fondamentale per la salute mentale, in quanto in condizioni favorevoli determinano l’emergere di livelli più integrati di identità personale e consapevolezza di sé, e in altre soluzioni nevrotiche più o meno gravi. Scoprire di aspettare un bambino in condizioni poco favorevoli può essere uno shock. Uno studio, in particolare, indica che l’attaccamento emotivo madre-feto inizia subito dopo il concepimento anche nelle donne che progettano di abortire, in quanto i processi psicologici sottostanti a questa relazione precoce vanno al di là del controllo cosciente della madre. Una ricerca recente ha riscontrato che il 20% delle donne che abortisce prova un grave stress emotivo simile a quello delle madri che soffrono per la morte del proprio figlio, con la differenza che i sensi di colpa associati alla volontarietà dell’I.V.G. possono ulteriormente complicare e intralciare l’elaborazione del lutto. Una persona, in generale, quando vive un momento di crisi, si trova in uno stato di grande turbamento

e dissonanza cognitiva, per cui è molto vulnerabile a qualunque influenza, sia interna sia esterna, che possa aiutarla a stare meglio. Le persone che vivono un momento di crisi hanno meno fiducia in quello che pensano e nella capacità di riuscire a prendere la decisione giusta. Quando una donna in gravidanza, che già di per sé si trova in uno stato di fragilità, deve scegliere se abortire o meno vive una condizione ancora più critica e quindi è più vulnerabile. Dunque si può trovare a prendere una decisione non rispondente ad una scelta consapevole, che successivamente può provocare gravi sentimenti di rimpianto. Una persona in crisi, infatti, tende a sentirsi stanca, prova sentimenti di profondo sconforto, di inadeguatezza, confusione, ansia e disorganizzazione: di conseguenza è più probabile che lasci che altri prendano decisioni al suo posto. La decisione di abortire è il frutto di giorni o settimane di riflessioni; il motivo di questa decisione ed il modo in cui viene presa possono influire sulla risposta



psicologica della donna dopo l’evento. Uno studio, a tal proposito, indica che il 44% delle donne esprime dubbi riguardo alla decisione di abortire al momento della scoperta della gravidanza, e che il 30% continua ad avere dubbi al momento dell’I.V.G. Studi recenti, che hanno indagato la natura conflittuale del processo decisionale, hanno riscontrato che sentimenti ambivalenti sono presenti in maniera significativa sia prima sia dopo l’interruzione volontaria di gravidanza anche tra le donne che precedentemente erano favorevo-

li all'aborto. Dunque, malgrado l'atteggiamento favorevole riguardo l'1.v.g. in generale, le donne manifestano una disposizione negativa riguardo al **proprio** aborto. Questa ambivalenza viene generalmente espressa in maniera indiretta: attraverso un comportamento taciturno, impaziente o ostile verso il personale medico, o anche mostrando una eccessiva sicurezza personale. L'ambivalenza sperimentata da molte donne è dovuta a conflitti di natura personale, relazionale e morale che influenzano la decisione. Tuttavia anche i cambiamenti fisici caratteristici possono essere fonte di conflitto.

L'ambivalenza è uno dei predittori più importanti nel determinare dopo l'1.v.g. disturbi psicologici, quali sensi di colpa, ansia, rimpianto, depressione e rabbia.

Fattori di rischio inerenti al processo decisionale sono considerati: la difficoltà nel prendere la decisione, l'investimento emotivo nella gravidanza, l'aver inizialmente progettato una gravidanza, avere opinioni contrarie all'aborto e/o le credenze relative al feto. La presenza di questi fattori determina un vissuto doloroso di lutto, senso di colpa, rabbia e/o difficoltà nelle relazioni interpersonali o con il partner.

La scelta di abortire è difficile per molte donne a causa di conflitti emotivi e pressioni esterne e la decisione finale frequentemente non rappresenta il reale desiderio della donna, di conseguenza molte donne vivono l'aborto come una perdita che comporta dolore e disturbi psicologici. Uno studio ha riscontrato che prima di abortire dal 40 al 60% delle donne presenta un livello elevato di ansia, e il 20% un alto livello di depressione. Bradshaw et al. hanno esaminato il livello di stress psicologico presente immediatamente prima dell'interruzione di gravidanza, e hanno riscontrato che tra il 40 al 45% delle donne manifesta un elevato livello di ansia. La scelta di abortire è difficile e le parti del conflitto interno vanno valorizzate e ascoltate. La difficoltà di una tale scelta, comunque, viene spesso vissuta come punizione e non come valorizzazione e consapevolezza. Ci si sente impotenti verso il proprio corpo; sembra di non poter "scegliere" perché non si sono volute nessuna delle due strade che ci si trova.

E' importante essere preparati a ciò a cui si andrà incontro: il vuoto e il lutto affrontato per non

lasciarsi sopraffare.

In questo momento è necessario confrontarsi, sentirsi comprese e sostenute.

Anche i padri provano un'infinita serie di sensazioni ed emozioni legate alla gravidanza, alla nascita e alla genitorialità. Gli uomini che intraprendono il cammino verso la paternità subiscono una profonda trasformazione di carattere psicologico. L'uomo, come avviene nella donna, vive nel periodo della gravidanza una regressione fisiologica. Rivisitare la propria infanzia, comprendere il proprio sviluppo e portare a termine dialoghi e problematiche lasciate in sospeso con la propria famiglia è un percorso necessario perché il padre sia preparato per il suo nuovo ruolo. Nell'uomo si verifica un doppio processo di identificazione: da una parte con il bambino, rivivendo in lui le proprie esperienze dell'infanzia, dall'altro con il proprio padre. L'attesa del bambino crea spesso disagio emotivo nell'uomo che da una parte conferma la propria mascolinità, ma dall'altro deve fare appello alle proprie parti femminili per stare vicino alla moglie. Nel periodo della gravidanza, infatti, risulta fondamentale l'appoggio che l'uomo dà alla donna: egli deve proteggerla e tenerla affettivamente. Durante la gravidanza, inoltre, il padre può provare sentimenti di gelosia nei confronti del proprio bambino perché spesso, fin dalle prime fasi della gestazione, la futura mamma si ripiega su se stessa divenendo più assorta e meno accessibile. All'uomo viene spesso fatta una richiesta contrastante: quella di far sentire la propria presenza e vicinanza, accettando al tempo stesso di farsi da parte perché ora le attenzioni di tutti sono focalizzate più sulla madre e sul bambino.

In riferimento all'aborto, l'idea che tale questione riguardi solo le donne ha portato anche la nostra legislazione a prevedere che il padre del concepito venga sentito dal medico solo "ove la donna lo consenta": rinforzando così, per il carattere produttivo di norma e di senso comune che ogni legge comporta, il pregiudizio che la responsabilità dell'uomo di fronte alla nascita di un figlio sia secondaria rispetto a quella della donna. La legge contribuisce così, a indebolirne la figura. Non ascoltare la voce del padre in quel momento comporta però conseguenze gravi per entrambi i potenziali genitori: per la donna, che viene la-

sciata sola di fronte alla scelta e spesso anche al dolore e al senso di colpa che ne conseguono, ma anche per l'uomo. Il padre infatti, nel momento in cui viene escluso dal movimento vitale che ha contribuito a iniziare, viene mutilato e ferito nella sua potenzialità creativa. La relazione col figlio è prima che avvenga la nascita è infatti di tipo intrapsichico, e lascia un segno profondo nell'inconscio. Molto spesso i maschi adulti sognano un bambino. Il padre vive l'aborto come una "presenza negata", avverte un senso di morte, e sente che, in seguito a quella perdita, anche la sua vita perde senso. Anche negli uomini può insorgere una vera e propria *sindrome post-abortiva*, che si manifesta con una sintomatologia complessa e articolata: difficoltà di relazione, mancanza di autostima e di fiducia negli altri, rabbia auto-aggressiva, depressione e senso di fallimento, disturbi del sonno e della sessualità, senso di solitudine, incapacità di assumere posizioni autorevoli o di responsabilità e di mantenere con costanza un lavoro.

E' importante affrontare anche le difficoltà che potrebbero emergere nel rapporto di coppia.

Le motivazioni che inducono ad abortire possono essere

Per la donna di natura INTRAPSICHICA:

- Incertezze lavorative
- Momenti difficili della vita;
- Desiderio di progredire nella carriera;
- Tratti di personalità narcisistici;
- Situazioni di lutto.

Per la coppia di natura RELAZIONALE:

- Instabilità del rapporto
- Avere già molti figli;
- Problemi economici e/o occupazionali;
- La donna non si sente sostenuta dal partner.

Aborti precedenti possono determinare l'insorgenza di problemi psicopatologici anche in figli nati anche a distanza di molto tempo. Per ciò che concernen l'aborto spontaneo, nello studio *Aborto ripetitivo: possibilità e limiti della psicoterapia*, di G.A. Tamburro, V. Troiano, T. De Donatis, V. Capurso, M. Carone, basandosi su una casistica di pazienti con patologia da aborto ripetitivo senza causa organica identificata, gli autori affrontavano il problema delle possibili causalità psicologiche e relazionali. Differenziavano gli elementi strutturali ripetitivi della personalità della donna da quelli relazionali, , determinati da conflittualità di

coppia. L'intervento psicoterapeutico proposto in questi casi mirava al cambiamento della disfunzionalità relazionale. Il campione era formato da 120 casi di donne affette da patologia da aborto ripetitivo osservate presso l'Ambulatorio per la Patologia da Aborto Ripetitivo della I Clinica Ostetrica e Ginecologica del Policlinico di Bari. Da tale casistica sono stati isolati 42 casi "senza causa organica identificata". Le donne in oggetto, sono state sottoposte dallo psichiatra a colloquio orientato in senso psicodinamico e quindi dallo psicologo clinico a test proiettivo di personalità (test di Rorschach). Successivamente psicologo e psichiatra hanno confrontato i loro risultati determinando un profilo di personalità per la donna in oggetto.

Dai risultati sono emersi dati d'interesse:

1. Struttura della personalità: costante presenza e intensità della patologia psichica riscontrata. Tutti i soggetti presentano delle personalità perturbate, anche se queste si situavano su diversi livelli dello sviluppo psicosessuale. Ne conseguiva che non si può parlare di personalità specifica per l'aborto ripetitivo, bensì di una serie di costellazioni di tratti personologici abbastanza stereotipati.
2. Relazione con le figure genitoriali: il nucleo familiare d'origine era dominato da rapporti invischiati, ma freddi, formali e autoritari. Nella maggioranza dei casi (2/3) le madri risultavano essere donne aggressive, fredde, autoritarie, dure distaccate, energiche e severe. Esplicitavano chiaramente sentimenti ostili verso la gravidanza.

Emozioni degli operatori

L'aborto terapeutico, indotto da malformazioni del feto, problematiche fisiche o psichiatriche della madre, ecc., ha un forte impatto emozionale sia per la donna/coppia sia per il personale sanitario (infermieri, ginecologi, ostetriche, anestesisti e neonatologi). Saper essere con la donna in questi momenti è parte integrante della professionalità. Con l'introduzione della legge 194, vi è la possibilità di rianimare i feti che nascono vitali anche contro la volontà dei genitori (peraltro già

espressa con la decisione di ricorrere a un aborto terapeutico). Gli operatori sanitari, spesso in équipe, devono farsi carico di questo ulteriore onere, decidendo in “scienza e coscienza” in base alle condizioni cliniche ed evitando l’acquanimento terapeutico. Quindi risulta importante far acquisire loro, al fine di migliorare la gestione delle proprie emozioni, le nozioni di *processo di perdita* e di *fasi del lutto*, e implementare l’utilizzo di strumenti di sostegno in favore della *donna che si trova a dover abortire*.

I sentimenti che l’operatore vive sono molteplici e contrastanti e variano soprattutto in virtù della scelta che andranno ad effettuare sul feto.



L’elaborazione del lutto

Per gli operatori un susseguirsi di morti a cui devono assistere (soprattutto casi di aborto), che confligge col naturale mandato della Medicina di curare per guarire. Il contatto con la morte e con la sofferenza che essa provoca negli altri può provocare un trauma psicologico all’operatore sanitario, che può produrre **fenomeni reattivi di difesa ed estraniamento nei confronti della coppia genitoriale** (negazione, cinismo), e di **sottovalutazione del lutto e delle rappresentazioni che accompagnavano la donna e la coppia durante la gravidanza**. Per evitare ciò l’operatore sanitario dovrebbe essere a conoscenza delle tappe che segue una buona elaborazione del lutto, e poter trovare momenti di condivisione in équipe di que-

sti vissuti.

Il “**travaglio del lutto**” segue quattro tappe:

1. **NEGAZIONE**: rifiuto di ciò che è accaduto;
2. **RABBIA**: emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono verso se stessi – verso gli altri;
3. **DEPRESSIONE**: consapevolezza delle perdite che si sta subendo;
4. **ACCETTAZIONE**:
 - accettazione della propria condizione
 - consapevolezza di quanto è accaduto
 - accettazione cosciente del cambiamento
 - ristrutturazione

La comprensione di questi passaggi e di quale fase attraversino la donna, la coppia o l’operatore stesso, è utile per avvicinarsi con empatia e professionalità alla situazione.

Vissuti emozionali

Gli operatori sanitari che assistono la donna durante l’aborto sperimentano sentimenti differenti qualora il feto nasca con parametri vitali bassi, ma esistenti. Oggi un feto nato alla 23/ma settimana di gestazione ha il 30% di possibilità di sopravvivere.

Lo conferma un recente monitoraggio effettuato su 45.000 neonati sotto il chilo e mezzo venuti al mondo in circa 600 centri di Terapie Intensive neonatale a livello mondiale (13 quelle italiane): la mortalità sotto le 22 settimane, rilevano gli esperti, è del 96%, alla 23/ma è del 70%, alla 24/ma del 45%, e alla 25/ma del 28%. Secondo le indicazioni per le cure ai nati molto pre-termine elaborate dal gruppo di esperti riuniti dal ministro Livia Turco, che hanno terminato i propri lavori con un documento in cui sono appunto indicate le cure e l’assistenza appropriate nelle diverse età gestazionali dalla 22ma alla 25ma settimana di gravidanza, andrebbero fornite “cure compassionevoli” per i feti molto prematuri nati alla 22/a settimana, “adeguata assistenza” dalla 23/a settimana, mentre dalla 24/a settimana

il “trattamento intensivo sarebbe da praticarsi.

Qualora dovessero decidere di **non rianimare il feto**, i ginecologi, le ostetriche, gli anestesisti a volte provano un **senso di impotenza** per non aver potuto far nulla per modificare la decisione della coppia genitoriale e soprattutto nel vedere un corpicino che di lì a qualche mese avrebbe invece avuto vita. Si sentono **responsabili** di quella vita, e, non avendola salvata, a volte provano anche **senso di colpa e rabbia**, pensando che avrebbero potuto salvare quel feto. In alcuni casi, l’interrogarsi su quale sarebbe stata la scelta più giusta li tormenta per giorni, e si trovano a vivere una vera e propria **depressione reattiva**.

Se il medico sceglie di **rianimare il feto**, in presenza di segnali vitali, si ritrova di fronte a un **senso di timore** e ad **angoscia** non solo per la sorte fisica immediata della creatura, ma soprattutto per quella futura, destinata a svolgersi spesso in orfanotrofi e con i deficit fisici che seguono l’intervento. Inoltre, in virtù delle cure specialistiche che il neonato richiede, spesso si sviluppano, da parte del personale sanitario che lo ha rianimato, sentimenti di **protezione**, cura ed **attaccamento** quasi genitoriale.

Per far fronte a tali responsabilità emotiva, sono stati istituite équipe mediche che riescono a equilibrare il gravoso peso della scelta tra più persone, e soprattutto facendo riferimento a criteri vitali oggettivi che fungono da cut off, criteri fissati in modo autonomo da ciascuna équipe. Infatti il lavoro d’équipe con un numero esiguo di partecipanti (psicologo, anestesista, ostetrica, neonatologo, ginecologo), fondato su organizzazione – cooperazione, comunanza di azioni e obiettivi e sull’impegno personale, permette di prendere in carico totalmente la donna, di valorizzare le competenze personali, di crescere individualmente, di avvertire meno la responsabilità personale, di confrontarsi e condividere le proprie emozioni con il gruppo, di contenere meglio ansia e rabbia. Naturalmente tale lavoro in team richiede maggior tempo ed energie, la messa in discussione personale, la gestione dei conflitti interni, la disponibilità al cambiamento, l’assunzione delle proprie responsabilità professionali, l’ascolto attivo e l’assertività verso i membri del gruppo.

Psicologi e aborto

Nel caso previsto dall’**art.4 della legge 194**, di richiesta d’ interruzione della gravidanza nei primi novanta giorni, l’accertamento cui può essere chiamato lo Psicologo nei confronti dell’interessata è finalizzato alla verifica circa la sussistenza di *“...un serio pericolo per la... salute... psichica, in relazione al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito”*. In questo caso, che l’esame dello Psicologo comporta anche una valutazione di tipo probabilistico, basata sul rapporto causale tra le *“circostanze”* accusate dalla donna e le loro potenziali conseguenze in termini di *“serio pericolo”* sulla sua salute psichica.

Nel caso, invece, di richiesta di interruzione della gravidanza dopo novanta giorni, il cosiddetto aborto terapeutico previsto dall’**art.6, lettera b)**, il Legislatore chiede una verifica circa la sussistenza di un *“...grave pericolo per la salute... psichica della donna”* che sia determinato da *“...accertati processi patologici...”*, ma non specifica se tali processi patologici debbano essere in atto al momento della verifica o possano essere anche solo potenziali.

Su questo punto è intervenuta la Suprema Corte di Cassazione, in sede sia penale sia civile, per precisare che il processo morboso deve essere in atto e quindi accertato al momento della verifica, a nulla rilevando una sua mera potenzialità ai fini dell’accesso all’aborto terapeutico:- *“...alla lett. b) della disposizione, perché possa procedersi all’interruzione di gravidanza non è sufficiente la presenza di anomalie o malformazioni del nascituro, ma è necessario che tale presenza determini processi patologici consistenti in un “grave” pericolo per la salute fisica o psichica della madre. I processi patologici idonei a consentire l’interruzione della gravidanza devono poi essere in atto e devono essere accertati (v. anche art.7, comma 1)”* (**Cassazione Civile Sezione III sentenza 24-3-1999, n.2793**); *“L’art.7 impone che i processi patologici, indicati dall’articolo precedente, vengano “accertati” e “certificati” esistenti dal medico del servizio ostetrico-ginecologico.... Se nell’accertamento dei processi patologici il medico ostetrico-ginecologo può avvalersi della col-*

laborazione di specialisti, l'accertamento stesso e la correlativa certificazione rimangono attività che competono esclusivamente a lui. L'ausilio di uno psichiatra o di uno psicologo nel caso di processo morboso determinante grave pericolo per la salute psichica della donna... non esonera l'ostetrico dalla diretta responsabilità in ordine all'accertamento come alla "certificazione". Tutto questo deve comportare la necessità di approfondimento della relazione proveniente dallo specialista, l'abbandono di posizioni acritiche, la piena presa di coscienza in ordine all'esistenza dei processi patologici giustificativi dell'IVG. La legge, tenuto conto degli importanti risvolti psicologici, morali e sociali dell'IVG dopo il primo trimestre, ha voluto porre, a garanzia che il sacrificio del feto sia consentito solo nelle prospettate ipotesi di necessità, un punto fermo di consapevole responsabilità ricollegando conseguenze di ordine penale anche al rispetto delle modalità procedurali, prima tra tutte la certificazione dell'esistenza del processo morboso determinante il grave pericolo" (Cassazione Penale Sezione V sentenza 6-3-1998, n.2866).

L'aborto terapeutico è previsto anche nel caso in cui vi sia in grave **pericolo la salute psichica della donna**.

In quattro casi viene effettuata una consulenza psicologica e/o psichiatrica:

1. Su invio del ginecologo per il sostegno psicologico e per la valutazione della richiesta della donna

L'intervento psicologico nei casi di interruzione della gravidanza nel II° semestre, riveste due funzioni. Da un lato è indirizzato alla donna e alla coppia come opportunità terapeutica di sostegno, per gli aspetti emotivi e mentali dell'esperienza. Dall'altro viene richiesto dal ginecologo come strumento di valutazione della richiesta della donna per decidere se procedere o meno alla

certificazione. L'intervento psicologico non è una certificazione, perché questa è compito e responsabilità del ginecologo come sancito dalla legge, ma è un parere, non necessario, che è a discrezione del ginecologo richiedere o meno. Gli obiettivi sono: l'espressione dei vissuti, l'ascolto, la decantazione emotiva, l'accompagnamento, la rielaborazione delle informazioni con eventuale invio ai medici e alle ostetriche, il counseling decisionale, l'utilizzo delle risorse, il contenimento delle emozioni, l'elaborazione delle fantasie inconsce e della storia personale, l'elaborazione del lutto, la gestione della comunicazione familiare e sociale, la narrazione dell'evento, la prevenzione dei disturbi reattivi o di scompensamento psicologico. Se non



è presente uno psicologo nell'équipe o in reparto, può essere utile un protocollo di intesa con il consultorio, per avvalersi di figure di riferimento stabili nel tempo.

2. Nei casi in cui è stata riscontrata una rilevante anomalia fetale

L'oggetto della consulenza psicologica è una migliore comprensione dei vissuti relativi a questa notizia, dell'impatto psichico della diagnosi fetale sull'equilibrio materno presente e sulla sua salute psichica, l'analisi delle motivazioni alla scelta. Il concetto di rischio psichico è difficilmente affrontabile dallo psicologo e dallo psichiatra in assenza di franca psicopatologia. In uno o più colloqui, in virtù della richiesta della donna o dell'operatore, si valutano il grado di comprensione delle infor-

mazioni ricevute sulla diagnosi e prognosi fetale poiché la decisione di interrompere la gravidanza ha pesanti ricadute in termini di sentimenti di colpa, e questi sentimenti si acquisiscono quando la donna sente di aver compiuto una scelta senza elementi definiti, in preda ad un vissuto di shock o di panico. Si elaborano e affrontano eventuali conflittualità e condizionamenti nell'iter decisionale e motivazionale, i vissuti emozionale e i sentimenti. Ci si pone anche successivamente a disposizione della donna per ulteriori colloqui.

3. Consulenza psicologica nei casi di psicopatologia materna con feto sano

Si tratta di situazioni francamente patologiche, o altre che riteniamo opportuno vengano sottoposte ad accurata valutazione. I casi, possono essere:

- Psicosi latenti scatenate dalla gravidanza.
- Crisi psicotiche emerse contestualmente alla gravidanza, che possono essere temporanee e risolversi successivamente.
- Depressione scatenate dalla gravidanza
- Forti disagi psichici in donne con disturbi della personalità.
- Donne portatrici di patologie fisiche
- Donne portatrici di handicap, disabili, affette da deficit evolutivi e da malattie degenerative.
- Donne sieropositive per Hiv.
- Donne tossicodipendenti o alcooliste.
- Situazioni di abbandono del partner durante la gravidanza.
- Situazioni in cui la gravidanza è la conseguenza di una violenza sessuale
- Stati di lutto (morte del partner o di una figura significativa) nel corso della gravidanza.
- Situazioni di pesante emarginazione sociale.
- Notevole problematicità del rapporto di coppia.
- Età minore della donna: la gravidanza si colloca in un periodo a rischio della vita poiché ancora nella fase evolutiva.

Per ciascuna di queste eventualità è necessaria una valutazione, con una presa in carico pre ed eventualmente post intervento.

Si possono presentare all'attenzione dell'ope-

ratore casi di donne al 2° trimestre per le quali la diagnosi dell'età gestazionale non è stata eseguita correttamente nei primi 90 giorni. Inoltre esiste una piccola percentuale di donne sulle quali l'intervento di I.V.G. al 1° trimestre fallisce in sede operatoria, per qualcuna delle quali l'aborto può sconfinare oltre il 90° giorno. Anche in questi casi è consigliata una presa in carico ed una eventuale consulenza psicologica. L'obiettivo è la valutazione, attraverso uno o più colloqui e test, della conclamata patologia preesistente alla gravidanza, o dei processi psicopatologici innescati dalla gravidanza, e la valutazione dell'impatto del trauma sulla condizione mentale materna in base alle caratteristiche del quadro clinico e delle risorse della donna. Bisogna capire se vi è stata la comprensione delle informazioni ricevute, e il grado di capacità di affrontare una scelta consapevole, per es. se vi siano eventuali interferenze di elementi deliranti nell'iter decisionale. Si effettuano poi una diagnosi e una prognosi sul rischio psichico che comporterebbe la prosecuzione della gravidanza.

4. Ai fini di valutare la richiesta della donna minore di età

La legge 194 ha riconosciuto alla minore una sostanziale capacità di valutare i propri comportamenti connessi all'esercizio della sessualità. L'ultima parte dell'articolo riguarda la procedura per le minori nel 2° trimestre, e termina così: "... indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela". Se ne deduce che il medico e gli operatori psico-sociali risultano essere più direttamente coinvolti nella gestione di questi casi. L'obiettivo è rappresentato dall'accoglienza di queste giovani, e di ricerca di un rapporto di reciproca fiducia, creando le premesse perché tale relazione possa durare nel tempo.

È fondamentale sondare il rapporto con la famiglia, e attivarne il coinvolgimento dove è possibile.

È consigliata la presa in carico psicologica durante tutto il percorso dell'interruzione di gravidanza. I colloqui saranno più di uno, anche ravvicinati nel tempo.

La comunicazione tra i vari operatori che seguono il caso è fondamentale.

Qualora sia possibile coinvolgere i familia-

ri, sarà cura dello psicologo predisporre incontri con i soli genitori e con tutta la famiglia o l'interruzione di gravidanza nelle adolescenti andrebbe sempre letta come una "crisi" del processo evolutivo, a maggior ragione se è trascinata fino al secondo trimestre.

Trattamento dopo l'intervento

Ansia, disturbi del pensiero, della comunicazione, della relazione affettiva, del sonno...: il 62% delle donne che si sottopongono all'Ivg soffre della **Sindrome post-abortiva**.

Il dibattito sull'**Interruzione volontaria della gravidanza (Ivg)**, in Italia e in tutto il mondo, ha sempre riguardato gli aspetti di tipo motivazionale, e cioè le condizioni che potessero giustificare l'effettuazione. Si è quasi sempre rimosso, però, il pensiero di cosa comporta l'interruzione della gravidanza, sia nel breve tempo sia a distanza di anni, e quanto condizioni la **vita psichica** della donna. I primi a superare questa struttura difensiva sono stati proprio gli "addetti ai lavori" e cioè gli **psicoterapeuti**, ai quali non potevano sfuggire la presenza dell'Ivg nelle storie cliniche di alcune pazienti e la somiglianza dei loro quadri sintomatologici. Negli Stati Uniti sono stati impostati dei lavori di ricerca che indagassero il **dopo aborto**, i quali hanno portato, negli anni 1989-1990 pur con i limiti dell'iniziale approssimazione, a una prima codificazione sintomatologica. In quel periodo anche in Italia si è cominciato ad affrontare tale problematica: sono state effettuate alcune ricerche mirate a un approfondimento della casistica, che hanno condotto a delineare i sintomi psichici riconducibili a un pregresso intervento per Ivg. Nel "Dizionario di Psicologia" (1994) di U. Galimberti, alla voce ABORTO si legge: "[...] è frequente che il ricordo di aborti provocati in epoca lontana, e superati apparentemente senza difficoltà, ricompaia carico di sensi di colpa in occasioni di episodi depressivi [...]".

Attualmente si possono indicare tre quadri nosologici, ormai sufficientemente definiti: la **Psicosi Post-Aborto**, lo **stress post-aborto**, e la **sindrome post-abortiva (PAS)**.

Il primo insorge immediatamente dopo l'interruzione della gravidanza, perdura oltre i sei mesi.

Per il secondo si ha un'insorgenza dai tre a sei

mesi dalla data dell'Ivg, ed è il disturbo più "lieve" finora osservato.

La **Sindrome Post-Abortiva** invece comprende un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l'interruzione, ma anche dopo diversi anni, in quanto può rimanere a lungo latente a livello inconscio. Pertanto non è facilmente prevedibile né riconoscibile.

Ricorrendo a un'esemplificazione, si può paragonare l'Ivg a una mina che dopo essere stata innescata viene gettata in mare. Può rimanere inattiva per svariati anni, esplodere dopo breve tempo, o anche non esplodere, però una "piccola" mina può anche affondare una "grande" nave. La **Sindrome Post-Abortiva** viene considerata all'interno dei **Post Traumatic Distress Disorders (PTDD)**, poiché l'Ivg è ritenuta evento traumatico in quanto:

1. produce uno stress tale da creare dei disturbi alla vita psichica;
 2. sopprime gli elementi di identificazione con il bambino;
 3. nega la gravidanza, ma anche quella parte del sé che si era identificata con il bambino/a.
- A questi elementi se ne potrebbero aggiungere altri, più legati alla cultura, alla morale, ecc., ma che potrebbero essere soggettivi. Schematicamente, rifacendosi agli studi dell'Harvard Medical School, coordinati da W. Worden, iniziati nel 1987, si ha il seguente quadro clinico (Worden, 1990):
- disturbi emozionali(ansia, ecc.);
 - disturbi della comunicazione;
 - disturbi dell'alimentazione;
 - disturbi del pensiero;
 - disturbi della relazione affettiva;
 - disturbi neuro-vegetativi;
 - disturbi della sfera sessuale;
 - disturbi del sonno;
 - disturbi fobico-ansiosi;
 - flashbacks relativi all' aborto.

Tali sintomi possono presentarsi tra i sei mesi e i due anni successivi all'Ivg (ma anche oltre tale periodo) mediante due modalità:

1. su base acuta o cronica;
2. in assenza di sintomi specifici. Insorgono rischi relativi a eventi stressanti quali: nuova gravidanza; sterilità secondaria; aborto

spontaneo; isterectomia; perdite affettive. Ricollegandosi agli eventi sopra descritti, è interessante soffermarsi brevemente sul fatto che l'Ivg struttura **processi difensivi di rimozione o negazione**, che vanno a indebolirsi in modo significativo in presenza di anniversari e/o ricorrenze quali l'anniversario dell'interruzione l'ipotetica data di nascita. L'abbassamento delle difese comporta che la paziente si ritrova di fronte al proprio aborto volontario con tutto il bagaglio di angosce che ne derivano. Pertanto, più tempo trascorre tra l'Ivg e la comparsa del quadro clinico, tanto maggiore sarà il senso d'angoscia. Infatti, più è lungo il periodo di negazione (quindi di strutturazione della stessa), maggiore sarà il "peso" clinico del problema.

Lo spartiacque, costituito dalla decisione di abortire, delimita un confine che fa scattare una serie di meccanismi che determinano una crescente chiusura in sé: prima c'era un bambino, con un nome, dei progetti, ecc. c'era un marito, un compagno, con cui condividere emozioni e progetti, c'erano amici vicini nella gioia del nuovo arrivato. Dopo c'è un compagno con il quale a stento si riesce a condividere dubbi e perplessità, e con cui spesso si riesce solo a cercare di puntellarsi sulla necessità della scelta, anche per non mettere in crisi equilibri vacillanti o per non destabilizzare ulteriormente una situazione precaria, ci sono amici che indirizzano inevitabilmente in modo univoco verso l'aborto, e si trova di fronte alla logica materna, quella che vorrebbe difendere la prole ad ogni costo e che fa fatica ad accettare che sia giusto sopprimerla.

L'insicurezza che questa situazione genera si espande a macchia d'olio su tutti i rapporti umani. Pertanto lo psicologo dovrà cercare di instaurare già dai primi colloqui con la donna o con la

coppia il recupero della possibilità di fidarsi, di sentirsi accolti e ascoltati. Mentre sono moltissime le donne che cercano un supporto, sono pochi gli uomini che riescono a uscire dal silenzio, e questo è un grande problema per la stabilità del rapporto di coppia: dove si alzano muri di silenzio si rendono impossibili la condivisione e il dialogo: il trincerarsi dietro un "ormai è passato, è stato meglio così" non è certo proficuo.

Per quanto concerne gli operatori, essi dovrebbero essere formati - con l'appoggio di psicologi - all'ascolto e alla facilitazione del contatto umano. Per le donne il rapporto che si è infranto, col bambino, è un rapporto fisico, basato sul contatto: un abbraccio, una carezza. La gravidanza, inoltre, genera spesso un nuovo tipo di rapporto fisico col proprio compagno, fatto di carezze sul pancione, di tenerezze: tutto questo viene improvvisamente a mancare, e necessita di essere in qualche modo ricostruito perché possa sciogliersi gradualmente e questo è un passo fondamentale per l'elaborazione del lutto.



Gli operatori devono essere in grado di offrire la possibilità di parlare di questo dolore negato, di un lutto che viene socialmente giustificato dalla necessità, ma di cui viene limitata l'elaborazione, che deve trovare comprensione senza sminuire quel che è successo cercando di sotterrare l'evento nella memoria.

Le donne si sperimentano il bisogno di pogiarsi, non soltanto di piangere, di trovare qualcuno che sia forte: nella maggior parte dei casi

è sufficiente offrire un adeguato sostegno umano.

Last but not least, le donne che si trovano di fronte alla scelta se proseguire la gravidanza o abortire, devono essere sostenute adeguatamente nella possibilità di andare avanti con la gravidanza: devono essere loro offerte tutte le possibilità che la scienza mette oggi a disposizione di intervento sul bambino e di loro, possibilità che spesso sono lasciate celate. E' opportuno che il personale paramedico, che copre un ruolo fondamentale per le donne, sia preparato nel migliore dei modi, perché possa trovare le parole giuste da dire, parole che mancano a casa, mancano con gli amici, mancano con se stessi, e che sono proprio quelle di cui si ha bisogno; e che finalmente comunicano c'è qualcuno disposto a prendersi cura.

Bibliografia

- Carone, N. (2014). "Aspetti psicologici nella scelta del metodo abortivo. Confronto fra RU-486 e intervento chirurgico" pubblicato sulla Rivista "Medicina Psicosomatica" n° 59, fascicolo I del 2014.
- Pattis, Z. E. (2013). "Aborto: perdita e rinvio. Un paradosso nella ricerca di identità", Edizioni Moretti & Vitali.
- Lalli, C. (2013). "La verità, vi prego, sull'aborto", Fandango Libri Edizioni.
- Vanni, A. (2013). "Lui e l'aborto. Viaggio nel cuore maschile", San Paolo Edizioni.
- San Paolo Edizioni (2011). "Maternità interrotte. Le conseguenze psichiche dell'IVG", San Paolo Edizioni.
- Scirè, G. (2011). "L'Aborto in Italia. Storia di una legge", Mondadori Bruno Editore.
- Flamigni, C., C. & Melega (2010). "RU 486. Non tutte le streghe sono state bruciate", L'Asino d'Oro Edizioni.
- Adler, N.E., & David, H.P. (1992). "Psychological factors in abortion", *American Psychologist*, 47, pp. 1194-204.
- Bisiacchi, P., & Saviolo, N. (2005). "Neuropsicologia dello sviluppo. Principali patologie genetiche e neurologiche". Roma: Carocci Editore.
- Bognetti, G. (1991). "Aborto. Diritto comparato e straniero", in Enciclopedia giuridica, 1° vol., aggiornamento. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana.
- Camaioni, L., & Di Blasio, P. (2002). "Psicologia dello sviluppo". Bologna: Il Mulino.
- Campbell, E. (1974). *Moore Cavar*, International inventory of information on induced abortion. New York: Columbia University.

- Cazzaniga, A., Cattabeni, C.M., & Luvani, R.. (1984) *Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*. Torino: Utet (7° ed.).
- Deutsch, H. (1957). "Psicologia della donna adulta e madre". Torino: Einaudi.
- Francke, (1978). *The Ambivalence of Abortion*. New York: Random House, 84-95, 167.
- Giusti, G. (1999). *Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*. Padova: Cedam, Volume III.
- Gurman, A.S., & Kniskern, D.P. (2003). "Manuale di terapia della famiglia". Torino: Bollati Boringhieri.
- Mahkorn (1979). "Pregnancy and Sexual Assault," *The Psychological Aspects of Abortion*, eds. Mall & Watts. Washington, D.C.: University Publications of America, 55-69.
- Maloolf (1979). "The Consequences of Incest: Giving and Taking Life" *The Psychological Aspects of Abortion* (eds. Mall & Watts, Washington, D.C., University Publications of America, 84-85.
- Molinari, E. (2002). "Clinica psicologica in sindromi rare". Torino: Bollati Boringhieri.
- Puccini, C. (1993). *Istituzioni di Medicina Legale*. Milano: Ambrosiana (3° ed.).
- Rafael-Leff, J. (1986). *Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood*, in "British Journal of Medical Psychology", 59, 43-55.
- Reardon (1987). *Aborted Women - Silent No More*. Chicago: Loyola University Press, 51, 126.
- Sanavio, E., Cornoldi, C. (2001). "Psicologia clinica". Bologna: Il Mulino.
- Soubieux, M.J., & Soulé, M. (2007). "La psichiatria fetale". Roma: Franco Angeli.
- Zakus (1987). "Adolescent Abortion Option", *Social Work in Health Care*, 12(4):87.

Riferimenti Normativi:

- Codice di Deontologia Medica*
 "Etica e Deontologia dell'inizio vita", documento del Consiglio Nazionale Fnomceo, approvato a Ferrara il 25 Ottobre 2008
- Legge 22 Maggio 1978 n.194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"
- "Raccomandazioni per le Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse (22-25 settimane)", documento redatto da equipe di esperti del Ministero della Sanità, 2007

Siti consultati:

www.ginecologiaediritti.it

Eating Disorders and New Media

Tommaso Colonna*, Francesca Affatati**, Antonia Nardulli***

* Psicologo-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

**Psicologa-Esperta in Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità

***Biologa Nutrizionista

Riassunto

Per comprendere i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) oggi, le loro espressioni e manifestazioni, riteniamo utile focalizzare l'attenzione sul mezzo di comunicazione più utilizzato della nostra epoca: INTERNET. La rete, con i suoi strumenti di interazione e condivisione, ha la capacità di far transitare una gran quantità di messaggi non sempre funzionali e positivi, anzi spesso pericolosi, negativi e condizionanti per l'integrità psico-fisica della persona. Considerando la facilità con cui è possibile accedere alla rete, si può dedurre come essa possa divenire un importantissimo fattore scatenante e/o di mantenimento della psicopatologia del disturbo alimentare.

Obiettivo di questo contributo è analizzare i principali mezzi di comunicazione virtuale e come questi sono utilizzati dalle persone con diagnosi di disturbo alimentare.

Parole chiave: Disturbi del Comportamento Alimentare, New Media, Social Network

Nel corso del tempo i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno mantenuto invariato il loro nucleo psicopatologico caratterizzato da persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti estremi di controllo del peso associati a un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo (Fairburn e Harrison, 2003). Ciò che è mutato è probabilmente il linguaggio con cui si esprimono, permettendo così un adattamento ai tempi e ai diversi contesti sociali (Fairburn e Rothwell, 2015). A tal proposito ci soffermeremo ad osservare i principali strumenti di comunicazione virtuale utilizzati da parte delle persone con diagnosi di DCA.

Blog

I blog sono una sorta di diario online e sono diffusissimi in rete in quanto di facile gestione e massima efficacia comunicativa. Un utente può condividere pensieri, foto e video ed essi posso-

no essere commentati da chiunque abbia accesso alla rete. Ci sono blog per quasi ogni argomento e quindi esistono anche i blog pro-anoressia e pro-bulimia (rispettivamente chiamati pro-ana e pro-mia) che diffondono comportamenti patologici finalizzati al controllo del peso, danno consigli estremi su come dimagrire, e spesso sono creati da ragazze/i adolescenti che raccontano la loro vita con il DCA. Esso però non è vissuto come patologia bensì come una "filosofia di vita" per cui si devono fare dei sacrifici che condurranno alla perfezione, ovvero a un modello fisico connotato da una magrezza talmente eccessiva da risultare fatale.

Abbiamo osservato che i post generalmente sono di 5 tipi:

1. Presa di coscienza: dove si decide di abbracciare in toto la filosofia pro-ana;
2. Identificativi: dove si possono trovare post come "l'anoressia sono Io";
3. Descrittivi dell'andamento nel tempo del comportamento alimentare e definizione di nuovi obiettivi;
4. Contrapposizione e derisione delle informazioni che vanno contro tale "filosofia di vita";
5. Trucchi e suggerimenti (spesso pericolosi) per resistere alla tentazione di mangiare.

I post vengono commentati, spesso in maniera massiva, dalle utenti che aggiungono informazioni o danno sostegno a chi ne ha bisogno. Ogni utente porta parte della sua esperienza rinforzando e arricchendo quella delle altre. Esplorando questi blog, inoltre, ci si accorge della presenza di 3 componenti fondamentali quali i 10 comandamenti (Figura 1), la piramide alimentare di Ana (Figura 2) e l'ABC DIET (Figura 3).

Allo stato attuale si ipotizza che siano tre le motivazioni principali che inducono i soggetti affetti da DCA a frequentare siti pro-ana:

1. Avere maggiori informazioni su come per-

- dere peso e non riacquistarlo;
2. Favorire un senso di comunità e di condivisione, cosa molto importante dato che questo disturbo spesso conduce all'isolamento (Dalle Grave, 2011) ed alla percezione di non essere compresi da nessuno. Infatti nel blog vi è la possibilità di scambiarsi idee ed opinioni senza essere giudicati come accade invece nella vita reale;
 3. Incrementare gli scambi di informazioni tra gruppi di pari che rappresentano un punto di riferimento fondamentale per la costruzione della propria identità. Questo è un aspetto particolarmente pericoloso in quanto le persone affette da DCA spesso tendono a sovrapporre il loro disturbo alla loro personalità, e in questo modo, nel momento spesso più delicato dello sviluppo della loro identità (data l'età adolescenziale dei frequentatori di tali blog), viene favorita e rinforzata tale sovrapposizione tra psicopatologia del DCA e personalità.

| |
|--|
| 1) Se non sei magra, non sei attraente; |
| 2) Essere magri è più importante che essere sani; |
| 3) Compra dei vestiti, tagliati i capelli, prendi dei lassativi, muori di fame, fai di tutto per sembrare più magra; |
| 4) Non puoi mangiare senza sentirti colpevole; |
| 5) Non puoi mangiare cibo ingrassante senza punirti dopo; |
| 6) Devi contare le calorie e ridurre l'assunzione di conseguenza; |
| 7) Quello che dice la bilancia è la cosa più importante; |
| 8) Perdere peso è bene, guadagnare peso è male; |
| 9) Non sarai mai troppo magra; |
| 10) Essere magri e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e autocontrollo. |

Figura 1. I Dieci Comandamenti

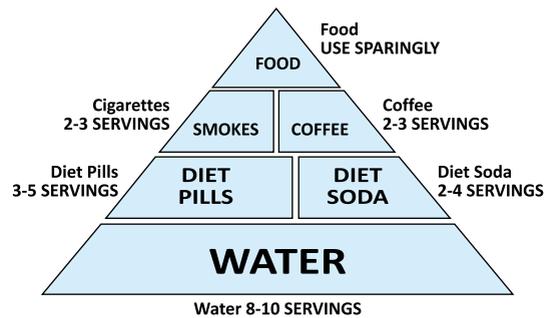


Figura 2. La Piramide Alimentare di Ana.

I Blog e i “suoi figli”: i social network

I social network sono servizi informatici online che permettono la realizzazione di reti sociali virtuali. Con pochi e veloci click si può costruire un profilo in cui caricare e condividere foto, video, interessi personali e ogni tipo di informazione che ci riguarda costruendo un vero e proprio “io” all’interno della rete virtuale. Una volta costruito il profilo si possono cercare altri profili o pagine di argomenti che ci interessano ed entrare in contatto con loro condividendo pensieri, idee, link e contenuti multimediali. La differenza con i blog o i semplici siti web è l’immediatezza con cui le informazioni vengono condivise, basta aprire la pagina del social per avere a disposizione un mondo di informazioni dalle persone che seguiamo, con cui abbiamo stretto amicizia o che semplicemente stanno parlando del nostro stesso argomento. L’avvento degli smartphone ha reso possibile avere a disposizione queste informazioni con un semplice tocco su uno schermo, praticamente 24 ore al giorno, senza aver più bisogno di accendere un computer. Nonostante queste caratteristiche comuni i social network non sono tutti uguali; analizziamo brevemente il funzionamento dei principali e come essi vengono sfruttati da chi soffre di un Disturbo del Comportamento Alimentare.

Facebook

Facebook è il social network per eccellenza, il più utilizzato in assoluto nel mondo, funziona sulla logica delle amicizie, della creazione di gruppi, pagine ed eventi. Ogni utente può collegarsi ad un altro utente richiedendone l’amicizia, e solo se essa viene accettata si potrà interagire con il

| Week | Mon | Tues | Wed | Thurs | Fri | Sat | Sun |
|--------|------|--------------------------------|------|-------|-----|------|-----|
| Week 1 | 500 | 500 | 300 | 400 | 100 | 200 | 300 |
| Week 2 | 400 | 500 | Fast | 150 | 200 | 400 | 350 |
| Week 3 | 250 | 200 | Fast | 200 | 100 | Fast | 300 |
| Week 4 | 250 | 200 | 150 | 100 | 50 | 100 | 200 |
| Week 5 | 200 | 300 | 800 | Fast | 250 | 350 | 450 |
| Week 6 | Fast | 500 | 450 | 400 | 350 | 300 | 250 |
| Week 7 | 200 | 200 | 250 | 200 | 300 | 200 | 150 |
| Week 8 | Fast | Slowly return to a normal diet | | | | | |

Figura 3. ABC Diet. I numeri nelle celle rappresentano l'apporto calorico giornaliero da assumere, il termine fast significa digiuno

profilo dell'altro. Su facebook si possono creare gruppi in cui vari utenti possono discutere di un argomento specifico, ma si può accedere ad essi solo previa autorizzazione o invito dell'amministratore di tale gruppo. Facile quindi intuire l'utilizzo che ne fanno le persone con disturbo del DCA: di solito dopo essersi incontrate su un blog pro-ana o pro-mia (sempre punto di partenza) si cercano sul social e stringendo amicizia hanno la possibilità non solo di accedere alle informazioni l'uno dell'altra e vedere se effettivamente il profilo è reale e appartiene davvero ad una ragazza "pro-ana" o "pro-mia", ma anche di potersi parlare tramite messaggistica privata, al contrario di quello che succede nei blog.

Inoltre esse possono decidere di creare un gruppo con l'impostazione di privacy segreta, ovvero un gruppo di cui si può far parte solo se invitate da chi lo amministra e che non è possibile trovare utilizzando la barra della ricerca che generalmente si usa quando si vuole rintracciare un profilo, una pagina o un gruppo. In questo modo le possibilità di essere importunate da persone che non condividono la loro filosofia di vita (come invece accade spesso nei blog) viene praticamente annullata rendendo le loro conversazioni inaccessibili dall'esterno.

Twitter

Questo social network, a differenza di facebook, si basa sul concetto di "follow", ovvero dopo la creazione di un account possiamo cercare tutte

le persone che ci interessano e con un click seguire ciò che dicono (attraverso un *tweet* = cinguettio, ossia un breve messaggio di testo di massimo 140 caratteri) senza aver bisogno di alcuna autorizzazione dell'utente in questione. I profili (chiamati *bio*) sono molto più scarni rispetto ad altri social, costituito semplicemente da una foto del profilo, una foto intestazione ed una frase di massimo 140 caratteri che descriva l'utente. Una volta iniziato a seguire qualcuno si potrà vedere chi segue a sua volta o chi, come noi, lo segue. Anche qui si possono postare foto, video o condividere link, ma la caratteristica principale di twitter è l'*hashtag* (ovvero parola chiave) che permette al tweet di essere visualizzato non solo da coloro che ci seguono, ma da chiunque inserisca quella parola chiave all'interno della barra di ricerca del social. Si creano in questo modo dei *trend topic* ovvero temi più discussi in quel momento, su cui chiunque può dire la sua.

Questo social è davvero una miniera di informazioni ed una fonte inesauribile di ispirazione per pazienti con un DCA, in quanto non c'è alcun tipo di restrizione ed è possibile seguire tutti gli account più popolari nel mondo dei DCA, in genere blogger che hanno mediamente 8000 follower, con i più seguiti che arrivano ad averne anche 22000. La rete che potenzialmente si viene a creare su twitter è quindi molto ampia: migliaia di ragazze che inneggiano costantemente alla magrezza, condividono diete dimagranti impraticabili e dannose, descrivono le loro giornate in funzione di ANA (Anoressia) sostenendosi vicendevolmente

ad una velocità vertiginosa; infatti subito dopo un tweet ci sono decine di risposte che spesso sono o di incoraggiamento se, ad esempio, l'utente ha disobbedito ad una delle regole di ANA, o di ammirazione se invece è riuscita ad ottenere un peso minore o a digiunare per tre giorni. Il rinforzo che ricevono è costante e ininterrotto.

Molto interessante è notare che su questo social i profili delle ragazze, sembrano seguire tutti il medesimo schema:

- Foto del profilo: particolare di un corpo femminile molto magro;
- Foto d'intestazione: una frase pro-ana;
- Bio: Altezza, peso attuale, primo obiettivo di peso, secondo obiettivo di peso, ultimo obiettivo di peso;
- In tutte le foto postate dalle ragazze il volto non è mai o quasi mai visibile.

Twitter evidenzia come forse nessun altro social network come queste ragazze percepiscano il loro corpo come un mezzo, distaccato dalla loro identità che è invece totalmente sovrapposta al DCA.

Tumblr

Tumblr è un social blogging, ovvero una piattaforma che contiene e connette milioni di blog. Su questo social è possibile crearne uno con le stesse funzioni di quelli creati in rete, ma con diversi vantaggi legati proprio alle funzioni social. Innanzitutto è possibile seguire vari blog comodamente, senza aver bisogno di alcun tipo di approvazione, ed essere aggiornati sui nuovi post aprendo la homepage del nostro tumblr, senza dover aprire diverse pagine internet come con i blog tradizionali. Inoltre è possibile "rebloggare" sulla nostra pagina, ovvero condividere il post di qualcuno che seguiamo anche sul nostro blog, rendendolo visibile ai nostri follower. Altra funzione interessante è quella dell'hashtag o parola chiave utilizzata con la stessa logica di twitter; si può postare qualcosa e renderlo visibile a chiunque cerchi la parola, o

le parole chiave, all'interno della barra di ricerca presente sul social. Le blogger pro-ana sembra stiano progressivamente spostando su questo social date le funzioni migliori e le maggiore visibilità date da tumblr.

Le Applicazioni

I social network appena descritti hanno applicazioni che rendono possibile il loro utilizzo sui telefoni e dispositivi mobili di ultima generazione, rendendoli così decisamente più efficaci nel rinforzo della patologia. Nella categoria meritano menzione a parte due applicazioni utilizzabili solo su smartphone, ovvero WhatsApp e Fat Secret.



WhatsApp

WhatsApp è un'applicazione basata sulla messaggistica istantanea per smartphone. Oltre allo scambio di messaggi testuali è possibile inviare immagini, video, file audio e condividere la propria posizione geografica (grazie all'uso di mappe integrate nel dispositivo) con chiunque abbia uno smartphone dotato di connessione a Internet e abbia installato l'applicazione.

Le ragazze con un DCA che frequentano "la rete pro-ana" si scambiano spesso il numero di telefono per poter avere supporto in maniera ancora più diretta, pratica di per sé pericolosa dato che l'identità virtuale non corrisponde sempre a quella reale, e ragazze spesso minorenni potrebbero trovarsi ad avere a che fare con persone malintenzionate.

Se ci si limita ad utilizzare gli strumenti sopra descritti è necessaria un'azione volontaria, ovvero aprire le pagine internet o i social che ci interessano; nel caso di WhatsApp invece i messaggi

arrivano direttamente sul telefono. WhatsApp può essere utilizzato sia per comunicare con una persona per volta sia in modalità gruppo, ovvero una chat dove sono presenti più persone contemporaneamente, favorendo una costante presenza di “aiuto” per queste ragazze e probabilmente una maggiore identità di gruppo che ha come minimo comune denominatore il DCA.

Fasting Secret

Questa applicazione non prevede alcun tipo di interazione ed è molto utilizzata dalle ragazze con un Disturbo del Comportamento Alimentare. Si tratta di un diario alimentare e della propria attività fisica in versione elettronica. Si inseriscono i propri dati riguardanti altezza e peso, il proprio obiettivo di peso; ed è possibile segnare tutto ciò che si mangia ed avere un conteggio delle calorie ingerite, o inserire i dati relativi alla propria attività fisica per sapere quanta energia si è consumata, in modo tale da poter avere dei grafici dettagliati rispetto all'andamento della propria dieta. Di applicazioni come questa ne esistono moltissime, anche di più complete e funzionali, ma ciò che la rende indispensabile per queste ragazze è l'opzione “fast”, grazie alla quale si possono programmare giorni di digiuno ed il suo funzionamento è molto semplice, basterà selezionare i giorni della settimana in cui si vuole digiunare e per ognuno parte un conto alla rovescia che indica da quanto tempo ci si sta privando di cibi solidi. Chi utilizza questa applicazione, soprattutto se persone con DCA, trovano motivazione nel vedere concretamente i loro progressi o quanto tempo rimane per completare il loro digiuno; questi risultati vengono sempre condivisi utilizzando i social.

Conclusioni

A conclusione dello studio effettuato sui social network, su come essi funzionano e come questi possono essere utilizzati in maniera non funzionale dai pazienti affetti da disturbo alimentare, divenendo un rinforzo alla malattia, riteniamo utile sottolineare alcune caratteristiche osservate e presenti nei diversi social network come: a) i nomi utilizzati dagli utenti nei profili sono spesso inventati, b) le foto non mostrano quasi mai il vol-

to, c) il centro di ogni discorso è il corpo e come si può agire per renderlo più magro.

Il corpo diventa uno strumento, un mezzo che è degno di esistere solo per essere modificato, come se il corpo se non appartenesse all'individuo. Una possibile ipotesi di quanto descritto si può rintracciare nel sintomo della depersonalizzazione, e come alcune ricerche dimostrano (Spitzer, Barnow, Grabe, Klauer, Stieglitz, Schneider, et al., 2006) è già ricorrente nei disturbi alimentari e riguarda le sensazioni persistenti o ricorrenti di essere distaccati dal proprio corpo, dai propri processi mentali, di solito con la sensazione di osservare dall'esterno la propria esistenza.

Osserviamo inoltre che la facilità con cui si accede alla rete, quindi ai social network, potrebbe essere il tasto di avvio, dunque il fattore scatenante, dei comportamenti patologici del disturbo alimentare, e questo è tanto più vero quanto i soggetti sono vulnerabili; in alternativa, i social network potrebbero diventare fattore di mantenimento del disturbo impedendone la guarigione.

Tutto questo necessita di approfondimenti ulteriori e soprattutto di una maggiore e sempre più consapevole comprensione del fenomeno pro-ana in rete. Dovremmo, pertanto, guardare a questi strumenti come un osservatorio privilegiato per studiare aspetti della malattia che non potrebbero essere osservati altrimenti, e allo stesso tempo promuoverne un miglior utilizzo, ad esempio creando una rete “versus-ana”: una rete che metta in comunicazione le persone che non vogliono cadere o ricadere nella psicopatologia dei DCA e far sì che si motivino con la stessa intensità e la stessa abnegazione che utilizzano le ragazze pro-ana.

Bibliografia:

- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., & Rothwell, E. R. (2015). Apps and eating disorders: A systematic clinical appraisal. *International Journal of Eating Disorders*.
- Spitzer C., Barnow S., Grabe H.J., Klauer T., Stieglitz R.D., Schneider W., & Freyberger H.J. (2006). Clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *J Trauma Dissociation*; 7, 51-62.

La presa in carico del soggetto abusante

Teresa Fiora Fornaciari*, Vincenzo D'Onofrio**, Annamaria Carulli***

*Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Criminologa; Educatrice presso Cooperativa Sociale "IL SIPARIO" Bari.

**Dirigente Medico U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Asl Taranto.

***Responsabile Struttura Socio-Educativa Cooperativa Sociale "IL SIPARIO" Bari

Riassunto

Nell'ambito della II edizione dell'evento "Minori e diritti ristretti: Istituzioni a confronto" le tematiche riguardanti i minori e le famiglie sono stati molteplici. Tra questi il gruppo sulla tematica relativa alla presa in carico del soggetto abusante ha visto la partecipazione di psicologi, assistenti sociali, medici psichiatri, avvocati ed educatori di comunità, in particolare delle CRAP.

Sono stati affrontati tutti i punti critici ed anche quelli costituenti un progetto di presa in carico globale del soggetto abusante di minore età (e del giovane adulto). In particolare è stato affrontato il tema della Messa alla prova e l'introduzione di una nuova figura professionale: il *casemanager*.

Parole chiave: *Soggetto abusante. Minore. Messa alla prova. Casemanager. Terapia multistemica.*

Nell'ambito della II edizione dell'evento "Minori e Diritti ristretti: Istituzioni a confronto" le tematiche riguardanti i minori e le famiglie sono stati molteplici. Tra questi, il gruppo sulla tematica relativa alla "**presa in carico del soggetto abusante**" ha visto la partecipazione di psicologi, neuropsichiatri dell'infanzia e adolescenza, assistenti sociali, psichiatri, avvocati ed educatori di comunità, in particolare delle CRAP.

Sono stati affrontati tutti i punti critici ed anche quelli costituenti un progetto di presa in carico globale del soggetto abusante di minore età (e del giovane adulto). In particolare è stato affrontato il tema della Messa alla Prova e l'introduzione di una nuova figura professionale: il *casemanager*.

I lavori del gruppo si sono aperti con una lettura magistrale sulla definizione di abuso sessuale, cercando di tracciare la storia del trattamento relativa al soggetto abusante; in particolare si è fatto riferimento all'importanza della distinzione tra la scoperta della sessualità nell'adolescente dalle azioni propriamente "abusanti". Sappiamo

infatti che quando si tratta di prime esperienze legate all'adolescenza tale differenziazione si rende necessaria; l'abuso è considerato tale anche nella misura secondo la quale è percepito e vissuto dalla "vittima".

Sin da subito tutte le figure professionali coinvolte nel lavoro di gruppo hanno orientato i loro discorsi e le loro proposte sul soggetto abusante minore, sottolineando (in particolare gli avvocati) che attualmente non esiste ancora un referente istituzionale con il quale interloquire e progettare percorsi di trattamento in materia di abuso in età evolutiva.

Il minore autore di abuso va inquadrato non solo nel contesto dei rimaneggiamenti psichici in quella che è un'età di transizione, ma anche allargando l'ottica ai sistemi di vita e relazione ed all'imprescindibile inquadramento psicopatologico; sappiamo infatti che raramente si effettua un profilo di personalità e/o psicopatologico del minore autore di reato. Ci sono situazioni al margine della devianza, che possono nascere proprio da una serie di cause dovute alla patologia così come a fattori ambientali. Tanto è vero che l'intervento psicoterapeutico sistematico e controllato sui minori abusanti è ancora poco praticato. E' emersa la urgente necessità di un'azione nei confronti dell'abusante minore che non si esaurisca esclusivamente all'interno del circuito giudiziario, ma che coinvolga i vari Servizi della Giustizia e della Salute in un percorso condiviso (possibilmente attraverso Accordi di Programma).

In particolare alcune educatrici professionali hanno rilevato l'importanza di costruire, tracciare percorsi di ri-abilitazione psico-educativi che – nel caso dei minori – potremmo definire di abilitazione ad uno stile di vita non deviante. L'intervento psicoterapeutico sistematico e controllato sui minori abusanti è ritenuto altamente necessario, accanto ad altre forme di tutela di pertinenza del

Tribunale per i minorenni, e per essere efficace non deve considerare la sola persona dell'abusante, ma essere "allargato" (terapia multisistemica) ed essere commisurato, al massimo possibile, nel momento individuale, alla tipologia clinico-criminologica del l'autore di reato.

Inoltre si è evidenziata la necessità di incrementare la comunicazione tra Servizi ed Agenzie educative / pedagogiche al fine di intercettare le condizioni di disagio in ottica preventiva e curativa; come ha evidenziato lo stesso Presidente del Tribunale per i Minorenni, dott. Greco, uno dei luoghi in cui principalmente emergono le problematiche degli adolescenti è la scuola; si è parlato infatti di "disagi di contesto" e cioè problemi che possono nascere al di fuori dell'ambiente scolastico ma che quasi sempre trovano nella scuola il luogo dove si manifestano i primi sintomi del malessere. Ciò riteniamo riguardi non solo la vittima ma anche il minore abusante; molti comportamenti violenti dei ragazzi e dei bambini contro il sesso opposto potrebbero essere trattati con metodi educativi e culturali, se intercettati nei tempi giusti, sul loro nascere. Per prendere in carico il soggetto abusante è importante si inizi a ragionare in un'ottica di prevenzione primaria e pertanto attuare un lavoro di comunicazione trasversale e multidisciplinare che diffonda tra i giovani una cultura del rispetto e della non violenza. Spesso la difficoltà di intercettazione dei casi di abuso nasce dalla multiproblematicità delle situazioni familiari.

Tutti i Professionisti intervenuti nel gruppo hanno concordato sulla necessità di creare equipe dedicate multi professionali, coordinate dal *case manager* – coordinatore delle azioni e interventi tra gli operatori e le varie Agenzie ed Istituzioni interessate – equipe costituite dal settore pubblico e quello privato accreditato con specifica formazione. La figura professionale del *casemanager* risponde alla imperativa necessità di un percorso psicodiagnostico strutturato del soggetto abusante e il monitoraggio costante del percorso di trattamento psicoterapico secondo buone prassi.

Infine è stato affrontato il tema della Messa alla Prova. Se n'è parlato non solo in chiave di espiazione della pena, bensì come opportunità di crescita per il minore; spesso – è stato sottolineato – l'esito positivo della M.a.P. (estinzione del rea-

to) non coincide con la motivazione del minore e l'autentico raggiungimento di consapevolezza del reato commesso così come del danno procurato alla vittima. Pertanto è necessario pensare e creare nuovi protocolli e progetti al fine di incentivare la motivazione da parte del minore ad espriare la pena, oltre che fare della M.a.P. un momento di vero recupero del soggetto autore di abuso; con questo si intende la creazione di un modello univoco di intervento stabilmente organizzato che possa offrire risposta alle necessità dei Tribunali dei Minorenni ed anche a tutte le Istituzioni interessate.

Inoltre si rende indispensabile la formazione degli Operatori in merito al parlare, comunicare e ascoltare racconti dal contenuto sessuale. Sappiamo che ancora oggi sono troppo poche le denunce da parte delle vittime così come raramente accade che l'abusante, in particolare minorenne, sia "intercettato" prima che commetta il fatto ed inserito in quel momento in un circuito che prima che essere detentivo o di espiazione della pena dovrebbe essere psico-educativo. In questo senso il saper comunicare e diffondere una buona cultura della sessualità e del rispetto reciproco di genere è un'urgenza alla quale dover rispondere noi Operatori in maniera multidisciplinare.

Bibliografia

- Abruzzese, S. (2011). "Minori e violenze. Dalla denuncia al trattamento", Puer Franco Angeli, Milano.
- Rosso, C., Garombo, M.F., & Furlan, PM.. (2010). "Aggressori sessuali. La comprensione empirica del comportamento abusante", Torino, Centro Scientifico.
- Ciappi, S., Palmucci, V., Scala, P., & Toccafondi, I. (2006). "Aggressori sessuali. Dal carcere alla società: ipotesi e strategie di trattamento", Milano, Giuffrè.
- Meynard, J.A. (2007). "Il complesso di Barbablu. Psicologia della cattiveria e dell'odio", Milano, Frassinelli.
- Baldry, A.C., (2006). "Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio", Milano, franco Angeli.
- Gulotta, G., & Cutica, I. (2009). "Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica (II ed)", Milano, Giuffrè, 2009.
- Valcarengi, M. (2007). "Ho paura di me. Il comportamento sessuale violento", Milano, Bruno Mondadori.

Vittimologia

Francesca Guglielmi

Psicologa specializzata in Psicologia Forense

PhD Student

Abstract

Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse nei confronti delle vittime di reato - reati intesi contro la persona, reati giudiziari, violazione dei diritti, reati violenti - grazie anche all'istituzione dei processi di mediazione in ambito: civile, penale e minorile. Il presente lavoro propone un approfondimento tematico su un tema rilevante della psicologia forense: la vittimologia. Si fornisce un contributo teorico e si offrono spunti per l'applicazione degli stessi in campo pratico. L'obiettivo è quello di sensibilizzare i lettori perché si acquisiscano conoscenze e competenze in ambito psicoforense.

Parole chiave: vittimologia – interazione – comunicazione - vittimologia forense

“per conoscere certi delitti
basta conoscere le vittime”

Oscar Wilde

La vittimologia è la disciplina che studia il crimine dalla parte della vittima a scopi: diagnostici, preventivi e riparativi (Gulotta, 2003).

Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse nei confronti delle vittime di reato - reati contro la persona, reati giudiziari, violazione dei diritti - grazie anche all'istituzione dei processi di mediazione in ambito: civile, penale e minorile.

Il termine *vittimologia* è stato coniato da B. Mendelsohn (1937), egli parla di una nuova scienza che propone come oggetto di studio la vittima di un reato nei suoi diversi aspetti al fine di prevenire azioni criminali ed approfondire le dinamiche vittimizzanti. Egli elabora delle tassonomie e determina cinque fattori che descrivono tipologie di ambienti e situazioni che per la loro conformazione possono innescare processi vittimizzanti: “ambiente criminale, Sé stesso, ambiente sociale, ambiente tecnologico e l'ambiente naturale” (Mendelsohn, 1976). La scienza empirica vittimologica, debutta nel 1948 quando A. Von Hentig pubblica “*The criminal and his victim*” succes-

sivamente ampliata e rivista da E. Ellenberger (1954). Egli pone le basi per un'analisi innovativa del reato non più basata solo sull'autore del fatto, bensì sul cambiamento di prospettiva e quindi sull'interazione criminale-vittima. Si abbandona così la dimensione *criminal centrica* per adottare un approccio bi- o multi-polare che considera sia le persone coinvolte (criminale e vittima) nel reato sia le loro interazioni. Ellenberger (1954) distingue:

- il *criminale-vittima*, riferendosi a tutti quei casi in cui l'autore del reato diviene successivamente vittima o viceversa (per esempio chi maltrattato da bambino, divenuto adulto, ripropone gli stessi comportamenti offensivi su altri);
- la *vittima latente*, ritenendo che alcune persone eserciterebbero un'attrazione particolare per il loro aggressore in quanto possessori di alcune qualità (il commerciante di preziosi, il portavalori);
- la *relazione specifica criminale-vittima*, in cui generalmente la vittima funge da elemento scatenante l'evento.

Questi tre nuclei concettuali sottolineano la specificità di ruolo della persona vittima, le sequenze temporali e la dinamica del reato. Le ricerche successive hanno sostenuto e approfondito questa nuova linea di pensiero, pur continuando a porre attenzione alla diade autore-vittima da cui ha origine il reato, hanno smesso di indagare solamente il ruolo causale della vittima nella genesi e nella dinamica del fatto per concentrarsi, invece, sugli atteggiamenti dell'uno verso l'altro, sulla percezione reciproca e sugli scambi comunicativi presenti nella relazione tra gli attori protagonisti della vicenda (Balconi, 2008).

Per spiegare il crimine ci si dovrà sempre più allontanare da modelli di interpretazione causale o lineare della realtà per avvicinarsi a modelli sistemici, di interpretazione complessiva e multifat-

toriale in cui il “*sistema criminale-vittima*” non deve essere scisso se si vuole avere una visione ed una comprensione globale dell’evento criminoso (Balloni A.,1989).

Il processo di vittimizzazione

Il rischio di vittimizzazione non è ugualmente distribuito fra tutti gli individui, alcuni sono maggiormente “*predisposti*” a subire un reato (von Hentig, 1948). Si tratta delle cosiddette *predisposizioni vittimogene*: fattori di agevolazione al delitto e di incentivazione alla scelta della vittima, diventano causa scatenante del crimine. Una prima classificazione differenzia le caratteristiche innate, quali: il sesso, l’età, condizioni patologiche presenti dalla nascita, da quelle acquisite successivamente come: i tratti psico-sociali, le infermità; di conseguenza è possibile parlare anche di predisposizioni permanenti o temporanee.

Fattah (2000) elabora una classificazione più dettagliata ed evoluta, egli individua e suddivide le predisposizioni **bio - fisiologiche**: età, sesso, razza, stato fisico, quelle **sociali**: status economico-finanziario, stile di vita e quelle **psicologiche**: tratti del carattere, deviazioni sessuali, stati psicopatici.

Emerge che alcuni crimini vengono compiuti soprattutto nei confronti di un certo sesso, per esempio la violenza carnale sulle donne, o verso persone di una certa età, il maltrattamento sui minori o su persone con deficit psicofisici, i furti coinvolgono maggiormente gli anziani e le persone di status medio alto; certe professioni espongono a rischi di vittimizzazione più di altre pensiamo ai tassisti che viaggiano la notte, agli agenti di polizia, a chi ha abitudini sessuali devianti, a chi si trova spesso in condizioni di ricattabilità o spesso è invischiato nella malavita, che prospera sul-

le “anomalie” altrui (Gulotta, 2003). La cronaca è costellata da episodi che rievocano episodi dai tristi epiloghi facilmente associabili agli esempi riportati, pensiamo alla vicenda della tassista di Roma, a tutti i casi di femmineicidio o di maltrattamenti sui minori.

Classificazione della vittima

Nella comune accezione del termine si percepisce generalmente la vittima come parte meramente passiva del reato. Se ciò è nella maggior parte dei casi vero, è però importante, per la più esauriente comprensione dei fenomeni criminosi, considerare anche quelle particolari evidenze nelle quali la vittima assume un ruolo nella genesi del reato, e non solo.



Fatta eccezione per le **vittime fortuite**, individui vittime di accadimenti naturali come terremoti o cicloni; è utile distinguere le **vittime partecipanti**, da quelle **accidentali**, con la premessa di non utilizzare questa distinzione in modo rigido e assolutistico.

Le **vittime accidentali**, divengono tali per puro caso:

senza alcuna loro partecipazione si sono venute a trovare sul cammino percorso dal delinquente. Vittime di questo tipo sono ad esempio il passante che si trova coinvolto in un conflitto a fuoco tra bande rivali o fra criminali e tutori dell’ordine e ancora la vittima dell’esplosione di una bomba posta da un terrorista su un treno. Secondo gli studi di Nuvolone (1973) in quest’ultimo caso, la tipologia di vittima assume l’attributo di **indiscriminata**, egli scrive: “*Qui infatti, generalmente, il rapporto colpevole-vittima non ha nessun rilievo: si commettono omicidi, stragi, danneggiamenti, sequestri di persona a semplice scopo dimostrativo ... Talvolta vittima indiscriminata è selezionata in un gruppo di appartenenza, per esempio una*

bomba posta in una sinagoga per colpire a caso dei fedeli, ecc.”

Sia la vittima accidentale che quella indiscriminata possono essere definite, per quanto riguarda il loro rapporto col reo: **vittime fungibili**, in quanto non hanno assunto tale ruolo per un processo di relazione con l'agente, il quale si preparava a compiere un'azione indipendentemente dall'individuazione precisa di quella vittima.

Le **vittime selezionate** invece, sono quelle che sono state “designate” per motivi più vari. Esse sono **infungibili** per loro natura, cioè non possono – dal punto di vista del reo – essere sostituite.

Più complessa è la categoria delle **vittime partecipanti**, o **attive**, cioè di coloro il cui comportamento è correlato, anche se a volte del tutto involontariamente, alla condotta del reo.

In alcuni di questi casi, per esempio, si può dire che la vittima appare come il “negativo” del criminale, il rovescio della medaglia del crimine (Gulotta, 1980).

Le vittime attive si possono classificare secondo varie tipologie, che non pretendono di essere esaurienti e che hanno, come le precedenti, un mero significato di esemplificazione.

Per taluni è solo questione del lavoro svolto e si può parlare di **vittime per la specifica professione** quando, per esempio, agenti di polizia o guardie giurate che devono attivamente contrastare una rapina a mano armata sono colpiti in un conflitto a fuoco.

Il caso in cui la relazione reo - vittima si pone come fondamentale è quello della **vittima che aggredisce**, in cui il comportamento di quest'ultima può addirittura aver favorito il delitto.

La condotta minacciosa o violenta di un soggetto può porre in stato di imminente e grave pericolo qualcuno che è quindi costretto a difendersi con una reazione altrettanto violenta. Si tratta delle previsioni di legge contenute negli artt. 52 e 54 del Codice Penale, che si riferiscono rispettivamente alla “difesa legittima” e all'aver commesso un delitto in “stato di necessità” per esservi stati costretti onde difendere sé o altri da pericolo attuale di un danno grave alla persona.

Vi è poi la figura della **vittima provocatrice**, che subisce una violenza per avere in precedenza, e in vario modo, suscitato, l'exasperazione, l'ira, la ribellione di colui che poi reagirà perché provo-

cato. Provocare significa volontariamente colpire qualcuno nei suoi punti più deboli facendogli perdere il controllo, offenderlo nei valori per lui più importanti o umiliarlo profondamente.

Infinite sono le possibilità di provocazione e tra le molte, le più comuni si verificano, per la vicinanza e per la continuità del rapporto, nell'ambito delle controversie familiari o di coppia o fra conoscenti o vicini di casa.

In queste situazioni la vittima partecipa alla dinamica del delitto in modo così evidente che quasi non la si percepisce psicologicamente ed eticamente come tale infatti la legge specificamente prevede come circostanza attenuante l'aver agito in stato di ira, determinato da un fatto ingiusto altrui (art. 62 n. 2 Codice Penale).

In altri casi la vittima non si rende conto di provocare e crede semplicemente di difendere il suo diritto, di dire le sue ragioni senza offendere o colpire moralmente l'avversario.

Il comportamento provocatorio non è cioè dichiaratamente intenzionale, anche se di fatto esiste e può considerarsi come espressione di dinamiche psicologiche ostili, più o meno profonde, oppure del tutto inconsapevoli.

E' questo il caso della **vittima inconsciamente provocatrice**, anch'esso comune nei delitti familiari e in genere quando esistono rapporti prolungati e ravvicinati di conoscenza, di frequentazione, di lavoro o di interessi.

Il rapporto che esiste tra il reo e quella che possiamo chiamare vittima favorente è più sfumato: pur senza il ricorso di vera e propria ostilità (come abbiamo visto accadere quando al futura vittima mette in atto un'autentica provocazione), in questo caso al vittima si comporta in modo tale da facilitare in qualche modo al commissione del delitto.

Tipica è la situazione della cosiddetta “truffa all'americana”, in cui la vittima viene indotta a credere di fare un affare particolarmente vantaggioso o di potersi approfittare di chi ordisce la truffa, mentre invece cade nel tranello tesole.

Una particolare dinamica della relazione fra vittima e criminale si ha nella situazione chiamata “**Sindrome di Stoccolma**” (Graham, 1973) in cui fra l'autore di un sequestro di persona e la sua vittima si instaura un rapporto positivo e talora un legame sentimentale o sessuale, dovuto soprattutto

al vincolo di assoluta dipendenza del sequestrato dal sequestratore, al protrarsi dell'esperienza del sequestro in cui la vittima ha come principale, se non unico, interlocutore il sequestratore, alla sensazione della vittima – soprattutto con il passare del tempo – di essere abbandonate dalle autorità che potrebbero salvarla o da coloro che potrebbero mettere a disposizione il riscatto.

Per il caso della **vittima consenziente** si può fare l'esempio limite di taluno che acconsente a che altri lo uccida, o lo richiede, come accade nell'ipotesi prevista dal codice di omicidio del consenziente (art. 579 Codice Penale): sono i casi di eutanasia consapevolmente sollecitata, o dell'omicidio/ suicidio concordato fra amanti infelici, in cui chi agisce prima uccide il partner e poi si suicida (Ponti, Merzagora Betsos, 2008).

Vi sono infine le **false vittime**, coloro che - per vendetta, ricatto discolpa o altro – mentono consapevolmente, e allora si definiranno **vittime simulatrici**, o chi per ragioni legate ad immaturità o a fattori psicopatologici non è consapevole della sua menzogna ed è detto allora **vittima immaginaria** (Gulotta e collaboratori, 2000)

L'elenco potrebbe includere anche altri tipi, le singole fattispecie sono peraltro da esaminare piuttosto con la criteriologia della criminologia clinica, cioè non tanto in una prospettiva classificatoria, quanto per identificare caso per caso, le variabili psicologiche, situazionali e relazionali atte a meglio comprendere, in ogni suo aspetto, il fatto delittuoso.

L'interazione vittimizante

Verso la fine degli anni '60 la vittimologia ha iniziato a subire gli influssi provenienti da altre discipline quali: sociologia, antropologia, psicologia sociale, psicologia della comunicazione. Grazie a tali influssi, il focus della vittimologia si

è ampliato ed ha messo in luce nuove peculiarità, tra queste una nuova concezione della vittima "costruita" durante l'interazione (Zuffranieri, Amistà, 2010). In questa visione ricoprono un ruolo importante: il contesto ed il sistema all'interno del quale si svolge l'interazione, le caratteristiche personali delle persone e le modalità di influenza reciproca tra contesto e caratteristiche quindi gli scambi comunicativi e le costruzioni di senso.

Ghiglione e Trognon (1993) sottolineano negli scambi comunicativi la presenza di una componente cooperativa e di una competitiva: o si tende ad affermare la propria visione dei fatti a discapito di quella dell'interlocutore o viceversa si tende a cooperare e a creare un senso condiviso, nella ricostruzione dei fatti, quindi tale impostazione diventa un'interessante chiave di lettura. Importante è anche indagare la simmetria/ asimmetria comunicazionale all'interno di un'interazione, essa diventa asimmetrica quando c'è una motivazione coercitiva, sia essa verbale (ricatto) o agita (uso di armi o forza fisica). Di conseguenza si produce un cambiamento degli stati mentali dell'interlocutore a seconda della motivazione, esso agisce sull'atteggiamento, sulle norme soggettive e sulla percezione di controllo (Ajzen e Fishbein, 1977).

Questa prospettiva comunicazionale permette lo studio del **sistema di relazioni e di interazioni** delle persone coinvolte nel reato evitando che tratti predisposizionali, emersi dai primi studi vittimologici, siano determinanti nella condanna o nell'assoluzione dei soggetti coinvolti nei procedimenti.

La vittimologia forense

La vittimologia forense indaga le dinamiche dell'amministrazione della giustizia e l'impatto diretto ed indiretto che quest'ultima provoca sulle persone coinvolte nei procedimenti giudiziari.



L'applicazione di tale scienza è opportuna da parte degli esperti per individuare inadeguatezze metodologiche, procedure investigative non idonee ed errori giudiziari.

La cronaca denuncia quasi quotidianamente casi di "inappropriata" amministrazione della giustizia, pensiamo alle persone ingiustamente accusate di un reato, bambini convinti di essere vittime di abuso perché erroneamente suggestionati da terzi, di conseguenza è emersa la necessità di intervenire perché si evitino tali errori che hanno ricadute importanti sulle persone direttamente o indirettamente coinvolte in tali procedimenti. Perché questo accada è opportuno applicare un'adeguata e scientifica metodologia forense.

Possiamo distinguere diverse tipologie di errori giudiziari (Forst, 2004):

- errore giudiziario in senso stretto: errate condanne, accuse ingiuste quindi errati arresti, persecuzioni giudiziarie,
- errori di impunità: consentono alle persone che hanno realmente commesso un reato di godere impuniti della loro libertà,
- errori processuali: procedure espletate durante un processo manchevoli, difettose, incomplete ed imprecise,
- errori giudiziari: risultati imperfetti, scorretti, inesatti emersi in seguito ad un procedimento giudiziario sbagliato.

Per evitare tali errori è opportuno definire delle linee guida perché l'ausilio degli esperti nominati dal giudice favorisca l'adeguata amministrazione della giustizia e garantisca il monitoraggio della legalità nei contesti giudiziari.

La vittimologia forense opera su diversi livelli con l'obiettivo di:

- a) Creare un filtro contro i casi di inganno, simulazione, erronee ipotesi, di false accuse e di false denunce;
- b) Evitare ogni forma di idealizzazione o demonizzazione della possibile vittima e/o del presunto reo ;
- c) Lavorare al fine di recuperare un bilanciamento scientifico tra l'interesse a tutelare le persone e l'adeguatezza e al validità degli elementi di accusa e di difesa esaminati in sede processuale;
- d) Prevenire casi di errori forensi e giudiziari;
- e) Contribuire a ridurre gli errori di impuni-

tà e dei processi di vittimizzazione ad essi correlati (Gulotta, Curci 2010).

Bibliografia

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Balloni, A. (1989). *Vittime crimine e contesto sociale*. In Balloni A. e Viano E. (a cura di). IV Congresso mondiale di vittimologia. Atti della giornata bolognese. Bologna, Clueb.
- Balconi, M. (2008). *Neuropsicologia della comunicazione*. Milano, Springer.
- Balloni, A. (1989). Vittime, crimine e difesa sociale. In *Vittime e potere*. Vicenza, Ed. del Rezzara.
- Ellenberger, H. F. (1954). Relations psychologiques entre le criminel et la victime, in *Revue Internationale de Criminologie et de la Police Technique*.
- Fattah, E.A. (2000). Victimology: past, present and future: *Criminologie*, 33, 17-44.
- Forst, B. (2004). *Errors of justice: Nature, sources and remedies*. New York: Cambridge University Press.
- Gulotta, G. & Vagaggini, M. (1976). *La vittima*. Milano, Giuffrè.
- Ghiglione, R. & Trognon, A. (1993). *Où va la pragmatique? De la pragmatique à la psychologie sociale*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Gulotta, G. & Vagaggini, M. (1980). *Dalla parte della vittima*. Milano, Giuffrè.
- Gulotta, G. (1982). *I processi di attribuzione nella psicologia interpersonale e sociale*. Milano, Franco Angeli.
- Gulotta, G. & Mamia, L. (2003). *Psicologia turistica*. Milano, Giuffrè.
- Gulotta, G. & Curci, A. (2010). *Mente, Società e diritto*. Milano, Giuffrè
- Mendelsohn B. (1937). In *The Origin of the Doctrine of Victimology*.(1963) *Excerpta Criminologica*.
- Mendelsohn, B. (1978). Victimology and contemporary society's trends. *Victimology*, 1, 8-28.
- Nuvolone, P. (1973). *La vittima nella genesi del diritto*. Indice penale 640- 644.
- Ponti, G., Merzagora Betsos, I. (2008). *Compendio di criminologia*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Zuffranieri, M. & Amistà, E. (2010). La perizia vittimologica in un'ottica pragmatica in Gulotta, G. & Curci, A. (pp.662-689) *Mente, Società e diritto*. Milano, Giuffrè

La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)

Lorenza Maddalena Bracci

Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto.

La MBT è un tipo di trattamento psicoterapico evidence-based, elaborato a partire dal concetto di mentalizzazione.

È stato strutturato per intervenire efficacemente sul disturbo borderline di personalità (BPD), ma ha trovato applicazione anche nel trattamento del trauma relazionale precoce.

Partendo dall'ipotesi che il disturbo borderline poggia le sue basi su un fallimento indotto nello sviluppo delle capacità di mentalizzazione, favorito dalla crescita in un ambiente familiare dove è assente un discorso coerente in tema di stati mentali, il focus d'intervento mira a creare nella relazione terapeutica un sistema d'attaccamento sicuro, all'interno del quale sia possibile esplorare stati mentali propri ed altrui, attraverso un'attenzione congiunta sul processo piuttosto che sul contenuto.

Parole chiave: *attaccamento relazionale precoce, disturbo borderline di personalità (BPD), mentalizzazione.*

Introduzione

La MBT si articola sul concetto di mentalizzazione, cioè la capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali o su quelli degli altri per la spiegazione del comportamento, un atteggiamento assai comune, insito nella natura umana; tale

capacità è innata come il linguaggio, anche se necessita, per il suo sviluppo ottimale, di un ambiente favorevole, e può essere sviluppata a vari livelli.

I bambini imparano a mentalizzare quando sono mentalizzati, cioè quando gli altri hanno in mente la loro mente. La mentalizzazione non si sviluppa in relazioni che trascurano le emozioni. Invece, tale capacità si sviluppa meglio in relazioni sicure e fiduciose, quelle che in letteratura sono chiamate relazioni di attaccamento sicuro. Come per altre abilità, la mentalizzazione si acquisisce attraverso la pratica, e l'apprendimento continua per tutta la vita.

I fallimenti della mentalizzazione possono contribuire a creare seri problemi nelle relazioni. I disturbi psichiatrici, come la depressione e l'abuso di sostanze, possono interferire con questa funzione perché compromettono la capacità di pensiero flessibile, portano ad una visione distorta di sé e minano l'attenzione per le esperienze degli altri.

La mentalizzazione implica la consapevolezza di sé, oltre che degli altri, ma anche uno spostamento di prospettiva che sia in grado di cogliere il punto di vista altrui.

Alcune condizioni sono più favorevoli di altre per lo sviluppo di tale capacità. Il livello di eccitazione emotiva è un fattore importante nel riuscire a mentalizzare in maniera adatta e in ogni momento. Tale abilità necessita di un livello di attivazione emotiva medio, né troppo alto, né troppo basso, perché per una buona mentalizzazione è necessario sentirsi sicuri. Se interviene una sensazione di minaccia, paura o rabbia, sarà più pervasiva la spinta all'auto-protezione piuttosto che l'atteggiamento di apertura e sicurezza tipici della mentalizzazione.

Viceversa un'attivazione emotiva bassa interferirà con tale abilità, stati depressivi o apatici impediranno di essere adeguatamente motivati a farlo, per scarsa energia da investire; o più semplicemente, condizioni di indifferenza daranno luogo a indisponibilità a cogliere una prospettiva differente.

La MBT nel Disturbo Borderline di Personalità

La mentalizzazione è il costrutto principale della Terapia Basata sulla Mentalizzazione ideata da Bateman e Fonagy

nel 1999.

Tale tipo di trattamento fu strutturato per intervenire efficacemente nel trattamento del disturbo Borderline di Personalità. Nella prima formulazione del loro modello di comprensione del disturbo, la priorità viene data ai fattori eziologici, in particolare la centralità del disturbo è assegnata ad un fallimento indotto, connesso al contesto relazionale genitore-bambino che non permette lo sviluppo della mentalizzazione. In questo modello, i fattori considerati da Linehan e altri Autori che si

dello basati sulla ricerca sullo sviluppo prendono in considerazione il ruolo dei fattori genetico-temperamentali, che predisporrebbero il soggetto allo sviluppo della disregolazione affettiva. Secondo la tesi degli Autori, tale caratteristica interagisce in un circolo vizioso con la mentalizzazione compromessa, auto-alimentandosi; inoltre, entrambi questi fattori entrerebbero in un circolo vizioso allargato, dove altro fattore principale è rivestito da un ambiente di attaccamento non mentalizzante.

controllati. Tale tipo di efficacia è stata dimostrata in una prima sperimentazione clinica (Bateman e Fonagy, 1999) in cui è emerso una riduzione significativa dei tempi di ospedalizzazione, dell'uso dei farmaci e dei comportamenti suicidari e autolesivi in un trattamento in regime di day-hospital della durata di 18 mesi. Inoltre, tale modello si è dimostrato efficace anche nel miglioramento della sintomatologia ansiosa, depressiva, del funzionamento sociale ed interpersonale. Ulteriori studi controllati hanno validato l'efficacia del MBT anche nel

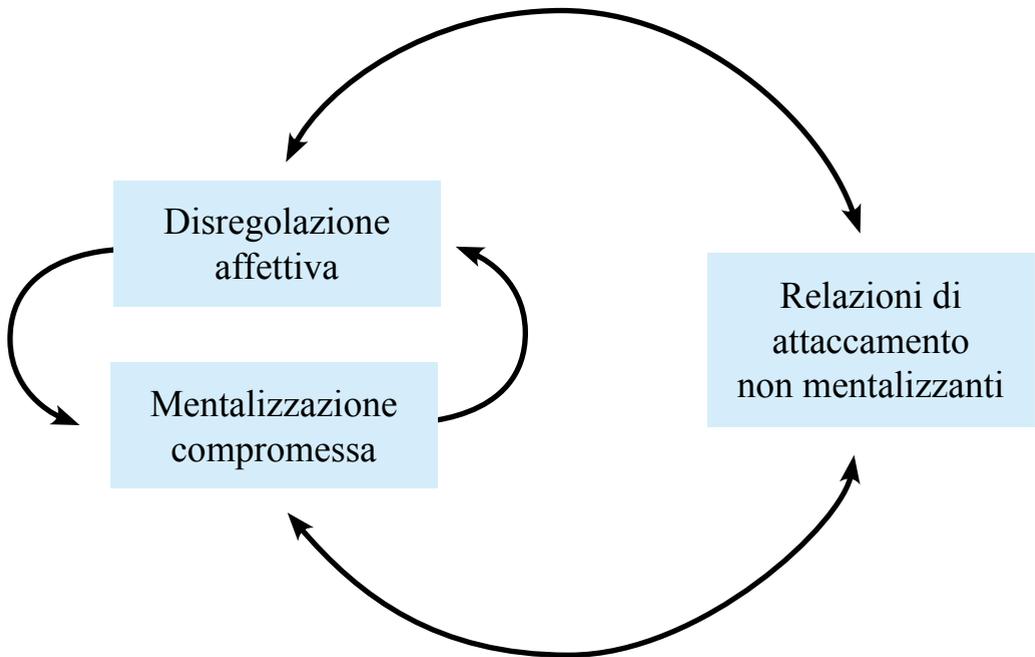


Figura 1 Impatto di un ambiente invalidante. (Tratto da Allen, Fonagy, Bateman, *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Cortina Ed. 2010)

sono occupati del BPD, come la vulnerabilità biologica e la disregolazione emotiva, sono considerati fattori secondari.

Sviluppi successivi del mo-

La MBT è un trattamento evidence-based, cioè un programma terapeutico sistematizzato, la cui efficacia è confermata da trial randomizzati

mantenimento dei risultati raggiunti a distanza di 18 mesi (Bateman e Fonagy, 2001) e a 5 anni (Bateman e Fonagy, 2008).

Gli Autori ritengono che le

persone con BPD abbiano strutture mentali non abbastanza robuste sviluppate in ambienti familiari inadeguati e tali che, nelle crescenti sfide che le esperienze evolutive comportano, non siano sufficienti e si realizzi un crollo catastrofico del funzionamento.

La condizione di maggior gravità nelle interazioni inappropriate genitore-bambino si riscontra nell'esperienza traumatica nelle relazioni d'attaccamento: sebbene numerosi studi collegano l'attaccamento traumatico precoce allo sviluppo di un BPD (Lyons Ruth, 2005), non tutte le ricerche hanno prodotto risultati analoghi. Pertanto ad oggi si ritiene che l'esperienza di un trauma precoce non sia né sufficiente né necessario per lo sviluppo della sintomatologia borderline.

Secondo gli Autori, il fattore centrale nel BPD è lo sviluppo evolutivo del bambino in un ambiente familiare dove è assente un discorso coerente in tema di stati mentali, sia che ciò avvenga in presenza di maltrattamenti in famiglia, sia che vi sia scarso coinvolgimento emotivo genitoriale fino all'invalidazione da parte dei genitori degli stati mentali del figlio.

Se, dunque, il BPD prende piede dalla inadeguatezza delle prime relazioni d'attaccamento significative, e il nucleo del disturbo è dato da un fallimento nella mentalizzazione, allora è evidente come le relazioni interpersonali, soprattutto quelle di vicinanza affettiva, divengano terreno di gravi conflitti. Nelle relazioni affettive

significative tende ad attivarsi il sistema d'attaccamento ma, essendo questo caratterizzato da insicurezza o disorganizzazione, il soggetto tende a prendere le distanze dall'Altro, per l'attivazione del sistema di difesa di attacco o fuga; ma proprio l'attivazione del sistema di difesa tende a rendere il soggetto vulnerabile e bisognoso di protezione, dunque ciò porta una iperattivazione del sistema motivazionale di attaccamento, in un circolo vizioso che si autoalimenta. Inoltre, i fallimenti della mentalizzazione rendono la propria ed altrui mente inaccessibile ad una riflessione e ad una prospettiva alternativa della spiegazione del comportamento in base agli stati mentali.

Ciò che si verifica è l'attivazione e l'uso significativo di modalità prementalizzanti: nella modalità di equivalenza psichica, il soggetto borderline fonde gli stati mentali con la realtà, in modo tale che tutto ciò che è sentito, pensato, desiderato è reale, talvolta in maniera angosciosa; nella modalità di finzione, pensieri e sentimenti possono essere totalmente staccati, fino al punto di perdere di significato; nella modalità teleologica, dove la realtà tangibile è di maggior peso rispetto alle rappresentazioni mentali, i soggetti borderline possono sentire l'esperienza come valida solo se accompagnata da fatti tangibili.

Il risultato è la creazione e il perpetuarsi di relazioni affettive caotiche, dove al contempo sono presenti un atteggiamento di ipercoinvolgimento e di idealizzazione del rapporto affet-

tivo, con un atteggiamento di ipersensibilità verso l'abbandono (percepito) da parte dell'altro, che lascia il soggetto con BPD con un'esperienza emotiva insopportabile ed una percezione di sé come manchevole, impotente, abbandonato, cattivo, fatto male, mostruoso.

La MBT si pone l'obiettivo di implementare e strutturare le capacità residue di mentalizzazione in tali soggetti, ponendosi come base sicura nell'attivazione del sistema d'attaccamento, come una cornice di sostegno e supporto all'interno della quale sia possibile esplorare la propria mente e avanzare ipotesi circa gli stati mentali dell'altro, nella comprensione del comportamento proprio ed altrui.

Nella conduzione della psicoterapia, il terapeuta promuove il processo di attenzione congiunta in cui gli stati mentali in genere sono al centro dell'attenzione condivisa, che ha come risultato l'implementazione della capacità di mentalizzazione e, contemporaneamente, rafforza il senso di sé del paziente.

Il successo della promozione degli interventi di mentalizzazione esplicita sono in rapporto alla promozione da parte del terapeuta di un ruolo attivo del paziente nel proporre ed elaborare spiegazioni alternative dell'esperienza del soggetto stesso.

In tale direzione, l'intervento è volto a svincolare il paziente da modalità prementalizzanti per consentire di passare dalla modalità, ad esempio, dell'equivalenza psichica alla modalità di mentalizzazione, dove la

mente rappresenta il mondo in molti modi diversi.

La MBT nel trattamento dell'attaccamento traumatico

Il trattamento del trauma ha le sue radici nel passato: tramite il linguaggio è stato possibile per un uomo trasmettere ad un altro suo simile l'esperienza delle terribili vicissitudini di cui era stato protagonista o spettatore, ricevendone sostegno e conforto; allo stesso modo le *madri mind-minded* aiutano il loro bambino che ha vissuto un'esperienza terrificante ritrasmettendola e ripristinando un senso di sicurezza.

Il problema diviene evidente nel momento in cui a un soggetto che vive un trauma viene a mancare questo naturale elemento di guarigione, un attaccamento sicuro: un aiuto professionale deve tenere conto delle difficoltà legate alle paure connesse alle relazioni d'attaccamento, a cui si aggiunge una compromissione della capacità di mentalizzazione.

I fattori di stress che possono rivestire un carattere traumatizzante si dipanano lungo un continuum che comprende un ampio spettro di contesti interpersonali.

Su un estremo troviamo gli stress impersonali, dove si situano incidenti e calamità naturali. Nel mezzo trovano spazio situazioni interpersonali di stress scaturiti da comportamenti intenzionali o imprudenti, che comportano un danno per altre persone, come aggressioni, molestie sessuali, combattimenti, terrorismo. All'altro estremo

si situa l'attaccamento traumatico, che comprende tutta una serie di traumi interpersonali che si collocano all'interno di una relazione d'attaccamento, sia in età evolutiva (maltrattamento), sia in età adulta (percosse).

Le differenti tipologie di trauma comportano differenti conseguenze: il trauma interpersonale provoca paura delle persone, mentre l'attaccamento traumatico provoca la paura della vicinanza emotiva.

Condizioni di trascuratezza fisica ed emotiva, di maltrattamento o abuso possono rappresentare un trauma per il bambino e minare la capacità di mentalizzazione, in quanto di fatto comportano una mancata risposta contingente marcata da parte del caregiver, che è alla base dello sviluppo della mentalizzazione, presuppongono cecità mentale (i comportamenti abusanti rappresentano un eccessivo egocentrismo da parte dei perpetratori), possono comportare parziali fallimenti nella mentalizzazione dell'adulto, come nel caso del sadismo, dove la lettura della mente è finalizzata a cogliere lo stato mentale del bambino per provocare dolore psicologico.

Nel Disturbo Post-Traumatico da Stress (DSM-IV-TR, 1994) i due aspetti principali sono rappresentati da i ricordi intrusivi e dalla riattualizzazione del trauma.

Il primo aspetto è caratterizzato da un rivivere il trauma attraverso flashback ed incubi, accompagnato da uno stato di ansia cronica ed ipervigilanza. Le strategie agite al fine di

prevenire l'attivazione degli elementi sopra descritti si avvale di evitamenti di persone e situazioni, ma anche di pensieri connessi al trauma, con l'effetto paradossale di aumentare la probabilità che i pensieri repressi tornino alla mente (effetto orso bianco).

Solitamente, i flashback sono caratterizzati da una qualità dissociativa, dove l'individuo è profondamente distaccato dalla realtà quando rivive il trauma; è evidente la modalità prementalizzante dell'equivalenza psichica, dove la realtà esterna è equiparata agli stati mentali.

Il secondo aspetto, quello della riattualizzazione, rappresenta il fallimento della mentalizzazione per eccellenza: portare il trauma nel presente sostituisce il ricordo. La rivittimizzazione ne è l'esempio più evidente: in presenza di una storia di abuso in età precoce aumenta la probabilità di essere vittima di abuso sessuale in età adulta.

L'obiettivo del MBT è quello di passare da un rivivere il trauma in maniera profondamente dolorosa (equivalenza psichica) e un ricordo doloroso sopportabile (mentalizzazione).

Tale obiettivo è perseguito attraverso l'incremento della capacità di mentalizzazione del paziente promossa dall'atteggiamento mentalizzante del terapeuta, piuttosto che dall'uso di particolari tecniche.

La mentalizzazione riveste questo carattere di contenimento proprio nella misura in cui funge da base sicura sotto forma di relazione di attaccamento e di

regolazione emotiva.

I quattro elementi di contenuto elencati da Allen (2001, 2005) sono:

la conoscenza del trauma e del suo trattamento, fornita ad esempio dalla psicoeducazione;

l'alleanza terapeutica, che fornisce una solida cornice al trattamento con aspettative chiare e concordate rispetto ai ruoli delle due parti;

le relazioni supportive, come esemplificate dall'attaccamento sicuro fornito dal terapeuta;

le strategie di regolazione delle emozioni, che insieme alle strategie di gestione dello stress, rappresentano strumenti utili facilmente fruibili da ogni paziente.

Tuttavia, tale cornice supportiva e l'alleanza terapeutica non sono elementi pre-costituenti del trattamento, bensì sono elementi soggetti a rotture continue e a riparazioni, a causa delle caratteristiche del tipico pattern di attaccamento traumatico di tali pazienti.

Conclusioni

La MBT si delinea come un trattamento innovativo, laddove l'oggetto d'interesse è la dinamica del processo, piuttosto che i contenuti che emergono durante la terapia.

La finalità del trattamento mira a strutturare ed implementare la flessibilità di pensiero, la curiosità verso gli stati mentali, la tolleranza per l'ambiguità, l'atteggiamento di disponibilità a porsi in una prospettiva differente nell'entrare in contatto con pensieri,

emozioni, desideri, credenze, sia propri che altrui.

Inoltre, tale tipo di trattamento appare ben lontano dall'essere sistematizzato in un modello definitivo.

Gli stessi Autori sostengono che si tratta di un campo relativamente nuovo, dove vi è ampio margine di scoperta legata al concetto di mentalizzazione e alla sua applicazione nel lavoro clinico. Ma tale campo inesplorato può rendersi evidente solo grazie ad un'implementazione di ricerca in psicoterapia, in particolare in studi che confrontano le diverse forme di psicoterapia a lungo termine.

Bibliografia

- Allen, J.G., Fonagy, P. (2006), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010
- Bateman, A.W., Fonagy, P., (1999), "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorders: A randomized controlled trial". In *The American Journal of Psychiatry*, 156, pp.1563-1569
- Bateman, A.W., Fonagy, P., (2001), "Treatment of borderline personality disorders with psychoanalytically oriented partial hospitalization: A 18-month follow-up". In *The American Journal of Psychiatry*, 158, pp.36-42
- Bowlby, J. (1973), *Attaccamento e perdita, vol.2*, Tr. it. Borin ghieri, Torino 2000
- Bowlby, J. (1988), *Una base sicu- ra*, Tr. it. Cortina, Milano 1989
- Dimaggio, G., Semerari, A., (2003), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari
- Farber, B.A., "The genesis, development and implication of psychological-mindedness in psychotherapists". In *Psychotherapy*, 22.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.I. (1984), *Psicoterapia interpersonale della depressione*, Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Linehan, M.M. (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2001
- Liotti, G., (2005), *La dimensione interpersonale della coscienza*, II ed., Carocci Roma
- Liotti, G., Farina, B., (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina, Milano.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., "Expanding the concept of unresolved mental state: Hostile/holpless state of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization". In *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- Malle, B.F. (2005), "Three puzzle of mind reading". In Malle, B.F., Hodges, S.D. (a cura di), *Other Minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others*. Guilford, New York.
- Prunetti, E., Mansutti, F. (2013), *La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)*, Franco Angeli, Milano
- Rogers, C.R. (1951), *Terapia basata sul cliente*, Tr. it. La Nuova Italia, Scandicci 1997

Dallo stigma della disabilità alla valorizzazione delle abilità: lo sport come supporto alla riabilitazione

*Giovanna Pontiggia**, *Rosa Scardigno***, *Francesco Morgese****, *Maria Loviglio*****

**Dirigente Psicologo Psicoterapeuta ASL/BA, Segretario Ordine Psicologi Puglia, Professore a Contratto Università degli Studi di Bari, Istituto Skinner e Università Europea di Roma*

***Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi di Bari*

****Psicologo Esperto in Psicodiagnostica e Valutazione Psicologica, Specializzando in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*

*****Psicologa Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*

Riassunto

La pratica sportiva può “modificare” le esperienze e la qualità di vita di malati cronici e disabili. Affinché lo sport possa costituire una “buona pratica” è necessario modificare la rappresentazione collettiva del limite. Al Servizio Sanitario spetta il compito di implementare strategie di intervento “integrate” basate sui principi della “modificabilità” delle condizioni di vita e sociali delle persone. In questo modo le funzioni recuperate possono essere generalizzate ed utilizzate nella quotidianità.

Parole chiave: sport, disabilità, modificabilità

La malattia cronica: al di là dei limiti

La malattia cronica è uno status, una condizione patologica caratterizzata dalla presenza di processi morbosi di lunga durata: sebbene tali processi possano avere una progressiva evoluzione o risultare stazionari, si tratta perlopiù di situazioni stabilizzate, quasi sempre non guaribili, ma compensabili attraverso mirati programmi di intervento. Nei casi di patologia cronica il concetto di “cura” coincide con il “prendersi cura” e, lungi dal coincidere con una mera somma di azioni settoriali, va inteso estensivamente, includendo interventi che permettono una migliore convivenza con la malattia, al fine di ottenere il miglior utilizzo delle funzioni residue o integre della persona.

La definizione riportata lascia intravedere una serie di problematiche che caratterizzano l'esperienza di coloro che, con diverso livello di gravità, convivono con tali patologie: la riduzione delle possibilità di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e la percezione di ridotto controllo personale sulle esperienze e sulle

proprie potenzialità, comportano un'alterazione più o meno severa dei normali ritmi nella vita di tutti i giorni. Di conseguenza, frequente e comune risulta l'alterazione del tono dell'umore, orientato verso stati di ansia, aggressività e depressione, con possibile isolamento sociale e affettivo. Tali vissuti innescano ulteriori problematiche, che hanno a che fare con una più generale difficoltà nella ridefinizione della propria identità come persona “malata”.

A fronte della complessità correlata dello stato di cronicità, l'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità), i documenti di indirizzo sanitario (già a partire del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000), la copiosa letteratura scientifica a riguardo (Zani, e Cicognani, 2000), fondata sui principi della Psicologia della Salute, hanno cercato di approfondire e valorizzare il ruolo delle risorse a disposizione delle persone che si trovano a dover fronteggiare queste particolari situazioni esistenziali. In un importante documento del Consiglio Superiore della Sanità (“Questioni etiche nel Piano sanitario nazionale 1998-2000: le persone affette da patologie croniche” Marzo 1999) concernente l'assistenza alle persone affette da patologia cronica, viene affermato: “La condizione della persona con patologia cronica e i problemi sanitari connessi a tale condizione coinvolgono comportamenti singoli e decisioni pubbliche, valori umani e competenze professionali, [...] occorre accettare i limiti reali e insieme perseguire efficacemente il bene possibile”.

Tra pubblico e privato, tra individuale e collettivo: in tale delicato equilibrio è necessario attuare interventi globali basati su una specifica e atten-

ta programmazione. Invero la malattia cronica si configura in modo diverso dalla malattia acuta: in modo intuitivo e semplificato, è da rilevare che la malattia cronica non è riconducibile al solo meccanismo anatomico-fisio-patologico (Cassel, 1998) perché ha, in questo caso, un impatto a lungo termine sulla vita delle persone affette e dei loro congiunti. Esiti della malattia cronica sono da considerarsi le alternative alla guarigione. Pertanto, il concetto di cura va visto, oltre che estensivamente, con approccio olistico, in modo da includere gli interventi che permettano una migliore convivenza con la disabilità. Alla diagnosi del disturbo va affiancata una valutazione delle funzioni del paziente e delle sue potenzialità, nell'ottica della salute, secondo l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). In questo scenario, che secondo i dati epidemiologici è in crescendo, deve modificarsi l'orientamento sanitario che caratterizza l'organizzazione dei servizi impostati ed improntati prevalentemente sui bisogni e sui modelli operativi determinati dalle patologie acute.



“Integrazione” e inclusione appaiono, dunque, le parole chiave nel lavoro con i malati cronici: in particolare, esse non riguardano solo la necessità di collaborazione tra *caregiver* e figure professionali specializzate, ma dovrebbero connotare tutte le fasi degli interventi da attuare nei contesti in cui il soggetto vive e interagisce.

Per un verso, nell'ambito della cura delle patologie croniche un ruolo insostituibile è svolto, senza dubbio, dalla famiglia e da tutti coloro che, con la presenza e le cure continue, facilitano lo svolgimento della maggior parte delle attività,

volte ai processi di integrazione e inclusione e al miglioramento della qualità della vita.

D'altra parte, negli stati cronici è necessario garantire una presa in carico continuativa ed integrata. Ciò comporta la necessità di non trascurare i bisogni formativi degli operatori dei servizi, affinché essi nel processo di intervento utilizzino l'approccio globale, olistico. Invero, la complessità correlata alla patologia cronica non riguarda solo i pazienti e i loro familiari, bensì anche gli operatori: si tratta di persone che, proprio per la continuità e la complessità del loro compito, sono particolarmente esposte a rischi di stress psico-fisico ed esaurimento emotivo (Andreoni e Marocci, 1997). Pertanto, indispensabile è la presenza di operatori socio-sanitari formati che, grazie alle loro competenze e all'esperienza nel campo sanitario, sociale, assistenziale, educativo, motorio, ecc. possono garantire sostegno in primis ai diretti interessati e, in secondo luogo, ai loro *caregiver*.

Dovrebbe quindi diventare una “prassi”, una “buona prassi”, garantire la continuità assistenziale, nell'ambito dei percorsi riabilitativi personalizzati di tipo sanitario ad alta integrazione sociale. Invece ancora oggi, nella cultura “ospedalocentrica” e “medicalizzata”, una larga parte della riabilitazione viene considerata di pertinenza non dell'assistenza sanitaria (secondo l'approccio olistico) bensì dell'assistenza sociale (Pagliaro e Martino, 2003). L'OMS raccomanda e sostiene l'integrazione degli interventi che, solo se messi in atto da più attori, ognuno con la sua specificità, in modo sistemico, possono integrare le diverse dimensioni della disabilità in un approccio bio-psico-sociale.

“Integrazione” vuol dire includere nel percorso di cura anche l'ambito relazionale ed emozionale e considerarlo come strettamente congiunto a quello funzionale, cognitivo, sociale per rinforzare e arricchire le capacità di adattamento e resilienza individuali con le risorse familiari, facilitando una sana e positiva “educazione alla malattia” che vada al di là della mera accettazione della stessa. L'indirizzo di promozione della salute è coerente con quanto previsto dal Piano Sanitario, nell'obiettivo I, già dal 1998 “Promuo-

vere comportamenti e stili di vita per la salute”. In quest’ottica vi è corresponsabilità e partnership fra i vari protagonisti: operatori del Servizio Sanitario, operatori sociali, operatori culturali, terzo settore, soggetto e famiglia. Ma oggi, nonostante il notevole lasso di tempo, tale cultura deve ancora essere acquisita e consolidata per ispirare realmente gli interventi sulle patologie croniche e l’organizzazione dei servizi.

Strettamente connesse con la dimensione culturale e formativa illustrata e con la reale attenzione agli aspetti ecologici, sono le misure politiche e di programmazione ed il bisogno di mettere in atto una concreta collaborazione tra i diversi organi istituzionali al fine di costruire, determinare la formazione di modelli di comportamento e strutture efficaci sul piano della salute.

Tra gli approcci più attuali che si occupano delle possibilità di intervento multidimensionale sulla malattia cronica, si impone, all’attenzione degli addetti ai lavori, l’attività sportiva. Tale strada appare un importante step nel trattamento integrato e rispettoso delle potenzialità, per facilitare la costruzione e la diffusione di una “prospettiva”, a livello socio-sanitario, ispirata ai principi illustrati. Di fatti, la malattia cronica e la disabilità, pur essendo presenti nella popolazione in maniera significativa, non sono sempre affrontate secondo tale orientamento.

Concetti quali la bellezza – che si ritrova già nella filosofia con Aristotele, Platone, Kant, ma anche nella letteratura del Romanticismo, nell’arte, ad esempio con Leonardo Da Vinci, e negli insegnamenti religiosi con virtù e divinità –, l’esaltazione dei canoni estetici, della salute e delle prestazioni fisiche si pongono in contrasto con la caducità e la precarietà di un corpo malato e sofferente, in una società del benessere che pone un primo piano i valori della immagine estetica, della riuscita, della competizione e dell’autorealizzazione, oscurando, così, il potenziale di ogni essere umano.

Sport e disabilità: un binomio possibile?

Nell’immaginario comune, il concetto di disabilità cronica viene associato alla “malattia”, e dunque a ciò che è limitato, perso, trascurando l’accezione di “salute” come stato possibile, al di

là del limite. Agli antipodi, lo Sport invece è ritenuto espressione di vitalità, benessere e “forma fisica”. Di fronte a tali semplificazioni cognitive, è ovvio che, per i più, l’accostamento delle parole ‘disabilità’ e ‘sport’ è ben lontano dal rappresentare una realtà possibile.

Eppure lo sport, nelle sue diverse componenti e possibilità, rappresenta un indiscutibile mezzo di integrazione psico-sociale che riguarda tutti gli individui, a patto di considerare e mettere in primo piano l’uomo con le sue diverse potenzialità: a fianco delle classiche aree di studio e di intervento – la sfera cognitiva, emotiva e sociale –, l’area corporea dovrebbe assumere maggiore rilevanza in una prospettiva che cerchi di valorizzare l’integrità psicofisica e il benessere.

In particolare, può avere un alto valore educativo e di valorizzazione personale per il disabile, venendo incontro alle difficoltà di definizione o ridefinizione della sua identità e favorendo le occasioni di integrazione sociale. Lo sport è un’attività che garantisce preziose forme di socializzazione, inedite modalità di sperimentare autonomia personale e di gestione produttiva del tempo, nell’ottica di una crescita individuale non vincolata alle limitazioni a cui la persona con malattia cronica sente di essere “condannata”.

Al di là di tali vantaggi generali, si individuano una serie di potenziali aree di sviluppo derivanti dallo svolgimento dell’attività sportiva da parte del disabile.

Un primo ed intuitivo settore di potenziamento concerne l’ambito *fisico*. A seconda delle prestazioni specifiche previste dalla diverse attività connesse al tipo di sport praticato, in generale esso rappresenta un ottimo strumento di riabilitazione. L’aumento della resistenza fisica, il miglioramento delle capacità di equilibrio e il potenziamento della muscolatura rappresentano solo alcuni dei fattori benefici che il disabile può sperimentare. Tra l’altro, la sua motivazione viene rinforzata dalla finalizzazione delle attività: la persona si sente impegnata in esercizi e compiti che, se eseguiti senza una meta, risulterebbero noiosi e ripetitivi.

Un secondo ambito di sviluppo è quello più squisitamente *psicologico*: tra i molteplici gioventi esperibili, la pratica sportiva facilita l’acquisizione o il potenziamento di spazi di autonomia

personale e lo sviluppo di forme di pensiero positivo che consentono di vincere alcuni dei propri limiti. La possibilità di far emergere o di riabilitare le proprie capacità, “offuscate” dalla percezione di sé come malato, consente una più adeguata fiducia in sé. Di conseguenza, con la pratica sportiva, viene innescato un circuito positivo che vede nell’attività sportiva un ambito di potenziamento della propria autostima – compromessa a causa dei fattori già descritti –, oltre a rappresentare un possibile strumento di realizzazione personale e di “riscatto” nei confronti dell’eventuale percezione di sé come persona “diversa” (Federazione Italiana Sport Handicappati, 1984).

In un’ottica più ancorata alla dimensione *sociale* del disabile, i benefici sperimentabili grazie all’attività sportiva sono altrettanto validi. In primo luogo, svolgere tali attività comporta la possibilità di uscire da una situazione di isolamento, facilitando occasioni di incontro e di socializzazione, con lo stabilirsi di nuove relazioni e la conoscenza di realtà affini o più lontane dalla propria. Lo scambio di vissuti ed esperienze di vita costituisce un motivo di sperimentazione di comunicazione interpersonale e collaborazione attiva non solo da parte dei disabili, ma anche dei *caregiver*. Ciò significa che tutti i protagonisti della situazione di malattia cronica possono risentire dei benefici effetti della condivisione sociale delle attività e delle emozioni positive (Rimé, 2008) che esse stimolano e fanno sì che vengano vissute attivamente.

Inoltre, l’allenamento e lo svolgimento delle attività sportive costituiscono un’occasione di incontro e scambio con i normodotati al di là dei luoghi vissuti abitualmente, domicilio, spazi istituzionali o luoghi di cura. D’altra parte, tale confronto rinnova l’importanza del senso dell’acquisizione e del rispetto delle norme e delle regole condivise vigenti nei diversi sistemi sociali, dimensione che potrebbe risultare “allentata” a causa dell’isolamento e della conseguente alterazione delle routine della vita quotidiana a cui sono inevitabilmente costretti, oppure a causa di forme diverse di coinvolgimento nei luoghi di vita, con il pretesto del limite.

A livello individuale, la possibilità di integrazione resa possibile dallo sport facilita il riconoscimento del sé come persona attiva e pone

preziosi tasselli per il rafforzamento dell’identità del disabile non solo per se stesso, ma anche nel contesto sociale, con l’intento generale di abbattere gli stereotipi vigenti nell’opinione pubblica e nella collettività.

In una prospettiva più olistica e in relazione alle peculiarità dei disabili, l’attività sportiva, soprattutto se svolta a livello agonistico, comporta una serie di vantaggi: in primo luogo, la possibilità di esprimere in forma socialmente accettata, in quanto ritualizzata e contestualizzata, quelle forme “positive” di “aggressività”, necessarie per affermare se stessi in un ambiente competitivo. Lo sport agonistico, sia se praticato a livello individuale che in squadra, consente di sperimentare il confronto con gli avversari e la possibilità di rivaleggiare per vincere, sempre nel rispetto delle regole e delle istituzioni. La partecipazione alle gare o alle partite, che hanno un esito definito, può facilitare l’accettazione della sconfitta e una più adeguata gestione della rabbia che potrebbe derivare dalla frustrazione, senza lasciarsi sopraffare dai vissuti negativi. I vantaggi illustrati sono accompagnati dai benefici legati all’esercizio, agli allenamenti, agli sforzi per apprendere e migliorare i gesti tecnici, non solo fini a se stessi, ma in funzione di obiettivi di crescita globale (come riuscire nel gioco e nello svolgimento di compiti scolastici, ecc.). Tutti concorrono pertanto allo sviluppo di forme più adeguate di autodisciplina, di autoregolazione e di autostima.

Lo sport come supporto alla riabilitazione

In virtù di tali benefiche prospettive, nell’ambiente riabilitativo la pratica dello sport viene accolta come un mezzo terapeutico integrativo rispetto ai più tradizionali strumenti e tecniche a disposizione delle strutture socio-sanitarie, per facilitare l’inserimento del disabile in un ambiente “diverso” rispetto alle classiche strutture riabilitative. Non si tratta semplicemente di un diverso setting fisico, ma di un “contesto” che tiene anche conto delle rappresentazioni sociali, delle immagini sociali diffuse e delle missioni aziendali. Da questo punto di vista, mentre nell’ambito terapeutico ci si occupa della “dis-abilità”, il training sportivo si focalizza e valorizza le “abilità” delle persone. Lo sport è una delle attività in cui non



è importante il ceto sociale, l'etnia o la religione di appartenenza: spogliandosi di ogni differenza, quello che conta è lo status di "atleta" che accomuna tutti coloro che prendono parte alle attività sportive. Nella nuova condizione, quella di "atleta", il disabile migliora la conoscenza del proprio corpo, acquisisce maggiore consapevolezza dello spazio e del tempo, potenzia l'equilibrio e la coordinazione neuro-motoria. Tali fattori operano di concerto per un globale miglioramento dell'individuo.

Questo significa che, di fronte alle difficoltà e alle sfide poste dalla malattia cronica e dalla disabilità, il mondo sanitario è chiamato ad un rovesciamento di prospettiva. Contestualizzando il lavoro sportivo in un processo di rinnovamento fondato sulle nuove prospettive del mondo sanitario, sulle moderne concezioni dell'intervento riabilitativo, sui principi della psicologia positiva (Seligman, 2002) e della psicologia della salute (Zani *et al.*, 2000) e valorizzando la dimensione educativa nella riabilitazione, la responsabilità del mondo sanitario è di porsi al servizio del progetto globale, del progetto di vita e dei bisogni della persona, impostando interventi che garantiscano la continuità tra la storia del soggetto e le sue potenzialità di sviluppo. Questo significa, in primo luogo, non escludere i fattori contestuali, che rappresentano l'intero background dell'esistenza del soggetto disabile, e che presentano interazioni dinamiche dagli esiti non sempre prevedibili. Questa consapevolezza di base non deve essere mai abbandonata in quanto, in accordo con la prospettiva sistemica (Andolfi e Piccone, 1985), gli interventi attuati anche su un solo livello potrebbero modificare le altre aree ad esso correlate.

I programmi di intervento attuati dai servizi socio-sanitari devono procedere nell'ottica della "modificabilità": dato che ogni essere umano è un "sistema aperto", la modificazione attiva di alcuni elementi della vita del paziente possono consentire l'accesso a livelli di vita più evoluti. Se la "modificabilità" rappresenta una componente essenziale dei soggetti con disabilità, nondimeno tale qualità deve essere implementata anche nella professionalità dei caregiver, siano essi genitori, insegnanti, operatori sanitari, sociali o sportivi. La stessa società e le istituzioni, in quanto composte da individui, sono modificabili e, nel caso di inadeguatezza rispetto alle richieste dell'utenza, devono essere pronte al cambiamento per evolversi. Questa cultura, che tenta di scardinare approcci improntati sulla staticità a vantaggio della fiducia in una "possibile evoluzione" della cronicità, dovrebbe ispirare i programmi di intervento a tutti i livelli.

Dalle "buone pratiche" ai primi passi verso approcci "integrati"

Dando un rapido sguardo all'ambito legislativo, il nomenclatore tariffario (D.M. 22/7/96) ha previsto la contabilizzazione delle prestazioni in ambito sanitario, relative a interventi di breve durata, basata peraltro su protocolli ben definiti, ma poco flessibili e non in relazione alla presa in carico. La visione settoriale della formula prescrittiva prevista da detto D.M. contrasta con l'ottica olistica ed integrata, indispensabile nel trattamento della disabilità cronico-estensiva. A tal proposito, il decreto dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) – D.P.C.M. 29/11/2001 – ha fornito una risposta congrua ed adeguata ai bisogni dei malati cronici, fornendo possibilità di intervento nei tempi ottimali. In linea con il rinnovamento culturale in atto, i Livelli Essenziali di Assistenza sottolineano l'essenzialità delle fasi evolutive delle diverse condizioni patologiche, in base alle quali prevedere le modalità più appropriate di intervento dovute al soggetto e che il Servizio Sanitario Nazionale deve erogare o direttamente o attraverso strutture private accreditate.

Nel Sistema Sanitario è sempre più frequente il ricorso all'espressione "buone pratiche", con

le quali si intende ogni iniziativa di successo volta ad innescare circuiti di intervento positivi, migliorando l'economicità e l'accessibilità delle strutture sanitarie. Tali iniziative possono essere poste in relazione alle modalità di conduzione e gestione di servizi e/o alle modalità di comunicazione finalizzate alla promozione delle forme di partecipazione.

Una "buona pratica" dovrebbe essere caratterizzata da 5 requisiti:

1. misurabilità (quantificazione dell'impatto dell'intervento);
2. innovatività (produzione di soluzioni nuove a tutela degli utenti);
3. riproducibilità (applicabilità delle procedure in situazioni diverse rispetto a quella sperimentata);
4. valore aggiunto (impatto positivo dell'intervento sui diritti degli utenti);
5. sostenibilità (attitudine a fondarsi su risorse esistenti o possibilità di generare nuove risorse).

Tradurre in pratica tali concetti teorici e contestualizzarli nell'ambito dello sport e disabilità, implica che gli operatori a vario titolo (incluso sanitari, professioni socio-assistenziali, volontari, familiari), consapevoli della complessità degli interventi da affrontare, facciano leva sulla percezione dei punti di forza e sulla parte attiva del soggetto disabile, spostando il baricentro dell'intervento fuori dai servizi, "dentro" le vite delle persone, e quindi nei loro contesti reali. In tale direzione, gli operatori hanno la responsabilità etica e professionale di porsi come "catalizzatori" e mediatori nell'incontro tra culture: quella "incondizionata" del soggetto disabile e quella "tecnica" degli operatori. A questi principi risponde molto bene la pratica sportiva, trattandosi di un intervento che integra, ma nello stesso tempo arricchisce e consolida, i progressi posti in essere dalle terapie classiche.

Sebbene tutto possa sembrare ancora non prossimo alla fattibilità e all'implementazione concreta di tali "buone pratiche", qualcosa negli ultimi anni sembra muoversi ed è stato attuato. I primi passi verso tali ambiziosi obiettivi rappresentano un indiscutibile segno delle potenzialità, da parte di nuove forme culturali, di prendere piede nel territorio (anche a livello locale), grazie alla profes-

sionalità e all'entusiasmo degli operatori e grazie all'unione di intenti garantita dalla collaborazione tra istituzioni, associazioni, famiglie di persone disabili. Si è dato corpo così, concretamente, a quel modello di "rete" tanto sollecitato da più fonti scientifiche, legislative, propagandistiche, ecc. Le prime esperienze possono essere recuperate in azioni documentate.

Il M.I.U.R. (Ministero Istruzione Università Ricerca) – area Coordinamento per l'Educazione Motoria, Fisica e Sportiva – ha convocato nel febbraio 2004 i dirigenti scolastici, i sindaci, la referente regionale CSA per l'Handicap, i responsabili delle diverse AUSL settore Handicap, il presidente C.O.N.I. regionale e provinciale, i presidenti provinciali Fidal-Fin-Fip-Fiso, proponendo i "*Giochi Sportivi Studenteschi 2003/2004, attività sportiva scolastica per alunni disabili*". L'ex AUSL Ba/5 ha partecipato nella persona della dott.ssa Giovanna Pontiggia (in quegli anni Dirigente del Servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione Territoriale), coadiuvata dalla dott.ssa Beatrice Sabatelli (tirocinante, laureata in psicologia). Grazie all'integrazione delle diverse figure professionali intervenute, l'occasione si è rivelata molto importante per sensibilizzare e informare sull'importanza e necessità dello sport per tutti. Si è sviluppata, così, una capillare azione di informazione e sensibilizzazione su tutto il territorio della ex ASL BA/5 promossa dalle dottoresse.

La Direzione del Servizio di Riabilitazione Territoriale, rinforzato dall'entusiasmo emerso durante l'iniziativa da parte dei diversi partecipanti, ha proseguito nei contatti con il Presidente della FISD (Federazione Italiana Sport Disabili) e il Coordinatore Regionale di Educazione Fisica presso il CSA, pianificando un programma di sensibilizzazione e informazione sullo sport per i disabili. Un'ulteriore evoluzione nel progetto è avvenuta invitando, in più sedute, le varie Associazioni presenti sul Territorio, sensibili al tema della disabilità, per portarle a conoscenza dell'attività sportiva per i disabili. Nel prosieguo, la Direzione del Servizio di Riabilitazione Territoriale si è fatta promotrice e promulgatrice (nei centri di Riabilitazione della ex Ausl Ba/5, e alle Associazioni) di tutte le iniziative/manifestazioni/gare programmate dalla FISD e dal Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca. In queste mani-

festazioni hanno trovato spazio attivo alcuni pazienti del servizio di Riabilitazione della ex ASL BA/5. L'iniziativa è stata oggetto di attenzione e premiata dal M.I.U.R.

In seguito, l'associazione ARPUH di Locorotondo, proseguendo la collaborazione con la Struttura Territoriale di Riabilitazione AUSL BA/5, ha avviato per il secondo anno sociale (2005/2006) un programma sportivo che si articolava in due attività fondamentali: "Sphera", per lo sport in acqua, e alcuni eventi sportivi di atletica leggera. Tra l'altro, si è implementata la partecipazione di due volontari e di un disabile motorio al corso di formazione per tecnico di atletica leggera C.I.P. Partner di tale progetto è stata la GIO-MOVI Scuola Primaria C.S.A. Bari. Il valore di tali attività viene testimoniato dalla stipula di accordo di programma da parte delle parti coinvolte (ARPUH – AUSL BA/5).

Gli atleti hanno anche partecipato alle gare in occasione delle Paraolimpiadi.

Considerazioni conclusive

Perché lo sport possa costituire una "buona pratica" e garantire possibilità di miglioramento e potenziamento delle ridotte possibilità fisiche, psicologiche e sociali degli individui che convivono con la malattia cronica, è necessario un radicale rinnovamento che parta dalla modificata rappresentazione collettiva del limite. Superando un'attitudine che crea barriere, talvolta insormontabili, tra normodotati e disabili, essa può porsi come promotrice di una nuova mentalità che raggiunga il Servizio Sanitario nei principi ispiratori e programmatici. A quest'ultimo spetta il compito di facilitare l'abbattimento di queste barriere e implementare strategie di intervento "integrate" basate sui principi della "modificabilità" delle condizioni di persone con patologie anche gravi.

Se lo sport è una delle attività che può nobilitare il corpo e la mente dell'uomo, può indubbiamente rinvigorire e "modificare" le esperienze di vita di malati cronici e disabili. Questo può considerarsi un "vero" obiettivo riabilitativo. Così la riabilitazione non inizia e finisce nei pochi e, oggi più che mai, ridotti contatti con le strutture, ma raggiunge il suo vero scopo, quello di "recuperare" funzioni che devono essere generalizzate ed utilizzate nella

quotidianità. In tal modo la riabilitazione diventa il vero ponte per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità.

In tale ottica, le esperienze presentate, seppur in forma estremamente sintetica, costituiscono delle "Buone prassi" e delle esemplificazioni della possibilità di agire concretamente in tale direzione. Non sono solo i principi teorici a dover guidare ed orientare gli interventi degli operatori, ma le richieste, le necessità e i bisogni degli utenti, nel rispetto e nella valorizzazione delle loro risorse, che dovrebbero trovare concreta risposta nelle azioni messe in atto.

Bibliografia

- Andolfi, M. & Piccone, D. (1985). *La Formazione Relazionale*, Roma: Edizioni I.T.F.
- Andreoni, P.E. & Marocci, G. (1997). *Sicurezza e benessere nel lavoro*, Roma: Edizioni Psicologia.
- Cassel, E.J. (1998). "The future of the doctor-payer-patient relationship", in *Journal of American Geriatrics Society*, 46: 318-321.
- Federazione Italiana Sport Handicappati (1984). *Lo Sport come psicoterapia negli handicap*, Roma: Coni.
- Pagliaro, G. & Martino, E. (2003). *Il tao della salute. Il modello olistico in psicologia*, Domeneghini: Editore UPSEL
- Rimé, B. (2008). *La dimensione sociale delle emozioni*, Bologna: Il Mulino.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*, Ediciones B.
- Zani, B. & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*, Bologna: Il Mulino.

Riferimenti normativi essenziali

- Consiglio Superiore di Sanità, (1999) Questioni etiche nel Piano sanitario nazionale 1998-2000: le persone affette da patologie croniche, Ministero della Sanità, Roma.
- Decreto Ministeriale del 22 Luglio 1996, Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe, in G.U. Serie Generale n. 216 del 14 settembre 1996
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 Novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, in G.U. 8 febbraio 2002, n.33
- Decreto del Presidente della Repubblica del 23 Luglio 1998, Approvazione Del Piano Sanitario Nazionale Per Il Triennio 1998-2000, in G.U. Serie Generale N. 288 del 10 dicembre 1998.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1986) Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, Ginevra

Quando l'emergenza colpisce i bambini "la farfalla scaccia paura...."

Intervento psicologico nel crollo della Scuola Primaria "Pessina" di Ostuni

Barbara Palaia* - Laura Corvaglia**

*Psicologo, Psicoterapeuta, Sipem Sos Puglia, Practitioner EMDR (Brindisi)

**Psicologo, Psicoterapeuta Sipem Sos Puglia, Practitioner EMDR (Lecce)

Riassunto

L'articolo presenta l'intervento di psicologia dell'emergenza effettuato presso la Scuola Primaria "Pessina" di Ostuni (Brindisi) a seguito dell'evento critico occorso lo scorso 13 aprile; alla presenza degli alunni in classe, il tetto della stessa è crollato ferendo due bambini e un insegnante e provocando paura in tutta la popolazione scolastica. Il Comune di Ostuni ha richiesto l'intervento dell'Ordine degli Psicologi Puglia che, in collaborazione con Sipem SOS Puglia, ha predisposto un intervento al fine di ridurre l'impatto psicologico dell'accaduto, riducendo le normali reazioni da stress traumatico e allo scopo di mettere i bambini, i docenti e i genitori nella condizione di riprendere le attività quotidiane e di riassetare l'equilibrio psicologico di tutti i soggetti coinvolti.

servizi inviati il 13 aprile 2015 dalle reti tv nazionali. La notizia così comunicata è stata recepita da chiunque fosse dietro gli schermi, compresi genitori, parenti, vicini, amici dei bambini, dei docenti e di tutto il personale scolastico coinvolto, generando il panico e uno stato di sconvolgimento generale, attivando tutte le reazioni psicologiche tipiche di fronte ad un evento critico di tale entità, creando sentimenti di paura e impotenza.

Parole chiave: trauma - psicologia emergenza - EMDR

Premessa

"Crollo della scuola Pessina a Ostuni... il soffitto all'improvviso cede con gli alunni che si ritrovano sotto le macerie: bilancio 2 bambini feriti e una maestra in ospedale..." questa la notizia in prima pagina dei



servizi inviati il 13 aprile 2015 dalle reti tv nazionali.

La notizia così comunicata è stata recepita da chiunque fosse dietro gli schermi, compresi genitori, parenti, vicini, amici dei bambini, dei docenti e di tutto il personale scolastico coinvolto, generando il panico e uno stato di sconvolgimento generale, attivando tutte le reazioni psicologiche tipiche di fronte ad un evento critico di tale entità, creando sentimenti di paura e impotenza.

In seguito all'evento, il Comune di Ostuni ha richiesto l'intervento dell'Ordine degli Psicologi Puglia che, in collaborazione con Sipem SOS Puglia, ci ha contattati in quanto psicoterapeuti EMDR attivi sul territorio, ad intervenire al fine di ridurre l'impatto psicologico

dell'accaduto, riducendo le normali reazioni da stress traumatico e allo scopo di mettere i bambini, i docenti e i genitori nella condizione di riprendere le attività quotidiane e di riassetare l'equilibrio psicologico di tutti i soggetti coinvolti. Quindi il nostro obiettivo è stato quello di

fornire un supporto psicologico a tutta la popolazione direttamente o indirettamente colpita dall'evento traumatico, riducendo il più possibile la probabilità dello sviluppo di un PTSD.

Intervenire in un contesto di emergenza, è un'operazione estremamente delicata, che va programmata attentamente, al fine di evitare ulteriori problemi o addirittura incappare in situazioni di pericolo per sé e/o per gli altri.

Proprio per questo è stato necessario avere ben chiare alcune dimensioni:

- *Temporale:* Quando si interviene?
- *Spaziale:* Dove si interviene?
- *Destinatari:* Chi necessita di un intervento?

- *Modalità*: Come si interviene?
- *Finalità*: Perché si interviene?

La psicologia dell'emergenza interviene l'ha dove si verifica quello che viene definito evento critico, vale a dire qualsiasi situazione potenzialmente in grado di sconvolgere il senso di vulnerabilità e/o di controllo di una persona (Roger Solomon, Ph.D.) e che esula dall'ambito delle esperienze abituali, sfida le capacità di reazione di una persona ed è potenzialmente in grado di sconvolgere i suoi meccanismi psicologici abituali (Jeff Mitchell, Ph. D.). La traumaticità di un evento è una funzione delle caratteristiche dell'evento stesso più la predisposizione individuale.

Ancora più articolata è la situazione quando l'evento critico coinvolge i bambini, poiché maggiore è la vulnerabilità e maggiori le variabili coinvolte nella rielaborazione del trauma stesso.

Intervento

In collaborazione con la dirigenza scolastica, è stato possibile intervenire entro 7 giorni dall'evento ed è stato articolato come segue:

FASE I

Intervento sugli insegnanti

Debriefing per lo stress da incidenti critici (CISD) Psicoeducazione sulle reazioni da stress e Gestione della classe dopo un incidente critico.

Il Debriefing è un incontro strutturato da attuare in un grup-

po di individui, esposti ad un evento critico in maniera diretta o indiretta. A livello cognitivo permette ad ogni membro del gruppo di descrivere, a titolo individuale, ciò che è accaduto, facendosi un quadro completo della situazione. Permette di esternare e confrontare i propri pensieri, emozioni e ricordi disturbanti in modo da comprenderli e normalizzarli. ciò facilita il raggiungimento della consapevolezza che anche gli altri hanno sviluppato reazioni simili, rendendo più facile l'integrazione dell'evento critico nel proprio vissuto personale.

In questa fase il lavoro si è articolato con:

- Gruppo di insegnanti della classe in cui è avvenuto il crollo;
- Gruppo di insegnanti delle altre classi.

Attenzione è stata data al rafforzamento negli insegnanti di strategie di coping per gestire le reazioni dei bambini al rientro a scuola.

Intervento con i genitori

Psicoeducazione sulle reazioni da stress e gestione delle stesse. Raccolta del consenso informato.

Si è lavorato con:

- Gruppo di genitori dei bambini della classe II elementare in cui si è verificato l'evento.
- Gruppo di genitori dei bambini delle altre classi.

I gruppi, sia degli insegnanti (40 circa) che dei genitori (50 circa), sono stati così suddivisi in modo da potere rendere

più mirato il lavoro in base al coinvolgimento diretto o meno nell'evento critico.

In questa fase, si è registrata anche la presenza di sintomi da stress osservati nei bambini da parte dei genitori, nei giorni successivi al crollo del soffitto, ciò ha fatto emergere la presenza di comportamenti regressivi, difficoltà a staccarsi dalle figure di riferimento, scoppi di ira incontrollata, disturbi del sonno, mancanza di appetito.

Il Debriefing è stato accompagnato da un'approfondita psicoeducazione sulle reazioni da stress innescate dall'evento critico e sulle linee guida psicologiche da seguire per sostenere le reazioni da stress dei bambini stessi.

Gli incontri durati 2 ore e mezzo ciascuno, si sono conclusi con l'installazione del POSTO AL SICURO, allo scopo di fornire uno strumento adeguato per abbassare il livello di tensione.

FASE II.

Intervento sui bambini

I 12 bambini della II classe coinvolti nell'incidente sono stati incontrati in una ludoteca comunale della città, in cui è stato predisposto l'ambiente confacente alle esigenze dei bambini e del lavoro che avremmo dovuto svolgere.

Dopo una prima fase di conoscenza in cui sono stati esplicitati gli obiettivi dell'incontro con un linguaggio adeguato all'età dei bambini stessi, si è proceduto con l'installazione del posto al sicuro con l'abbraccio della farfalla, per poi applica-

re il protocollo specifico per l'EMDR di gruppo (*Integrative Group Protocol-IGTP* di Jarero e Artigas, 2000) attraverso l'uso del disegno.

Come suggerisce la letteratura la scelta dell'applicazione dell'EMDR di gruppo in post-emergenza risponde a diverse ragioni: raggiunge un numero di persone ottimizzando i tempi e le risorse, attiva e valorizza nei gruppi omogenei e preesistenti una resilienza gruppale, favorisce la risoluzione del trauma e funge da screening per necessità di percorsi individuali.

Durante il lavoro sono emerse le emozioni legate (soprattutto paura) all'evento e si è assistito ad un abbassamento del disturbo (valutato sulla scala SUD) per la maggior parte dei bambini con l'emergere di un maggior senso di sicurezza e pensieri positivi riferiti soprattutto al fatto che *"tutti stiamo bene"* e i bambini feriti *"sono guariti e stanno bene"*. Riportiamo un'affermazione di una bambina che riferendosi alla tecnica dell'abbraccio della farfalla usata come stimolazione bilaterale alternata nel corso della procedura EMDR, ha riferito *"Questa farfalla scaccia via tutti i brutti pensieri... tutta la paura"*.

Inoltre, questa procedura ci ha consentito di prevedere per alcuni bambini (tre) maggiormente coinvolti dall'evento (due rimasti feriti) un intervento individuale di 2 sedute, attivato nelle settimane successive. In contemporanea a questo intervento i genitori di un bambino ferito hanno valutato, fin da subito, l'opportunità di farlo seguire da un collega psicolo-

go sul territorio. Gli interventi effettuati si sono integrati con la presa in carico individuale del bambino, in accordo con la collega, poiché rappresentavano un punto di forza nell'aiutare il bambino e la famiglia.

A distanza di circa un mese è stato effettuato un nuovo monitoraggio ed è emerso che tutti i bambini, tranne uno, avevano avuto una remissione completa dei sintomi. Il bambino che ancora mostrava disagio, in particolare segni di iperarousal, è stato inviato e preso in carico dal Servizio Sanitario territoriale (NIAT).

Abbiamo, inoltre previsto un follow up a Settembre, prima della ripresa delle lezioni.

Conclusioni

La protezione dei bambini dagli eventi traumatici rappresenta una priorità fondamentale, per l'intero sistema sociale. I bambini non recuperano dal trauma senza intervento, non vi è remissione senza trattamento. Bambini sani, in grado di sviluppare buone capacità di resilienza e di rielaborare degli eventi di questa portata, saranno adulti forti, responsivi e stabili, con ricadute non indifferenti sul sistema sociale ed economico. Intervenire altresì, su tutte le figure che ruotano intorno ai bambini, consente di ottenere tutto questo.

Ci ritroviamo a riconoscere un'altra volta l'importanza e la potente efficacia di uno strumento come l'EMDR e della sua validità nell'alleviare velocemente uno stato di sofferenza, che altrimenti si sarebbe protrat-

to sicuramente più a lungo, sia per i bambini che per gli adulti.

Il lavoro svolto rappresenta un'ottima e efficace integrazione delle strategie classiche di psicologia dell'emergenza e della metodologia EMDR, dimostrando un potenziamento degli effetti prodotti nella stabilizzazione, normalizzazione e stimolazione del naturale processo di auto guarigione del cervello di fronte a eventi critici a impatto traumatico.

Sarebbe ambizioso, ma importante che diventasse una metodologia da utilizzare da default in certe circostanze e ci auspichiamo che ciò accada, attraverso la diffusione e la conoscenza dell'EMDR, verso una sempre più ampia cerchia di popolazione e di specialisti del settore.

Bibliografia

- Jarero, A. (2000). *Integrative Group Protocol-IGT*. In Applicazione dell'EMDR nella gestione delle crisi e in contesti di emergenza. Seminario Associazione EMDR Italia, Milano 2014.
- Maslovaric, G. (2014). *Psicologia del disastri e delle emergenze*. Seminario Milano
- Mitchel, J., & Everly, G. (1996). *Critical Incident Stress Management: a new era and standard of care in crisis intervention*. Chevron Publishing Corporation: Ellicott City.
- Pozzetti, G., Brgonzini E., et al. (2015). *Il terremoto dell'Emilia: studio e intervento sulle reazioni da stress in fase acuta. Il ruolo dell'EMDR*. Link 2015:1.
- Shapiro, F. (2000). *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*. McGraw Hill.Milano.

Psicoterapia e psicosi: una esperienza di laboratorio grupppale in un CSM

Rosario Puglisi

Dirigente psicologo psicoterapeuta DSM ASL/Lecce Psicologica clinica CSM Casarano (Lecce) Psicologo analista CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica) Istituto per l'Italia Meridionale e Sicilia, Membro I.A.A.P. (International Association for Analytical Psychology) Docente e Supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo junghiano del CIPA

Riassunto

L'elaborato non ha l'ambizione di identificare linee di metodo assolute, bensì di mettere in luce l'analisi e l'approfondimento di un'esperienza terapeutico-riabilitativa junghiana resa operativa attraverso la creazione di un "Laboratorio dell'Arte della parola, dei suoni e della musica" con un gruppo di giovani utenti affetti da grave patologia psichiatrica afferenti al Centro di Salute Mentale ASL/Lecce di Casarano (Lecce).

Lungi dall'essere definita una psicoterapia di gruppo, per l'impossibilità d'applicazione in pazienti con patologie severe, questa attività grupppale ha avuto come aspirazione il ruolo di *contenimento* e *confronto* tra giovani pazienti seguiti da tempo nel nostro Centro.

Ciò che può emergere da questo esperienza operativa qui descritta è uno spirito di sana condivisione attraverso una mediazione creativa che risulta stimolante sia da un punto di vista strettamente funzionale che terapeutico, dando corpo a diversi processi squisitamente socializzanti, come ad esempio il complesso processo di "decision making".

Quando lo strano linguaggio metaforico dell'inconscio riesce a venire comunicato alla coscienza, la psicosi può avere un effetto curativo.

L'energia repressa dalla patologia che in questo modo viene liberata può essere utilmente incanalata in un contesto grupppale dove ognuno dei componenti del gruppo esprime, attraverso la propria personalità cosciente, un nuovo accesso a fonti di energia per la sua rigenerazione.

Queste idee, presentate originariamente da Jung nel 1907 e successivamente riesaminate e riformulate, rappresentano, a mio avviso, un approccio alla psicosi interessante anche dal punto di vista della psicologia del profondo.

Infatti, benché negli ultimi decenni, il comportamento psicotico si sia dimostrato molto sensibile al trattamento farmacologico, tuttavia questo non altera le condizioni psichiche associate a tali stati.

Se una condizione psicotica è accessibile ad un qualche forma di attività si può fare un tentativo di Ulteriore riflessione e stimolo proviene anche dalle recenti

scoperte, in ambito delle neuroscienze, nello specifico per quanto concerne gli studi sui *neuroni a specchio* e l'approfondimento dello stesso *processo di intrusione* da parte di un simbolismo inconscio attivato da momenti di intensa ispirazione creativa, all'interno di un contenitore grupppale, non-personale, sufficientemente forte e, soprattutto, ripristinando, per quanto possibile, quell'equilibrio individuale messo a dura prova dalla patologia psichiatrica rafforzare sufficientemente l'Io, onde metterlo in grado di integrare i contenuti psichici.

Parole chiave: *Neuroscienze, schizofrenia, approccio terapeutico-riabilitativo psicodinamico.*

Meno di duecento anni fa la schizofrenia emergeva da un groviglio di disturbi mentali noti nell'immaginario collettivo con il termine semplicemente di follia.

Nella quinta edizione della guida di riferimento psichiatrico più diffusa al mondo, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013), o *DSM 5* che dir si voglia, la schizofrenia è stata finalmente sdoganata dalle definizioni ottocentesche che l'hanno caratterizzata fino ad oggi, anche se, ad onor del vero, non mancano le polemiche.

Nel *DSM 5*, infatti, uno degli elementi più importanti è l'introduzione delle dimensioni.

Principalmente queste dimensioni sono dei mini questionari che consentono di valutare in modo più ampio la condizione del paziente, anziché classificarlo all'interno di una categoria diagnostica prestabilita.

Lo scopo di queste misure è quello di procurare maggiori informazioni oltre i confini della stessa definizione diagnostica, stabilita per l'*assessment* del clinico, utile soprattutto nella pianificazione e monitoraggio del **trattamento**.

Tuttavia, uno dei cambiamenti che ha già mos-

so grosse critiche attraverso reazioni tra le più contrastanti, non a caso oggetto in tutto il mondo di ampie polemiche, per fortuna ritirato dalla Task force, era l'introduzione della *Sindrome a Rischio Psicotico* (Psychosis Risk Syndrome).

Questa sindrome prevedeva allucinazioni, autoinganni e pensieri disorganizzati, ma che di solito non destabilizzano completamente il soggetto.

Naturalmente questa novità è frutto delle numerose ricerche in neuroscienze con uso di *neuroimaging* su ciò che è stato definito lo stato mentale "a rischio" o "prodromico".

Sebbene soltanto un terzo di coloro dichiarati "a rischio" diventerà in seguito psicotico appare confortante sapere che due terzi non svilupperanno mai la patologia, se non fosse per il fatto che sistematicamente queste persone vengono nei nostri CSM trattati solo con farmaci antipsicotici.

Anche se questi farmaci rappresentano storicamente un progresso nella cura psichiatrica, il loro uso a volte rischia di essere approssimato o dato per scontato soprattutto se consideriamo che recenti ricerche confermano che esiste un 10% delle persone comuni che presentano sintomatologie allucinatorie o di autoinganni, sovrapponibili ai sintomi riscontrabili in media nella schizofrenia, ma che raramente condizionano in modo critico la loro esperienza o addirittura evolvono in psicosi.

Del resto a lungo si è creduto che la psicoterapia fosse inutile per il trattamento di stati deliranti e allucinatori.

Per fortuna ormai è consolidata l'idea nella cultura psichiatrica che i soggetti affetti da questa patologia possono trarre grande giovamento da metodi psicoterapeutici, grazie anche ad una mole, sempre più crescente, di dati in letteratura scientifica che ne convalidano l'efficacia.

Questo mio modesto contributo è animato dallo sforzo di integrare le evidenze fornite dalle recenti ricerche di neuroscienze sulla schizofrenia con i contributi di oltre un secolo di psicoanalisi attraverso la descrizione di una esperienza, da me svolta, nel Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce, lavoro questo che è stato recentemente da me presentato (2003) al XIXth Congresso Internazionale dello IAAP (*International Association for Analytical Psychology*) tenutosi nella città di Copenhagen (Puglisi R., 2010, 2013).

L'elaborato non ha l'ambizione di identificare

linee di metodo assolute, bensì di mettere in luce un'esperienza junghiana resa operativa attraverso la creazione di un "Laboratorio dell'Arte della parola, dei suoni e della musica" al quale ha partecipato un gruppo di giovani affetti da grave patologia psichiatrica afferenti al Centro di Salute Mentale di Casarano (Lecce), città dove io vivo e lavoro.

Operativo presso il nostro Centro, ormai da diversi anni, con incontri bisettimanali, il Laboratorio ha visto il coinvolgimento di 12 giovani: 5 donne e 7 uomini.

Ma prima di descrivere ciò che è accaduto, vorrei cercare di tratteggiare alcuni rimandi teorici che hanno dato corpo e significato alla mia esperienza, entrando proprio nel vivo della nostra riflessione, prendendo il via dalla prestigiosa rivista *Nature* (n° 468) che nel novembre 2010 ha dedicato un intero numero alla schizofrenia, riconoscendo l'importanza e la complessità di questa patologia.

Nel numero di *Nature* c'è la proposta di "Ripensare la schizofrenia" (*Rethinking Schizophrenia*) a partire dalle considerazioni di apertura di Thomas R. Insel (2010) l'attuale direttore del National Institute of Mental Health (NIMH), dal titolo emblematico *Rethinking Schizophrenia*, per concludere con le considerazioni finali di David Dobbs (2010) con il suo contributo dal titolo "Schizofrenia: la realizzazione di una mente turbata" (*Schizophrenia: the making of a troubled mind*) effettuato proprio grazie agli studi PET (tomografia ad emissioni di positroni).

Questi studi di *neuroimaging* condotti da Dobbs mettevano in evidenza l'origine della schizofrenia addirittura durante l'adolescenza associandola ad una progressiva perdita di materia grigia cerebrale.

Numerosi ed interessanti sono stati comunque i temi trattati nel fascicolo: dal ruolo e importanza dell'interazione geni-ambiente nello sviluppo della malattia, ai recentissimi sviluppi delle *neuroimaging* nella comprensione del fenomeno, fino alla valorizzazione del ruolo dei neurotrasmettitori finora un po' trascurati dalla neurobiologia come ad esempio l'acido gamma amino butirrico (GABA).

Interessante, inoltre, il contributo, sempre su *Nature*, di Jim van Os (2010) storico studioso del

modello *geni - ambiente* applicato alle psicosi, che propone uno schema nel quale la predisposizione genetica, in combinazione con l'impatto ambientale, determina una variabilità nell'espressione fenotipica della patologia stessa che implica il prevalere nel quadro psicopatologico di una tra le quattro dimensioni da lui prese in esame e cioè quella affettiva, quella psicotica in senso stretto, quella negativa e quella cognitiva.

Ma se si parte da una lettura storica dello studio della schizofrenia, non si può prescindere dalla questione del rapporto tra psichiatria e psicoanalisi, inconscio e psicosi.

Il termine di schizofrenia fu coniato da *Eugene Bleuler* (1911) nel 1908 nell'Ospedale Burgholzli di Zurigo.

All'epoca il termine costituiva una reazione alla "*Dementia Praecox*", denominazione quest'ultima concepita dal collega tedesco *Emil Kraepelin*.

In quegli anni *Bleuler* lavorò con due giovani assistenti Jung e Binswanger, quest'ultimo fu il padre fondatore dell'analisi esistenziale.

Non credo che ci siano molti dubbi sul fatto che, lavorando insieme negli anni di formazione, Jung e Binswanger si siano reciprocamente influenzati.

Infatti, se ci riflettiamo, alcuni passaggi della teoria esistenzialista di Binswanger possono essere ritrovati in molti dei lavori successivi di Jung, soprattutto nel campo delle psicosi al quale i due lavorarono congiuntamente sotto l'ala protettrice di *Bleuler*.

Credo che per *Jung* la ricerca e la comprensione del processo psicotico sia stato fondamentale nella formazione e nel consolidamento della Psicologia Analitica, non a caso i suoi scritti nel campo della schizofrenia si distribuiscono su tutti i suoi anni produttivi che vanno dal 1907 al 1958.

Tra i numerosi contributi, vorrei però dar corpo a questa mia riflessione attraverso due elaborati di *Jung*, dai quali ho tratto ispirazione per la creazione del *Laboratorio*.

Nello specifico il primo dal titolo "*Nuove considerazioni sulla schizofrenia*" (1957) e l'altro, dal titolo "*La schizofrenia*" (1958) entrambi trat-

ti da "*Psicogenesi delle malattie mentali*" vol. 3 delle sue Opere.

Il primo contributo scritto in inglese per un convegno su "*Le frontiere della conoscenza e le speranze dell'umanità per il futuro*" e trasmesso, pensate, in trenta lingue dalla "*Voce dell'America*" nel dicembre 1956 costellato da successive pubblicazioni anche in tedesco approvata dallo stesso Jung .

Il secondo contributo era stato presentato al 2° *Congresso internazionale di Psichiatria* tenutosi a Zurigo nel settembre 1957, contributo quest'ultimo letto da *Baumann* nipote dell'autore.

In sintesi, per *Jung* la schizofrenia deriva da un "*Abaissement du Niveau Mental*", cioè un abbassamento della soglia di coscienza causato da una particolare debolezza della volontà, concetti questi presi a prestito da *Janet* che cercava di spiegare il funzionamento nevrotico.



Questo indebolimento della volontà si esprime nel fatto che una catena di pensieri non è condotta fino alla sua logica conclusione ma è interrotta da strani contenuti che risultano inibiti in modo insufficiente.

Come se non bastasse, *Jung* nei suoi elaborati sulla schizofrenia aggiunse che come risultato di questo abbassamento della coscienza c'è il sopravvento dei contenuti dei *Complessi* mettendo così in serio pericolo il *Complesso dell'Io*.

Infatti, in contrasto con la condizione nevrotica, in cui i *Complessi* mantengono una connes-

sione con l'Io conservando così l'unità della personalità, nella schizofrenia tale connessione può andare completamente perduta.

In poche parole, parafrasando Jung, nella schizofrenia i *Complessi* disconnessi non si reintegrano mai nella totalità psichica o se potranno essere riuniti, in una fase remissiva, ciò accede come se l'unità si ricomponesse alla stregua di una immagine riflessa in uno "specchio frantumato".

Dunque Jung aveva intuito nella schizofrenia la caratteristica di un abbassamento del livello di coscienza che raggiungesse profondità raramente raggiunte dalle condizioni nevrotiche, rilasciando, scaricando e costellando materiali profondi, archetipici e collettivi.

Ecco perché, a mio avviso, appare interessante l'intuizione che Jung ebbe nell'associare tale situazione al sognare, in particolare associando tutto questo ai "grandi sogni" che ognuno di noi sperimenta nei momenti cruciali della propria esistenza.

Infatti, se noi estrapoliamo dei frammenti della narrazione di un sogno e li accostiamo a dei frammenti della narrazione di un paziente acutamente psicotico avremmo difficoltà nel distinguere il sogno da una strutturazione delirante.

Considerando che la dissociazione nevrotica non perde mai il proprio carattere sistematico, la schizofrenia mostra un quadro di casualità non sistematica in cui la continuità di significato è spesso mutilata al punto da diventare non intellegibile.

Non credo che sia trascurabile l'esperienza diretta di Jung nell'arco della sua intera vita professionale durante la quale ha analizzato e trattato, in qualità di analista prima ancora che da psichiatra, un gran numero di pazienti a funzionamento psicotico in più di cinquant'anni di lavoro.

Infine Jung conclude in uno dei suoi contributi sulla schizofrenia con quello che potremmo definire un vero e proprio presagio su quanto sta accadendo oggi:

"Anche se nella nostra conoscenza attuale non è concesso di trovare quei ponti che uniscono le due sponde - la visibilità e tangibilità del cervello da un lato, dall'altro l'apparente immaterialità delle strutture psichiche - esiste tuttavia la sicura certezza della loro presenza.

Questa certezza dovrà trattenere i ricercatori dal trascurare precipitosamente e impaziente-

mente l'una in favore dell'altra o, peggio ancora, dal voler sostituire l'una con l'altra.

La natura non esisterebbe senza sostanza, ma non esisterebbe neppure se non fosse riflessa nella psiche" (pag. 286).

A questo punto, per continuare la nostra riflessione sulla psicoterapia e psicosi, credo sia importante anche prendere in esame quanto descritto da Eric Kandel, psicoanalista, psichiatra e neuroscienziato, premio nobel per la medicina nel 2000, che, non vi nascondo, per me è stato decisamente illuminante.

Nel suo "A new intellectual framework for Psychiatry" (*Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria*), pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry* del 1998 (*Am J Psychiatry* 1998;155: pag.457-469) Kandel presenta cinque principi, sui quali riflettere insieme, alcuni dei quali tutt'altro che scontati:

- primo principio: ciò che comunemente chiamiamo *mente* rappresenta un insieme di funzioni svolte dal cervello, il quale non si limita a comportamenti motori relativamente semplici, come camminare e mangiare, ma si estende a tutti gli atti cognitivi complessi, consci e inconsci, che associamo al comportamento proprio dell'uomo, come il pensiero, il linguaggio e la creazione di opere letterarie, musicali e artistiche. Pertanto i disturbi del comportamento che caratterizzano la malattia psichiatrica rappresentano anche dei disturbi del funzionamento cerebrale, anche quando le loro cause sono chiaramente di origine ambientale.
- Secondo principio: i geni e i loro prodotti, cioè le proteine, sono determinanti negli schemi di interconnessione tra i neuroni cerebrali e le loro specifiche funzioni. Più specificamente le combinazioni tra i geni esercitano un controllo significativo sul comportamento rendendo pertanto possibile dedurre da esse la genesi dei principali disturbi mentali.
- Terzo principio: una modificazione dei geni, da sola, non può spiegare tutta la variabilità osservabile in un dato disturbo mentale, ma vi contribuiscono in misura notevole anche fattori sociali ed evolutivi. Infatti, proprio come le combinazioni di

geni concorrono a determinare il comportamento, anche il comportamento e i fattori sociali possono esercitare un'azione retroattiva sul cervello modificando l'espressione genica e il funzionamento delle cellule nervose.

- Quarto principio: modificazioni dell'espressione genica indotte dall'apprendimento producono cambiamenti negli schemi di connessione neuronale. Questi cambiamenti non solo contribuiscono a formare le basi biologiche dell'individualità, ma probabilmente sono responsabili dell'insorgenza di anomalie comportamentali indotte da circostanze sociali.
- Infine, quinto principio: i cambiamenti di lunga durata del comportamento indotti dalla psicoterapia e dalle attività psicologiche avvengono attraverso il processo di apprendimento, che modifica l'espressione genica agendo sull'efficacia delle connessioni sinaptiche riscrivendo i percorsi anatomici delle connessioni tra neuroni nel cervello.

In quest'ottica, la creazione del “*Laboratorio dell'Arte delle parole, dei suoni e della musica*”, ha avuto e tuttora ha come obiettivo lo sviluppo delle risorse e abilità, attraverso un percorso centrato sull'assetto gruppale, teso a favorire il reinserimento funzionale nel contesto abituale di vita, proponendo dei veri e propri momenti di *autentica* integrazione sociale.

Infatti, uno dei principali obiettivi è stato quello di rendere fattibile l'utilizzo, all'interno dell'attività di gruppo, di tutte quelle abilità emotive, intellettuali e sociali, in gran parte compromesse, indispensabili nella vita quotidiana, come ad esempio apprendere come lavorare nel *gruppo*, individuando e correggendo quei dettagli invalidanti delle proprie abilità, attraverso percorsi frutto di riflessioni e confronti anche tra operatori e utenti.

Con tutta onestà dobbiamo chiederci quanto degli interventi nei nostri CSM sono orientati ad un approccio Bio-psico-sociale e quanti invece restano orientati al solo approccio Bio-sociale.

Del resto, basti ricordare che l'utilizzo degli psicofarmaci per patologie quali depressione, ansia, tic, sintomi ossessivi o le stesse psicosi era

stato inizialmente visto da molti psicoanalisti come interferenza e ostacolo rispetto allo svolgimento del lavoro analitico, mentre oggi, a noi tutti è evidente, che spesso sono proprio questi psicofarmaci a rendere possibile il lavoro di analisi di quei pazienti sopraffatti dai loro sintomi e quindi incapaci di esplorare la loro vita emotiva.

Quando parliamo a qualcuno e lui ci ascolta, non solo noi e lui raggiungiamo un contatto visivo e vocale, ma l'azione dell'apparato neuronale del nostro cervello produce effetti diretti e, auspicabilmente, duraturi sull'apparato neuronale del cervello di chi ascolta, e viceversa.

In questo senso appare evidente che l'approccio biologico e quello psicologico sono fortemente connessi.

Nel gruppo ci sono giovani pazienti con quella che viene definita una *sintomatologia positiva* come ideazione e manifestazioni comportamentali costellati da deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero.

Ci sono, inoltre, due pazienti con una *sintomatologia negativa* caratterizzati da anaffettività, anedonia, apatia, alogia e abulia.

Ed infine quasi tutti presentano ritiro sociale, impulsività, espressione inadeguata della sessualità, mancanza di consapevolezza dei propri ed altrui bisogni.

Inoltre, sono state osservate, sin dall'inizio, in quasi tutti i partecipanti, disfunzioni nel funzionamento cognitivo, quali deficit di attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive.

A tal proposito, numerose ricerche indicano come la compromissione di tali funzioni nei giovani affetti da grave patologia psichiatrica si associa ad un peggiore *outcome* funzionale e ad un peggiore funzionamento in ambito sociale, che si costella attraverso una difficoltà nell'instaurare rapporti sociali *autentici*, e soprattutto la mancanza di *mentalizzazione*, cioè di consapevolezza e percezione dell'intenzionalità ed emozione dell'altro.

Pur non essendo il *Laboratorio* una vera e propria psicoterapia di gruppo, nondimeno, dalle osservazioni dei molti contributi in ambito clinico che adoperano il gruppo in contesti psichiatrici quale intervento sulla psicopatologia, è possibile mettere in evidenza dei fattori terapeutici di gruppo che rendono il gruppo stesso intrinsecamente

curante.

In tal senso, ci si è orientati a rendere il giovane paziente, compatibilmente con il proprio stato di crisi, protagonista dell'attività di gruppo, cercando quindi prima di tutto di identificare i problemi prioritari su cui lavorare, tenendo in considerazione le aspettative, le speranze e l'autodeterminazione di ogni partecipante.

Questi incontri di gruppo non si svolgono negli abituali ambulatori adibiti per le visite, ma in un altro ambiente predisposto e arredato per poter svolgere al meglio tale attività.

Sulle pareti, infatti, vi sono disegni realizzati sui muri, frasi o pensieri scritti da ognuno, in piena autonomia e libertà che ripropongono l'esperienza vissuta nel gruppo e da tutti condivisa.

Sono anche resi disponibili i dattiloscritti delle dieci canzoni create ed elaborate dai partecipanti, prima nei testi e poi in musica, realizzati in piena autonomia nella stesura e arrangiate musicalmente con la chitarra suonata da P.

La storia di P. è del tutto particolare: musicista autodidatta di grande abilità, con un trascorso adolescenziale turbolento caratterizzato anche da uso di cannabinoidi, nel corso della sua esistenza aveva effettuato una serie di ricoveri in Ospedale Psichiatrico con diagnosi di *schizofrenia*.

Aveva smesso di suonare la chitarra poiché fonte dei suoi disagi e della propria strutturazione delirante; dopo un periodo nel gruppo senza una grande partecipazione P. ebbe l'idea di musicare quanto veniva realizzato dagli altri in chiave poetica.

Prendeva corpo così nel *Laboratorio* in piena autonomia l'arte della parola che diventava successivamente suono e musica grazie a P.

Questa nuova situazione, ben sostenuta dal gruppo, ha permesso a P. di convogliare sia l'approfondimento di processi di intrusione nella propria psiche, probabilmente attivato attraverso un *simbolismo* inconscio anche grazie ai momenti di *autentica* ispirazione creativa, sia all'interno di un vero e proprio contenitore grupppale sufficientemente forte da ripristinare, per quanto possibile, quell'equilibrio individuale che in P. era stato messo a dura prova dalla propria patologia psichiatrica nelle precedenti esperienze musicali.

Infatti, se pur presente in qualche fase, la strutturazione delirante di P. veniva ben contenuta e

resa funzionale all'interno delle dinamiche di gruppo, in quello che potremmo definire un contenitore virtuoso con risultati musicali interessanti.

Nel *Laboratorio* oltre ad esserci un camino che rende ancora più accogliente l'ambiente, che in inverno i ragazzi accendono con della legna da loro portata, ci sono due tavoli uniti per aumentare la base di lavoro, soprattutto in fase di scrittura, tutta una serie di sedie racimolate nei vari ambienti del *Centro* e due schedari contenenti, materiale cartaceo, serie di colori.

Inoltre abbiamo uno stereo portatile portato da un componente del gruppo per ascoltare musica, quattro scacchiere per chi vuole giocare a scacchi o a dama, e contenitori personali, nei quali ognuno, spontaneamente ripone i propri disegni, poesie ed elaborati realizzati durante le varie attività.

La durata degli incontri è stata da sempre prestabilita, di solito dura poco più di novanta minuti, anche per motivi organizzativi del nostro *Centro*.

Questa apparente restrizione di orario tuttavia nel tempo ha permesso, non solo di non affaticare più del dovuto i protagonisti (lasciando il più delle volte l'attività sospesa per poi essere ripresa la volta successiva) ma ha reso possibile un crescente interesse personale in ogni componente tale da rendere sempre più stimolante la propria partecipazione, modalità condivisa anche dai familiari che di solito accompagnano i partecipanti aspettandoli sino alla fine dell'attività.

Per dare corpo a quanto si sta cercando di descrivere, in quella che rimane l'attività pregnante del nostro *Laboratorio* sono state riportate nella nota i titoli delle dieci *canzoni/poesie*, (1) in ordine di creazione, elaborate con orgoglio dai protagonisti del *Laboratorio* e musicate da P. che è stato recentemente aiutato da altri due componenti del gruppo che hanno iniziato a suonare insieme a lui; creazioni ed elaborati che solitamente vengono presentati durante gli incontri semestrali che il nostro *Centro* organizza coinvolgendo familiari ed amici.

Pensate che cinque delle dieci *canzoni/poesie* sono state incise in sala di registrazione realizzando il primo compact disk del gruppo dal titolo "*Sogno*", gruppo che si è dato il nome artistico de "*GLI STORIA*".

Le attività variegata svolte nel *Laboratorio* attraverso l'utilizzo della musica, il disegno, il

gioco, la lettura, la stesura di elaborati, la video proiezione, sia di brevi concerti musicali che di spezzoni di filmati/documentari, sempre scelti dai pazienti e portati materialmente da loro, ha permesso di coinvolgere dal punto di vista cognitivo, entrambi gli emisferi cerebrali.

Tutte queste dinamiche hanno realizzato in ognuno dei protagonisti, fin da subito, il raggiungimento di un livello di sicurezza garantito dal senso di appartenenza al gruppo, l'accelerazione dei processi di apprendimento poiché il gruppo serve da *feedback* continuo mediante il confronto con gli altri, l'aumento dell'efficienza e della funzionalità a livello mentale, infine una maturazione affettiva facilitata nel gruppo rispetto alla condizione isolata.

Appartenere ad un gruppo di lavoro produce dei cambiamenti nel funzionamento del concetto di sé aumentandone l'autostima; inoltre gli individui nel definirsi come membro di un *Laboratorio*, stabiliscono una relazione tra se stessi e le varie peculiarità e norme comuni che sperimentano nel far parte di questo contesto.

Tra i soggetti afferenti al *Laboratorio*, interessante è stato il caso di C., che partecipa al nostro *Laboratorio* sin dall'inizio della sua creazione, durante una recente occasionale somministrazione della WAIS-R.

Dall'elaborazione dei dati è emerso un interessante miglioramento in generale, soprattutto nelle scale di performance, rispetto a quanto registrato quattro anni prima.

Questo accadimento vista anche la grave psicopatologia di cui è affetto C., oltre a sorprenderci favorevolmente, ci ha autorizzato ad una ulteriore riflessione su quanto tale attività, così strutturata, possa stimolare anche, gli ormai noti, "*neuroni a specchio*" e su quanto recentemente scoperto sul loro funzionamento.

C. insieme ad A. e P. fa parte del terzetto che suona la chitarra e malgrado C. non riesca a suonare bene poiché non ha mai suonato, tre anni fa ha acquistato una chitarra che sistematicamente porta nel gruppo e cerca di suonare con l'aiuto degli altri due e la benevolenza dei partecipanti al gruppo che, malgrado il suono per nulla gradevole, lo accolgono con simpatia.

Come ormai noto, i "*neuroni a specchio*" appartengono ad una classe di neuroni che si attiva

no selettivamente sia quando si compie un'azione sia quando la si osserva mentre è compiuta da altri.

I neuroni dell'osservatore "*rispecchiano*" quindi ciò che avviene nella mente del soggetto osservato, come se fosse l'osservatore stesso a compiere l'azione.

Recentemente Giacomo Rizzolatti, (2009, p. 24-34) insieme ad suo gruppo di lavoro dell'Università di Parma, che nel 1992 ha scoperto l'esistenza dei "*neuroni a specchio*", ha dimostrato che i "*neuroni a specchio*" si leghino non solo alle azioni degli altri ma anche ai loro sentimenti.

Secondo Rizzolatti è possibile individuare anche come questi *neuroni* mandino dei messaggi al sistema limbico e che questi ci aiutino a sintonizzarci coi sentimenti degli altri mettendo in evidenza una possibile spiegazione scientifica per comprendere meglio alcuni sintomi principali di forme psicotiche quali l'autismo e, soprattutto, il tentativo di delineare i principi teorici delle strategie di neuro-riabilitazione basati sui *meccanismi specchio*.

Appare importante sottolineare che la creazione di *canzoni/poesie* insieme a tutta una serie di varie attività (compreso l'ascolto di musica portata materialmente in *Laboratorio* da ognuno e condivisa da tutti o la proiezione di video portati sempre dai protagonisti) non sono state mai imposte da me o dalla organizzazione del nostro Centro, bensì sono state decise e rese operative, in modo spontaneo, da parte dei protagonisti del *Laboratorio*, ognuno con un proprio contributo, accolto dagli altri e, soprattutto, decidendo tutti, alla fine di ogni incontro, cosa fare per l'incontro successivo, con un senso ampio di condivisione.

In questo caso il mio ruolo è stato quello di *contenere, mediare e stimolare* quanto emergeva dai singoli membri del gruppo, mettendo in risalto le varie intuizioni che spontaneamente emergevano nel pieno rispetto delle esigenze altrui.

Infatti, nonostante vi siano delle ovvie profonde differenze caratteriali e comportamentali nei protagonisti, anche giustificate da un diverso andamento della patologia o comunque da diverse modalità di *coping* del proprio stato morboso, è interessante notare come, nel corso dei diversi e numerosi incontri, si sia concretizzata sempre più un'atmosfera di *profonda e autentica* coesione.

In tutti questi mesi il gruppo è diventato risorsa esso stesso, rendendo possibile la continua sollecitazione di quello che io definirei un “*confronto autentico*”.

Tutto questo, a mio avviso, da un punto di vista strettamente terapeutico, rende funzionali alcuni processi mentali squisitamente socializzanti, come il complesso processo di “*decision making*”.

Il processo di “*decision making*”, che vede il coinvolgimento di diverse strutture mentali e livelli di intelligenza emotiva, mette nella condizione l’individuo di trovare e, nello stesso tempo, dover valutare ed interpretare gli eventi, al fine di fare delle scelte ponderate tra differenti possibilità di percorsi.

Ad esempio, nel *Laboratorio* il processo di “*decision making*” veniva spesso realizzato nel gioco degli *scacchi/dama*, ma soprattutto durante la stesura dei testi delle canzoni, in cui, quasi come se fosse un vero tavolo di artisti nell’atto di concepire una originale creazione musicale, i protagonisti del gruppo si ritrovavano a confrontarsi su pensieri e sensazioni differenti, con tutte le implicazioni emotive che questo comportava, quasi sempre espressione di un *autentico* scambio di opinioni discordanti, che spingeva ognuno di loro alla ricerca di soluzioni migliori da attuare in merito alla scelta di una parola o frase da quelle concepite con il risultato finale che è possibile cogliere nei testi delle *canzoni/poesie* come ad esempio “*La nostra Storia*” (2) che descrive proprio quello che è accaduto nel *Laboratorio* in questi anni.

Note

(1) Titoli delle canzoni/poesie in ordine di creazione: 1. Sogno; 2. La nostra Storia; 3. Salento; 4. Compagnia cosa sei?; 5. Il Mondo che vorrei; 6. Mareggiata sommersa; 7. Ricordi; 8. Musica intorno a noi; 9. Ombre distanti; 10. Il Grande Conquistatore.

(2) LA NOSTRA STORIA : Questa è la nostra Storia / di una grande poesia / che viviamo ancora insieme / in una grande armonia. / Un volo cominciato assieme / tenendoci forte per mano / senza sentire terra. / Da luoghi diversi veniamo/ silenzi diversi lasciamo/ quello che desideravamo accadesse/ è come un sogno già avuto/ coesi nella retorica del tempo/ nell’incertezza delle

nostre vite/ lasciando ciò che era strano./ Scacchi, dama e giornali/ così vinciamo i mali/ quelli dentro e quelli fuori/ tra diversi umori./ Ci raccontiamo e viviamo/ con l’entusiasmo delle parole/ in un viaggio dopo l’altro. / Camminando vedo strade illuminate / facendo ciò che sapevamo fare prima / il tempo fa maturare le sue cose / avendo anche un occhio sul passato / e non dice di fermarci, no!! / anzi ci sprona a continuare / senza domande da fare ma a dare.

Bibliografia

- Abbott, A. (2010). *Schizophrenia: the drug deadlock*. Nature n° 468, 2010: 11. p. 158-159.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox in the group of schizophrenias*. (International Universities Press). New York, 1950.
- Dobbs, D. (2010). *Schizophrenia: the making of a troubled mind*. Nature n° 468, 2010: 11. p. 154-156.
- Insel, T.R. (2010). *Rethinking schizophrenia*. Nature n° 468, 2010: 11. p. 187-193.
- van Os J, Kenis, G., Rutten BP (2010). *The environment and schizophrenia*. Nature n° 468, 2010: 11. p. 203-212.
- Jung C.G. (1956). *Recent thoughts on schizophrenia - CW 3* (par.542 – 552) (Routledge). London 1992
- Jung C.G. (1956). *Schizophrenia - CW 3* (par. 553 – 584) (Routledge). London 1992.
- Kandel, E. R. (1998) *A new intellectual framework for Psychiatry* The American Journal of Psychiatry. vol. 155 n°4. p. 457 – 469.
- Puglisi, R. (2010). *L’Arte delle Parole, dei Suoni e della Musica: un’idea di riabilitazione nel CSM di Casarano* Nuove ARTITERAPIE Rivista trimestrale Anno III – n. 9/2010 edito da Nuova Associazione Europea per le Arti Terapie, Roma p. 11-14.
- Puglisi, R. (2010). *Arte e Creatività: una lettura psicologica analitica* Nuove ARTITERAPIE Rivista trimestrale Anno III – n. 12/2010 edito da Nuova Associazione Europea per le Arti Terapie, Roma p. 9-10
- Puglisi, R. (2013). “*From Jung to neuroscience: laboratory of the word art, sounds and music*” Copenhagen 2013 “100 Years on: Origins, Innovation and Controversies” Proceedings of the 19th Congress of the International Association for Analytical Psychology. Edited by Emilija Kiehl, Publisher Daimon Verlag (2014) p. 249.
- Rizzolatti, G., Fabbri-Destro, M., & Cattaneo, L. (2009) *Mirror neurons and their clinical relevance* Nature Clinical Practice Neurology vol.5 p. 24-34.

Digicomunicando: Spazi di dialogo tra scuola e famiglia attraverso la prevenzione

Damiani Ignazio*, Anaclerio Sara**, Altamura Mariana***, Magnifico Colomba****

*Psicologo, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale in formazione.

**Psicologa.

***Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale in formazione, Consulente in Sessuologia.

****Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale in formazione, Consulente in Sessuologia.

Riassunto

La letteratura in materia psico-sociale e ad orientamento clinico fornisce una mole di studi non sottovalutabili in riferimento ai rischi connessi ad un utilizzo non corretto della rete da parte degli adolescenti. Tra questi, è possibile individuare il rischio di dipendenza psicologica da internet, la tendenza all-isolamento sociale, con conseguente difficoltà nella partecipazione attiva alle relazioni in vivo, l'adescaimento in rete (grooming), il cyberbullismo e l'iper-sessualizzazione. Le sfumature e l'impatto che tali rischi possono provocare sui ragazzi risultano numerose e differenti a seconda dell'individuo ed in base al contesto familiare e sociale in cui l'adolescente vive.

Il progetto implementato in occasione del Mese del Benessere Psicologico di Ottobre 2014, si è prefissato come obiettivo la prevenzione dell'uso scorretto degli attuali strumenti di comunicazione, al fine di promuovere un approccio più funzionale e costruttivo agli attuali mezzi di comunicazione.

Parole chiave: benessere psicologico, comunicazione, internet, prevenzione, collaborazione, famiglia, scuola.

Introduzione

Favorire il benessere psicologico significa sensibilizzare

e promuovere la cultura del benessere della persona, puntando a migliorare la Qualità della Vita dell'individuo nel contesto sociale in cui si trova.

Attualmente, la salute non è più identificata semplicemente come assenza di malattia, bensì come uno stato globale di benessere fisico, mentale e sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948).

Il benessere psicologico, quindi, migliora la Qualità di Vita ed aiuta a prevenire possibili disagi insiti nel rapporto con se stessi e con gli altri. Lo psicologo, a tal proposito, si occupa dell'individuo e dei gruppi, in qualsiasi contesto essi siano coinvolti (famiglia, scuola, luogo di lavoro).

In occasione dell'evento "Ottobre Mese del Benessere Psicologico 2014" si è implementato il progetto dal titolo "Digicomunicando", rivolto a docenti, genitori ed alunni delle prime classi di alcune Scuole Secondarie di Primo Grado di Bari, Mola di Bari e Terlizzi.

Il progetto ha avuto come obiettivo generale la prevenzione rispetto ai rischi legati ad un utilizzo non appropriato o disfunzionale degli attuali strumenti di comunicazione (pc,

tablet, smartphone, social network, chat ecc.)

Il primo assioma della comunicazione "È impossibile non comunicare", elaborato dai maggiori esponenti della Scuola di Palo Alto, tra cui P. Watzlawick, riassume l'importanza vitale assunta da questa attività che ci accompagna nella vita di tutti i giorni, sin dalla nascita. Gli stessi autori considerano anche che nella comunicazione umana esistano due modalità diverse per far riferimento agli stessi oggetti: rappresentarli con un'immagine (canale analogico) o attribuirgli un nome (canale digitale) (Watzlawick P., Beavin J., H., Jackson D. D., 1971).

Le modalità comunicative si sono evolute di pari passo con il progresso registrato nel mondo tecnologico. Basti pensare che attualmente anche solo attraverso un "click" o un "tweet", è possibile comunicare, coprendo qualsiasi tipo di distanza.

Tra le problematiche emergenti, l'utilizzo delle nuove tecnologie di comunicazione rappresenta un cambiamento epocale per la società, in particolare per la scuola.

Lascia stupiti il dato secondo cui nel 2010, per la prima volta,

l'utilizzo di Internet abbia sorpassato quello della televisione. L'indagine, condotta su un campione di 1300 studenti frequentanti la Scuola Secondaria di Primo Grado, ha evidenziato, inoltre, le abitudini dei giovani internauti: i ragazzi che nel 2010 hanno dichiarato di avere un profilo sui social network sono stati più del 67%, con un balzo in avanti del 35% rispetto al 2009 (Società Italiana di Pediatria, 2010).

Sempre più spesso, si identificano i ragazzi come "nativi digitali", espressione coniata da Marc Prensky, (Prensky M., 2011), volendo sottolineare il fatto che non solo l'adolescente è cresciuto con la rete (per esempio, facendo riferimento all'utilizzo del computer in casa o in biblioteca), ma la porta sempre con sé (pensiamo all'uso dello smartphone).

Ad avere il profilo su Facebook è l'80% dei giovani (50% nel 2009, 61% nel 2010), ma nelle grandi città si supera l'85%. Nell'ambito della navigazione in rete, i comportamenti potenzialmente pericolosi sono praticati maggiormente proprio dagli adolescenti che vivono nelle aree metropolitane (Società Italiana di Pediatria, 2012).

In rete, i giovani sedimentano e costruiscono relazioni e ciò si può comprendere dal fatto che i siti trainanti oggi siano proprio i Social Network. Internet, inoltre, produce comunità di conoscenza e questo significa che permette ai giovani di confrontarsi con il sapere digitalizzato (l'insieme di conoscenze create dall'umanità in rete). Esso diviene il luogo

di sperimentazione di sé, dove è possibile mettersi alla prova e costruire la propria identità. L'identità digitale, infatti, è soprattutto il frutto delle occasioni di socializzazione permesse dalla rete stessa.

L'influenza negativa dei nuovi media sul sé potrebbe essere duplice. In primo luogo, il loro uso potrebbe distorcere la capacità che il soggetto ha di rappresentare se stesso e le sue azioni. In secondo luogo, i loro contenuti potrebbero essere recepiti da individui non ancora in possesso di una maturità tale da consentirne una interpretazione corretta, non alterando il proprio stato emotivo (Riva G., 2012; Fogg, B. G., 2005).

L'eccessivo uso della rete può, quindi, portare gradualmente alcuni individui ad una restrizione delle relazioni con gli altri, in quanto l'esperienza virtuale potrebbe essere percepita e vissuta come più agevole rispetto a quella reale. L'eventuale abuso, a volte, finisce per essere utilizzato per compensare stati di inadeguatezza dovuti a forte stress o per sviluppare parti del sé non adeguatamente espresse nella vita di tutti i giorni. L'eccessiva esperienza virtuale può far accelerare la perdita progressiva della capacità di discriminare il confine tra il mondo digitale e quello reale, fino a compromettere l'integrità personale e la vita sociale.

L'immaturità emotiva di molti giovani trova, nel pacchetto delle possibilità offerte da **Internet**, un contenitore quanto mai comodo: nessun imprevisto, tutto sotto controllo, mete facilmente realizzabili.

È bene sottolineare, però, che tutte queste attività avvengano in un ambiente pericoloso e che i rischi legati all'adolescenza siano principalmente due. Di fatti, i ragazzi sono catapultati in situazioni, le quali, anche se non problematiche di per sé, posseggono comunque un livello di complessità troppo elevato rispetto alla loro età. Inoltre, attraverso l'uso della rete, essi vivono spazi di assenza dello sguardo adulto molto significativi.

Oltre a questi rischi, poi, ve ne sono altri specifici sotto il profilo di genere. La rete, di fatti, mostra modelli negativi e normativi di mascolinità e femminilità spesso molto più forti e pervasivi rispetto a quelli forniti da altre agenzie di socializzazione, quali la famiglia e la scuola. Il principale rischio per le ragazze è l'iper-sessualizzazione, che interferisce con la costruzione del proprio sé sessuato (Mugnaini D., Cantalemi D., Lambiase E., Lassi S., 2011).

Per quanto riguarda i ragazzi, invece, il rischio principale sembra essere legato al consolidamento delle modalità del branco, il quale deride la vittima attraverso l'utilizzo della rete, per esempio tramite i Social Network. (David-Ferdon C., Feldman Hertz M., 2007)

Ciò va sotto il nome di Cyberbullismo, coniato dall'autore canadese Bill Belsey; esso è alimentato da un modello collegato a temi quali la violenza, la sopraffazione e la diffamazione dell'altro, oscurando potenzialità ed occasioni di natura pro-sociale (Genta M.L., Brighi A., Guarini A., 2009; Petrone

L., Troiano M., 2008).

D'altra parte, la tecnologia permette di comunicare velocemente e di diffondere informazioni contemporaneamente a più persone. Come in ogni caso, un rimedio efficace risiede nella moderazione e nell'utilizzo del buon senso, al fine di poter sfruttare nel migliore dei modi tutti gli aspetti positivi della tecnologia per una comunicazione più funzionale e soprattutto costruttiva.

Lo scopo di quest'esperienza, dunque, è stato quello di lavorare in termini di formazione e di informazione con i giovani che si avvicinano alla rete, informandoli sui possibili rischi e cercando di potenziarne l'utilizzo funzionale.

Obiettivi

Il fine ultimo che il presente lavoro ha cercato di perseguire, è stato quello di prevenire i rischi legati all'utilizzo non appropriato o disfunzionale degli attuali strumenti di comunicazione.

Si è proposto, inoltre, di sensibilizzare e promuovere la cultura del benessere della persona, puntando a migliorarne la Qualità della Vita nel contesto sociale di riferimento. La promozione di questo progetto nasce al fine di cercare spazi e tempi di dialogo, in particolare tra scuola e famiglia, incentivando un'attività di co-educazione. Co-educare significa, infatti, negoziare i confini, imparare a conoscersi, a rispettarci, ad ascoltarsi, scambiandosi osservazioni sui ragazzi (Milani, P. 2008).

Attorno a questo lavoro, è possibile identificare diversi obiettivi specifici:

- prevenire l'isolamento sociale;
- avviare e consolidare attività di cooperazione e confronto tra pari;
- promuovere l'uso appropriato delle nuove tecnologie, potenziandone i benefici e riducendone l'impatto connesso ai rischi;
- sviluppare senso critico e responsabilità;
- sostenere il dialogo, la comprensione reciproca ed accrescere le risorse pro-sociali.

Partecipanti e metodo

Il progetto è stato realizzato presso la Scuola Secondaria di Primo Grado G. Carducci di Bari, presso il Plesso Alighieritanzi di Mola di Bari, e presso la Scuola Gesmundo-Fiore di Terlizzi.

Data la finalità preventiva, si è scelto di coinvolgere i ragazzi delle prime classi.

Si è preferito, dunque, far precedere all'incontro con i ragazzi, un confronto con le loro famiglie.

L'iniziativa ha coinvolto, in totale, 855 alunni e 117 genitori.

Nello specifico, durante l'incontro informativo con i genitori, gli psicologi hanno illustrato il progetto "Digicomunicando", facendo riferimento alle sue modalità d'attuazione ed alle finalità ultime.

I successivi incontri con i ragazzi, realizzati in orario scolastico, hanno assunto un taglio

non solo conoscitivo, ma prevalentemente pratico-formativo. Le tematiche trattate hanno riguardato le conoscenze relative al lavoro dello psicologo, la comunicazione, le emozioni e, più puntualmente, la comunicazione digitale tra rischi e benefici.

La modalità di svolgimento degli incontri è stata prevalentemente interattiva, venendo i ragazzi coinvolti in attività di brainstorming.

Gli alunni, inoltre, sono stati guidati nella partecipazione ad attività di collaborazione. Per la prima attività, sono stati divisi in gruppi composti da 4 partecipanti, con lo scopo di elaborare, e successivamente trascrivere su un post-it colorato, la loro idea inerente al lavoro dello psicologo. La seconda attività ha conservato la stessa suddivisione in gruppi: gli alunni si sono impegnati nel formulare un'idea comune su come poter utilizzare in modo più funzionale gli strumenti digitali, riducendone i rischi. Anche in questo caso, i loro suggerimenti sono stati trascritti su un altro post-it colorato. Nella fase finale di ogni incontro, ogni classe ha elaborato un prodotto finale, da esporre nella propria aula, costituito da un cartellone con su affissi i post-it da loro compilati.

Ogni incontro si è concluso con l'illustrazione da parte degli psicologi di una serie di consigli utili, rispetto alla promozione di un utilizzo funzionale delle nuove tecnologie.

Al termine di ogni incontro, ai genitori ed ai ragazzi è stato somministrato un questionario non standardizzato composto da 15 item per i ragazzi e da 14 per

i genitori, che prevedeva una possibilità di risposta su scala Likert a 4 punti.

Nella costruzione del questionario, i professionisti hanno cercato di indagare le seguenti macro-aree:

- frequenza d'uso della tecnologia;
- conoscenze sul lavoro dello psicologo;
- valutazione rispetto agli incontri svolti;
- proposte e suggerimenti su eventuali tematiche da trattare in possibili incontri successivi.

Risultati

Dai risultati del questionario rivolto ai genitori si evince che la maggior parte dei rispondenti (il 77%) fa un uso medio-alto delle nuove tecnologie di comunicazione.

La quasi totalità genitori si ritiene favorevole all'inserimento della figura professionale dello psicologo nelle scuole, rilevandone l'utilità. A riprova di quanto emerso dal precedente item, ben l'83% dei genitori rispondenti, avendo assistito alla sola presentazione del progetto "Digicomunicando" con le sue tematiche e modalità d'attuazione, ha considerato realistica l'utilità di una simile iniziativa per i propri figli.

Nello specifico, l'87% dei genitori, in linea con l'ottica precedentemente emersa, desidererebbe che periodicamente venissero condotti altri incontri con gli psicologi, affrontando diverse tematiche incentrate prevalentemente su temi di natura relazionale, sull'affettività

e la sessualità e su altri aspetti della comunicazione.

Non sorprende che il 61% dei ragazzi dichiarati di utilizzare i moderni strumenti di comunicazione digitale con una frequenza medio-alta.

Tale indice confermerebbe che proprio questa fascia d'età si prefiguri come terreno fertile ad attività d'ordine preventivo.

Un numero non trascurabile di studenti (il 43%) dichiara di aver acquisito maggiori informazioni sul lavoro dello psicologo grazie all'attività svolta. Il 92% degli alunni, inoltre, ha espresso il desiderio di partecipare ad altre iniziative simili, trattando tematiche diverse.

Come risulta evidente dalla distribuzione emersa (grafico 1), il 53% ed il 18% degli alunni dichiara di aver appreso rispettivamente "molto" e "moltissimo" dagli incontri organizzati a scuola. Tale dato fa pensare a quanto poco gli alunni sapessero in merito all'argomento comunicazione prima del progetto implementato. Sicuramente, trattasi di un tema vic-

Grafico 1

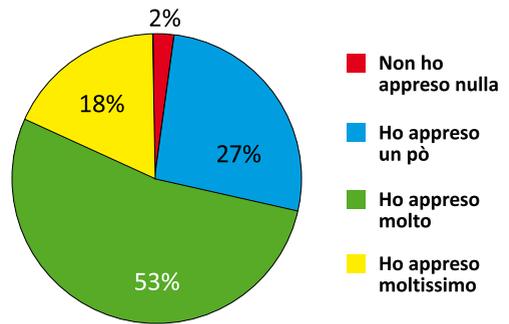


Grafico 2

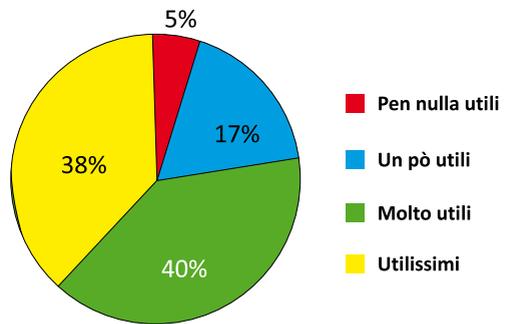
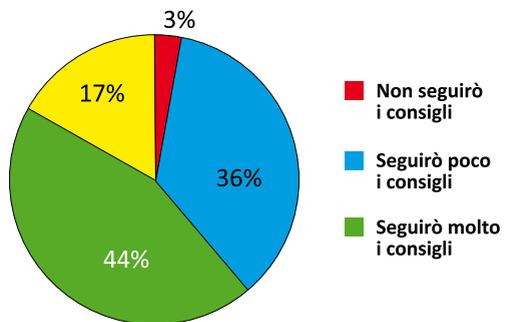


Grafico 3



no alla loro realtà e la modalità con la quale gli incontri sono stati condotti, puntando prevalentemente sulla collaborazione tra gli psicologi e gli alunni, ha permesso loro di ricevere stimoli adeguati, al fine di favorire un'elaborazione personale.

Le modalità di brainstorming e di lavoro di gruppo hanno age-

volato una copiosa produzione di idee e consigli sull'utilizzo della rete. Il 78% degli alunni (grafico 2) ritiene utili i suggerimenti maturati con gli psicologi, mostrandosi disponibili ed intenzionati a metterli in pratica (grafico 3).

sviluppo della persona; quindi, la riuscita dei figli a scuola esige il pieno coinvolgimento e non l'esclusione delle famiglie dal percorso scolastico dei figli.

La forza propulsiva che si riscontra in questo genere di impegno reciproco è, senza dubbio, il motore primo che ali-



Conclusioni

Quanto emerso dal presente progetto sollecita importanti riflessioni sul ruolo della prevenzione rispetto al benessere globale della persona. È stato importante notare come, seppur all'interno di un intervento di breve durata, ci sia stata la possibilità di costruire un ponte collaborativo tra gli alunni, i genitori, i docenti e gli psicologi.

Costruire nicchie di dialogo, in particolare tra scuola e famiglia definisce le cornici del co-educare: negoziare i confini, imparare a conoscersi, a rispettarci, ascoltando l'altro e scambiandosi osservazioni di diverso genere. Infatti, nelle precoci relazioni intra-familiari, si costruisce molto del successivo

sviluppo della persona; quindi, la riuscita dei figli a scuola esige il pieno coinvolgimento e non l'esclusione delle famiglie dal percorso scolastico dei figli.

Di qui, la convinzione del fatto che il senso della formazione non risieda nella mera trasmissione di nozioni o di comportamenti, ma anche nella capacità di stimolare gli attori a ragionare sui problemi che essi affrontano quotidianamente.

La presente valutazione non è da intendersi come un bilancio complessivo, bensì un'indicazione sistematica di quali siano gli elementi che funzionano e quali invece le criticità ed i problemi emergenti.

I feedback ottenuti sono sicuramente positivi e rappresentano uno stimolo maggiore per poter promuovere ed intensificare, in futuro, iniziative simili.

Bibliografia

David-Ferdon, C., Feldman Hertz, M. (2007). Electronic media violence, and adolescents: an emerging public health problem, *Journal of Adolescent Health*, 41, 1-5.

Fogg, B. G. (2005). *Persuasive technology: using computers to change what we think and do*, Morgan Kaufmann, San Francisco, 2003; trad. it. *Tecnologia della persuasione*, Apogeo, Milano..

Genta, M. L., Brighi, A., & Guarini, A. (2009). *Bullismo elettronico*, Carocci, Roma.

Milani, P. (2008). *CO-EDUCARE I BAMBINI. Genitori e insegnanti insieme a scuola*. Pensa Multimedia.

Mugnaini, D., Cantalemi, D., Lambiase, E., & Lassi S. (2011). *Erosi dai media. Le trappole dell'ipersessualizzazione moderna*, Edizioni S. paolo, Milano.

O.M.S. Constitution, World Health Organization Geneva, Switzerland, 1948.

Petrone, L., & Troiano, M. (2008). *Dalla violenza virtuale alle nuove forme di bullismo*, Edizioni Magi, Roma.

Prensky, M. (2001). *Digital Natives, Digital Immigrants. On the Horizon*, Vol. 9, No 5, MCB University Press.

Riva, G. (2012). *Psicologia dei nuovi media*, Il Mulino.

Società Italiana di pediatria. *Abitudini e stili di vita degli adolescenti*, Roma, 2010.

Società Italiana di pediatria. *Abitudini e stili di vita degli adolescenti*, Roma, 2012.

Watzlawick, P., & Beavin, J., H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio, Roma.

Psicologia “nella” comunicazione: il pensiero e le relazioni al tempo di facebook

Antonio Calamo-Specchia

Psicologo, specializzando psicoterapeuta sistemico-relazionale, Consigliere Ordine degli Psicologi - Coordinatore Commissione Comunicazione, Gestione del web e Trasparenza

Riassunto

L'articolo illustra il progressivo mutamento nella struttura del pensiero e nelle modalità relazionali con l'avvento e la diffusione di massa di internet e dei social networks. Attraverso una disamina dei principali cambiamenti storici e tecnologici degli ultimi vent'anni, viene approfondita la tipologia di cambiamento in atto rispetto alle modalità di strutturare il pensiero ed alle abitudini relazionali degli esseri umani. In conclusione, viene proposta una lettura di senso di tale cambiamento ad una indicazione dell'apporto della professione psicologica in questo campo.

Parole chiave: *Psicologia della comunicazione - Pensiero - Relazioni - Social networks - Comunicazione Mediata dal Computer*

Premessa

Il cambiamento rappresentato dall'approdo nella vita quotidiana degli esseri umani di strumenti culturalmente complessi quali *internet* ed i *social networks* verrà di seguito analizzato nel dettaglio.

Il punto di partenza di tale analisi è la consapevolezza, che - nel bene o nel male - tale cambiamento rappresenta un passaggio sto-

rico, di portata decisiva e probabilmente definitiva, dal punto di vista sociologico, antropologico e psicologico.

Lungi dall'assumersi il compito di stabilire quale fra il mondo (le persone, i pensieri, le relazioni) prima di *internet* e dopo *internet* sia il migliore, il lavoro di seguito presentato intende fornire importanti spunti di riflessione (forniti da diversi Autori di riferimento in questo campo) che inquadrino chiaramente gli aspetti di limite e di risorsa connessi a tale cambiamento.

Tale operazione potrà essere utile allo psicologo per orien-

tarsi in un contesto in continuo, profondo, mutamento.

Il mondo social

I dati raccolti dalla piattaforma “*wesocial*” sull'utilizzo del *web* relativi all'ultimo anno (Tab.1) ci permettono di guardare da vicino l'affascinante evoluzione del nostro rapporto con la tecnologia.

Nell'ultimo anno la popolazione mondiale è passata da 7 a 7.2 miliardi di persone, e il numero di utenti *internet* attivi ha superato i 3 miliardi di utenti, rispetto ai 2.5 miliardi di 12 mesi fa. Gli *account* attivi sui *social media* sono oggi più di



Tabella 1

2 miliardi, con una crescita rispetto all'anno precedente del 12%. Al pari dell'incremento generale dell'utilizzo del *web*, è interessante osservare il dato re-

lativo alla modalità di accesso, sia esso diretto ai *social media* che ad altri servizi *web*.

Se osserviamo i dati relativi al *mobile*, è interessante nota-

re come – a fronte di un incremento della diffusione del 5% di utenti *mobile* – sia cresciuto addirittura del 23% il numero di persone che usano attivamente i *social media* dai propri *smartphones* (313 milioni di persone in più).



Tabella 2



Tabella 3

Tabella 1

La piattaforma di maggior successo nel mondo rimane Facebook (1.36 miliardi di utenti attivi), ma è da segnalare il continuo trend di crescita dei servizi di *instant messaging* (WhatsApp, Facebook Messenger, WeChat per citarne alcuni). In costante ascesa è infine Instagram, che è oggi utilizzato da più di 300 milioni di persone.

I dati relativi all'Italia (Tab.2) fanno registrare un tempo relativo all'accesso a *internet* da *desktop* di poco superiore alla media, mentre un tempo relativo alla navigazione da *mobile* decisamente inferiore della media globale (2.2 ore al giorno per l'Italia, contro una media mondiale di 2.7 ore).

Tabella 2

Gli italiani trascorrono in totale 6.7 ore al giorno su *internet*

(tra *mobile* e *desktop*), e 2.5 ore sono dedicate all'utilizzo di canali *social*: contro una media mondiale di 2.4 ore (Tab.3).

Tabella 3

Il 60% della popolazione italiana accede regolarmente a *internet* e gli *account* attivi sui canali *social* sono oggi 28 milioni (22 milioni accedono da dispositivi *mobile*): quest'ultimo (accesso a canali *social* da *mobile*) è il dato che ha visto il maggior incremento negli ultimi 12 mesi (+11%), a dimostrazione di una sempre maggior propensione di interagire in mobilità e in maniera attiva con i contenuti a cui è possibile accedere *online*.

Pertanto anche in Italia, come nel mondo intero, il *mobile* è il mezzo privilegiato attraverso cui accedere a piattaforme di relazione e conversazione *online*. Gli italiani infatti usano i propri *smartphones* per svolgere diverse attività, un tempo delegate a schermi più grandi: la fruizione di contenuti video è sempre maggiore, così come l'uso di applicazioni legate a piattaforme *social*.

Uomini e tecnologia, relazioni e social networks: la rivoluzione degli ultimi 20 anni

I dati sopra riportati mettono in luce due chiarissimi aspetti: a) l'essere umano nel tempo stringe sempre di più il suo legame con la tecnologia; b) la socialità è sempre di più mediata dal mezzo tecnologico.

Ogni area della conoscenza

umana è interessata dall'andamento di questo legame. L'apporto stesso della psicologia è inglobato in questo mutamento: la psicologia non è più soltanto psicologia "della" comunicazione ma, se possibile, psicologia "nella" comunicazione. Infatti, la comunicazione oggi non è più (se mai lo è stata) un oggetto terzo, osservabile con l'occhio esterno dello sperimentatore (i vecchi strumenti di comunicazione di massa erano ancora leggibili secondo questo schema; si pensi all'unidirezionalità in termini comunicativi della stampa o della radio), ma è sempre di più un processo dinamico, frutto dell'interazione, della mescolanza, dell'incontro (reale o virtuale) fra soggetti comunicanti diversi.

Nell'analisi del legame attuale fra esseri umani e tecnologia (e dei cambiamenti da esso prodotti), può essere utile soffermarsi prima sui passaggi storici che lo hanno determinato. Provando a tracciare un percorso storico del nostro rapporto con *internet*, è possibile individuare alcuni momenti-chiave nella storia recente che si legano inevitabilmente a momenti-chiave nella storia di grandi marchi industriali e dei loro rappresentanti. Brevemente:

- 1984: in commercio arriva *Apple Macintosh*, il primo *home computer* con interfaccia grafica;
- 1985: nasce la prima versione indipendente di *Microsoft Windows*, ancora scarsamente diffusa;

- 1990: nasce il *World Wide Web*;
- 1995: *Microsoft* commercializza il suo computer con sistema operativo *Windows95*, con al suo interno il *browser* installabile *Internet Explorer*; il *computer* diventa uno strumento di massa presente in tutte le case, al pari della televisione;
- 2003: diventa operativa la prima rete *UMTS*; si iniziano ad intravedere le potenzialità dei telefoni cellulari, sui quali adesso possono essere visualizzati i primi contenuti multimediali;
- 2004: Mark Zuckerberg fonda il social network *Facebook*;
- 2007: Steve Jobs presenta al pubblico il primo *iPhone*; inizia dell'era degli *smartphones*.

Ripercorrendo alcuni di questi momenti storici, si identificano subito due diverse fasi. Il decennio 1995-2005 e il decennio successivo, 2005-2015.

Il mutamento principale del decennio 1995-2005 è rappresentato dalla diffusione globale del *computer*, di *internet* e dalla conseguente crescente possibilità di un loro facile utilizzo da parte di chiunque. Il culmine di questo periodo è l'implementazione del *web* sul vecchio telefono cellulare, che progressivamente si è trasformato in *smartphone*. Questo decennio ha rappresentato un mutamento che contiene in sé qualcosa di

antropologicamente rivoluzionario, oltre che una sterminata complessità tecnologica.

“I nostri strumenti di scrittura hanno un ruolo nella formazione dei nostri pensieri”, scriveva Nietzsche a proposito dell’avvento della macchina da scrivere. Si pensi alla possibilità di scrivere un documento con un moderno programma di scrittura. La disponibilità dei tasti “cancella”, “copia”, “incolla”, “annulla”, la possibilità di muoversi liberamente nel testo hanno radicalmente cambiato il nostro modo di scrivere; hanno cambiato il nostro modo di pensare, ci ricorda Nietzsche.

Da una forma di pensiero lineare, che necessita di calma e assenza di distrazioni, con la moderna scrittura (per giunta prodotta per mezzo di un apparecchio connesso al *web*) siamo passati rapidamente al pensiero *multitasking*: un pensiero che opera per salti, connessioni, che integra informazioni provenienti da diversi stimoli e spesso da diversi canali percettivi. Nel giro di un decennio, sfruttando la capacità neuroplastica del nostro sistema nervoso, l’essere umano è evolutivamente cambiato.

Il decennio 2005-2015, che adesso iniziamo ad osservare, ci ha portati un gradino più avanti.

L’essere umano non soltanto è cambiato in sé: non soltanto ha cambiato il suo modo di pensare, di scrivere, di lavorare, di archiviare, di programmare, ma

ha cambiato adesso il suo modo di socializzare.

L’evento chiave di questo decennio è naturalmente l’approdo sul mercato di massa degli *smartphones*, così come li conosciamo. Alla incredibile rapidità e facilità di fruizione delle informazioni relative a tutto (o quasi) lo scibile umano, si affianca il mondo dei *social networks*; tutto a portata di *click* ed in forma tascabile.

re scambiando contenuti. Una forma di interazione *online*, con la possibilità di sperimentarsi anche con persone sconosciute, o soltanto poco conosciute nel mondo reale; una possibilità per rappresentarsi (rappresentare la propria identità) e per interagire con gli altri (mettersi in relazione) che ha convinto un grandissimo numero di cittadini.

Ma cosa ha convinto le persone ad accedere ai *social net-*

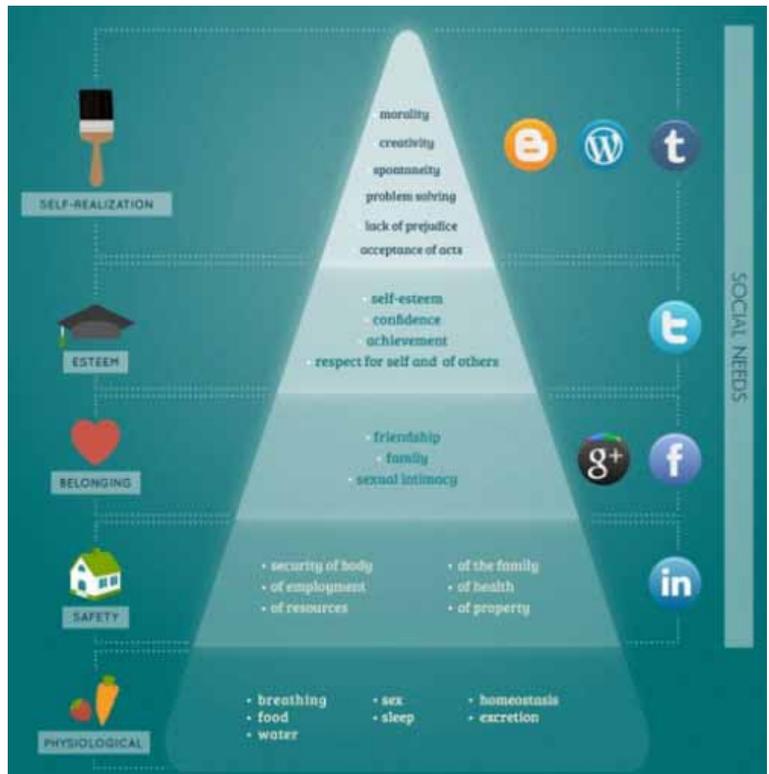


Figura 1 – La piramide di Maslow... ed i social networks che la soddisfano, elaborata da SMTT e Lombok design.

In termini semplicissimi, i *social networks* sono delle piattaforme virtuali dove ciascuno può creare e gestire un proprio spazio personale, mettersi in contatto con altri ed interagi-

works? Al di là della moda, degli interessi commerciali, cosa spinge le persone a cercare l’interazione *online*?

L’aspetto più immediatamente percepibile è quello della ric-

chezza degli stimoli, della grande e diversificata possibilità di espansione che offre il mondo virtuale.

Più nel dettaglio, quello che le persone cercano e si scambiano sui *social networks* è un insieme di valori: legati alla posizione (attinenti cioè allo *status* sociale, al successo, al prestigio, alla notorietà) e legati alla relazione (attinenti al mondo degli affetti, alle amicizie, all'amore, alla stima, ai momenti felici).

Un'interessante prospettiva ci è data dalla rilettura, recentemente diffusa da SMTT e Lombok design, della celebre piramide dei bisogni di Maslow (Fig. 1). *Internet*, secondo questa prospettiva, non farebbe altro che rispondere ai bisogni primari dell'essere umano: di sicurezza, di appartenenza, di stima, di auto-realizzazione. Rispetto al lavoro di Maslow, resterebbe insoddisfatto soltanto il primo, fondamentale bisogno: quello fisiologico. Quasi a volerci ironicamente ricordare uno dei pochi limiti che il mondo virtuale non è stato ancora in grado di abbattere.

Il pensiero nell'era di *internet*

Un interessante punto di partenza nell'analisi del cambiamento del pensiero nell'ultimo rivoluzionario ventennio ci è fornito dagli studi di Marshall McLuhan, il quale sostiene la prevalenza dell'importanza del *medium* rispetto al contenuto del *medium* stesso nell'influenzare il modo in cui le persone pensano ed agiscono. Il mez-

zo è uno strumento in grado di cambiare potentemente il nostro modo di pensare.

Numerosissime sono le testimonianze raccolte da Nicholas Carr (2011) il quale racconta di come sempre più spesso le persone non sono in grado di svolgere compiti che prima svolgevano con facilità, perché la disponibilità di *internet* rende tali compiti più facili, più immediati, accessibili tramite un canale diverso e più veloce. E' il caso degli studenti, che sempre meno leggono libri per intero per estrapolarne poi delle informazioni, perché tramite *Google* in pochi minuti è possibile giungere all'informazione desiderata. E' il caso dei tanti che, abituatisi a leggere articoli *online*, tramite portali dedicati all'informazione o *blog*, non riescono più a superare una certa soglia di lunghezza del testo. Oltre la soglia (estremamente bassa, come è tipico dei contenuti *web*), l'attenzione decade e interviene la noia, la distrazione, l'impulso a cercare un altro canale, un altro stimolo: l'impulso al *multitasking*.

Riuscirà il lettore a star lontano da *internet* quanto basta per leggere tutto il libro? E' questa l'intrigante sfida che pone Carr al suo lettore, in una disamina che coglie il cuore del cambiamento in atto.

Scrive l'Autore: "Calma, concentrata, senza distrazioni, la mente lineare è stata messa da parte da un nuovo tipo di mente che vuole e deve prendere e distribuire con parsimonia le informazioni a piccoli scatti,

sconnessi, spesso sovrapposti; più veloce è, meglio è. [...] Negli ultimi cinque secoli, da quando la stampa di Gutenberg ha reso popolare la lettura, le mente lineare, letteraria è stata il fulcro della nostra società, dell'arte, della scienza. Duttile e penetrante, è stata la mente ricca di immaginazione del Rinascimento e la mente asettica e razionale dell'Illuminismo, la mente piena d'inventiva della Rivoluzione Industriale e anche la mente sovversiva dell'epoca moderna. Presto potrebbe diventare qualcosa che appartiene soltanto al passato" (Carr, 2011, p. 24-25).

Tale cambiamento è tanto più evidente se pensiamo alle possibilità fornite dalla capacità neuroplastica del cervello umano. La plasticità è quella che ci permette di adattarci a nuove sfide e nuovi stimoli, ma al tempo stesso – man mano che i nuovi circuiti, le nuove "mappe" di connessioni si vanno costruendo – esse richiedono una sorta di rinforzo, una spinta all'allenamento, perché si mantengano in esercizio. In questo modo il nostro cervello cambia: abbandona le vecchie connessioni legate al pensiero lineare ed approfondito e progressivamente si adatta agli stimoli che riceve; si strutturano nuove connessioni che ci consentono di rispondere al meglio agli stimoli cui vogliamo rispondere: si rinforza il nuovo pensiero veloce, efficiente, che procede per salti brevi ed indugia poco nell'approfondimento; strutturandosi, questo cambiamento richiede

sempre più esercizio ed esercitandoci, progressivamente, abbandoniamo la vecchia mappa.

Un processo estremamente complesso in cui non siamo soli. Al cambiamento del pensiero si associa, indissolubilmente, il cambiamento del nostro modo di relazionarci gli uni agli altri.

Le relazioni nell'era di internet

L'identità e la relazione sono le dimensioni maggiormente interessate dal fenomeno dell'utilizzo massiccio delle "reti sociali". Al pari dei cittadini, i *netizen* (letteralmente "cittadini della rete") si muovono nello spazio virtuale costruendo un'identità. Scelgono un nome, interagiscono attivamente e stringono amicizie. La rete si presenta così come un vero e proprio ambiente sociale, in grado di offrire opportunità e con alcuni vincoli ben definiti. Ciascun utente, nel mondo dei *social networks*, si sente libero di scegliere la modalità interattiva che più sente come coerente rispetto al suo modo di essere: potrà scegliere di mantenere il suo vero nome, potrà crearne uno nuovo; potrà scegliere di condividere solo determinati aspetti di sé, nascondendone altri; potrà tendere alla finzione o nascondersi dietro l'anonimato; potrà viverlo autenticamente come un'estensione del proprio Io.

Il minimo comun denominatore di ciascuna opzione è il carattere di soggettività, intesa come quella serie di piccole parti di identità utilizzate in

ogni singola interazione *online*, utili per capire, conoscere, descrivere se stessi. *Internet*, ed i *social networks* in particolare, si presentano dunque come delle possibilità esplorative, dei luoghi dove sperimentare e sperimentarsi, dove portare facilmente al gioco dell'interazione "pezzi" di identità, raccogliendo il *feedback* personale e sociale che questo comporta.

La lettura dei *social networks* come laboratori virtuali per l'identità sembra spiegare il carattere di positività, entusiasmo, accesso massiccio a questo tipo di strumento: i *social networks* in questa prospettiva sembrano uno strumento liberatorio, di enorme sviluppo delle proprie possibilità personali.

E' possibile guardare però tale sconfinata possibilità di espansione nei suoi aspetti più critici. Alcune ricerche (Zegers, Larraín e Trapp, 2006) hanno analizzato un enorme campione di commenti *Facebook*, mettendo in luce "sensazioni di confusione" negli utenti, che descrivono la loro esperienza *online* come una sorta di "decostruzione" di loro stessi. Risulta evidente il rischio connesso allo sperimentarsi libero e senza limiti, esperienza che in taluni casi può contribuire (soprattutto nelle prime fasi dello sviluppo) alla formazione di un'identità frazionata, che cambia e si disperde continuamente in un mare di immagini virtuali (Livolsi, 2000).

Nell'analisi dei bisogni relazionali connessi all'utilizzo di *internet*, emerge chiaramente che – pur muovendosi in una re-

altà virtuale – l'uomo continua a conservare la sua natura, la sua spinta verso la ricerca dell'altro. Sia esso un profilo *Facebook* o una persona in carne ed ossa.

Cambiando gli strumenti tecnologici a nostra disposizione cambiano le nostre abitudini, cambia il nostro modo di pensare e parallelamente cambia il nostro modo di essere: siamo progressivamente più isolati, ma nella solitudine tecnologica quello che ancora prevale è un bisogno reale, tipicamente umano: il bisogno relazionale.

Scriva Sherry Turkle: "Le connessioni *on line* inizialmente furono concepite come un surrogato del contatto faccia a faccia, nel caso in cui questo, per qualche motivo, fosse poco pratico: non avete tempo per fare una telefonata? Mandate un messaggio di testo. Ma in poco tempo il messaggio di testo divenne la prima scelta per la connessione. Scoprimmo che la rete – il mondo della connettività – si sposava alla perfezione con (e anzi rendeva possibile) una vita oberata di lavoro e impegni. Ora chiamiamo in causa la rete perché ci difenda dalla solitudine [...]. La tecnologia ci perfette di comunicare facilmente quando vogliamo, e di liberarci a nostro piacimento [...] di cercare e di ridurre il contatto umano, di diluirne la natura e l'intensità" (Turkle, 2012, p. 17-19).

Lo stretto rapporto fra solitudine e ricerca di relazione, fra vicinanza e distacco relazionale si configura, in conclusione, come una spirale dalla quale sembra difficile uscire.

Avere sempre a disposizione degli *smartphones* con connessione *internet* e *social networks* ci permette di esperire un senso di tranquillità dovuto all'essere "sempre connessi". Quando li utilizziamo, cerchiamo dall'altra parte qualcosa di profondamente relazionale, emotivo, reale: cerchiamo di attribuire a dei contenuti virtuali carattere di umanità (si pensi, a mero titolo esemplificativo, agli strumenti "emozionali" di cui si è dotato *Facebook*: "mi piace", emoticons, "oggi mi sento..."). La spirale si chiude davanti all'evidenza che è proprio tale ricerca la prima testimonianza della solitudine in cui siamo immersi, dalla quale cerchiamo di uscire ogni giorno con uno strumento che, paradossalmente, la incrementa.

Conclusioni. Un cambiamento da guardare con rispetto

La capacità di leggere le situazioni nel loro evolversi è una competenza tipicamente psicologica, eppure essa si rende meno accessibile quando il cambiamento in cui si è immersi non attiene al singolo individuo, ma alla società nel suo insieme. Il contributo che il sapere psicologico può fornire alla disamina del rapporto fra essere umano e tecnologia è enormemente vasto. L'impressione che si ricava, guardando all'evolversi antropologicamente e culturalmente complesso di questo rapporto è quello di un procedere sicuramente non lento, ma inesorabile, pressoché irreversibile.

Allo psicologo contemporaneo non è dato sapere se il mondo viaggia verso una organizzazione migliore o peggiore, il dato con cui può confrontarsi è però quello di una evidente "diversità", attorno alla quale articolare il suo intervento: il mondo nel quale opera non è più quello che era prima.

Scriva Byung-Chul Han, filosofo coreano: "Letteralmente, rispettare significa *distogliere lo sguardo*. E' un *riguardo*. Nel rapportarsi con rispetto agli altri ci si trattiene dal puntare lo sguardo in modo indiscreto. Il rispetto presuppone uno sguardo distaccato, un *pathos della distanza*. Oggi, questo sguardo cede a una visione priva di distanza, che è tipica dello *spettacolo*. Il verbo latino *spectare*, da cui deriva il termine "spettacolo", indica un puntare lo sguardo voyeuristico, al quale manca il riguardo distaccato, il rispetto (*respectare*). La distanza è ciò che distingue il *respectare* dallo *spectare*. Una società senza rispetto, senza *pathos della distanza*, sfocia in una società del sensazionalismo" (Han, B-C., 2015, p.11-12).

Lo psicologo che si occupa di comunicazione sempre di più dovrà gestire la difficoltà del suo compito: occuparsi di psicologia immerso nell'oggetto del suo studio, mentre sta cambiando; occuparsi non soltanto e non più di psicologia "della" comunicazione, ma di psicologia "nella" comunicazione: guardare con rispetto – *respectare* – se stesso, i suoi interlocutori, la sua società che cambia.

Bibliografia

- Carr, N. (2011). *Internet ci rende stupidi?* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Della Dora, L. (2015). *Digital, Social e Mobile 2015: tutti i numeri globali, e italiani*. www.wearesocial.it
- Ferraris, M. (2015). *Mobilizzazione Totale*. Roma-Bari: Gius. Laterza e figli.
- Galimberti, C., & Riva, C. (2002). *Il soggetto nella rete: per una psicosociologia del cyberspazio*. Roma: Carrocci.
- Han, Byung-Chul (2015). *Nello sciamano*. Roma: Nottetempo.
- Livolsi, M. (2000). *Manuale di sociologia della comunicazione*. Bari: Laterza.
- Mc Luhan, M. (1967). *Gli strumenti del comunicare.*, Milano: Il Saggiatore.
- McLuhan, M., & Quentin Fiore, Q. (1967). *Il medium è il messaggio*. Milano: Feltrinelli.
- McLuhan, M., & Powers, B. (1992). *Il villaggio globale. XXI secolo: trasformazioni nella vita e nei media*. Milano: SugarCo.
- Mc Luhan, M. (2006). *La galassia Gutenberg*. Milano: Gruppo Editoriale L'Espresso.
- Neumann, J. Von (1999). *Il computer e il cervello*. Milano: Bompiani.
- Talamo, A., & Roma, F. (a cura di), (2007). *La pluralità inevitabile. Identità in gioco nella vita quotidiana*. Milano: Apogeo.
- Turkle, S. (2012). *Insieme ma soli*. Torino: Codice edizioni.
- Virilio, P. (2000). *La bomba informatica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Zegers, B., Larrain M.E., Trapp, A., Avilés, M., & Grez, V. (2006). *Construct Validity and Reliability of the Identity Engagement Chat Scale (ECICH) in a Sample of 123 University Students*. *PSYKHE, Vol.15, N° 1, 79-93*.

La funzione della “*Dramatis persona* nella gruppoanalisi”

Giusi D’Apolito

Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalisi

La flessione consiste in quel fenomeno che, per esempio, si verifica quando gli steli del grano ondeggiavano sotto la spinta del vento, fenomeno dovuto quindi alla combinazione tra una forza esterna e un carattere proprio dello stelo, la flessibilità. Ogni organismo vivente si muove, si flette nei suoi tropismi, attrazioni, repulse, ecc. in funzione della combinazione dei due elementi. L’uomo, la cui “flessibilità” organica manca di tropismi geneticamente pre-ordinati, ha comportamenti molto variabili in rapporto alle spinte che patisce, e il mal di vivere che può derivarne produce domande che per lo più si formulano in spazi interlocutori. Lo spazio psicoterapico è quello che specificamente favorisce un flettersi sulle proprie flessioni, una pratica ri-flessiva. E questa non consiste soltanto in una ricerca ed eventuale ritrovamento di cause razionalmente categorizzate, ma nel favorire l’emergenza di un “ospite” interno/esterno fin lì sconosciuto o emarginato come un intruso minaccioso.

(Napolitani D., Ospiti:
il reciproco farsi dell’Altro, 2008)

Riassunto

Il caso clinico di Roberto, presentato a conclusione del presente lavoro, consente il rimando ad una particolare funzione, quella della *Dramatis Personae* che vede nella terapia di gruppo l’interdipendenza tra aspetti intrapsichici ed intrapersonali. Non possono mancare riferimenti tra psicoterapia di gruppo e neuroscienze.

Parole chiave: *Dramatis Personae / Neuroni specchio / Intrapsichico e Intrapersonale*

L’espressione latina *dramatis personae*, tradotta alla lettera, significa *maschere del dram-*

ma, ed è usata per indicare la maschera indossata dall’attore, il personaggio nel teatro latino.

Nel “*Gruppo come strumento terapeutico*” (1972) Fabrizio Napolitani riprende tale espressione riferendosi alle gruppalità interne che emergono durante il percorso/processo terapeutico. Ricorda che esiste una interdipendenza tra il Singolo e il suo Gruppo (...) che promuove una progressiva consapevolezza della interdipendenza tra l’Io e i suoi oggetti Interni. Di questi alcuni vengono riconosciuti come propri e accettati come parte del Sé, dopo essere stati proiettati nel gruppo dove qualcuno del gruppo li personifica. In questo modo ogni membro del gruppo svolge per gli altri partecipanti la funzione di *Dramatis persona*. *Interdipendenza* credo sia la parola chiave per spiegare il complesso e pur spontaneo fenomeno della *Dramatis persona*. Essa si configura come anello di congiunzione che rappresenta, *mette in scena*, l’interdipendenza tra livello *intrapsichico* del singolo e *intersoggettivo* di tutti i partecipanti al gruppo. Soprattutto è possibile recuperare attraverso l’Altro quegli aspetti di Sé che sono maggiormente caratterizzati da meccanismi di proiezione, o scissione, e quindi meno riconoscibili.

La proiezione appare quindi come il mezzo di difesa originaria contro gli “eccitamenti interni” che sono troppo spiacevoli a causa della loro intensità: il soggetto li proietta all’esterno, perché intollerabili, il che gli permette di fuggirli e di proteggersi da essi: «Si instaura la propensione a considerarli come se non agissero dall’interno, ma dall’esterno al fine di poter usare contro di essi gli stessi mezzi di difesa con cui il sistema si protegge contro gli stimoli esterni. È questa l’origine della *proiezione*»¹.

¹ Laplanche-Pontalis, *Dizionario della psicoanalisi*, ed.

L'identificazione proiettiva contribuisce alla strutturazione gruppale delle identificazioni se utilizzata a fini comunicativi. Per fini distruttivi, mira a far sparire o a controllare in modo onnipotente gli oggetti interni e soprattutto i loro rapporti, organizzati fantasmaticamente.

Ne derivano due conseguenze: l'oggetto è percepito con le caratteristiche delle parti di sé proiettate in esso; l'Io si identifica con l'oggetto (o oggetti) della sua proiezione: la loro reintroduzione contribuisce a formare la rete degli oggetti parziali interni.

“Ciò che in noi è gruppalità si precisa come il gruppo interno costituito dagli oggetti amati e perduti e che, tra di loro, sono organizzati in una rete di cui un' *imago*, un significante, un nome, un emblema costituiranno il rappresentante. In questa prospettiva, l'identificazione non è solo l'appropriazione di un tratto proprio dell'oggetto, ma l'instaurazione e la ricostruzione psichica di un sistema di relazione tra il soggetto e i suoi oggetti”. (R. Kaes, 1994)

La persona si rende conto che anche altri individui soffrono, hanno problemi, ansie o paure, simili alle sue. Il materiale rimosso attraverso la reazione speculare, viene riconosciuto più facilmente negli Altri e ciò permette una discussione ed una analisi

che, anche se riferita ad altri membri del gruppo, è rivolta contemporaneamente a se stesso.

“Il *fare identità* è detta identificare/identificarsi, ed il processo di *identificazione* non consiste, nell'imitazione adattiva di un'immagine o di un comportamento, ma nella corrispondenza di intenzionalità tra due o più soggetti. L'identificazione è il primo processo che qualifica la condizione umana come apertura all'altro, è il punto di partenza per concepire la mente umana come strutturalmente sociale, come una facoltà cognitivo



emotiva non situata nel cranio del singolo, ma in quel “tra” costituito dalle reciproche trascendenze in uno spazio intersoggettivo.” (D. Napolitani, 2009)

Al XLV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatra, dal tema *La Psichiatria Moderna ed il “Mondo Reale” molteplicità, integrazione, eclettismo* si sottolinea come, allo stato attuale, uno dei campi di ricerca più stimolanti e potenzialmente fecondi è rappresentato dal rapporto tra neuroscienze e psicoterapia, che si pone come superamento della storica dicotomia mente/corpo.

In questo senso, infatti, lo studio del comportamento umano, delle emozioni, della mente non può prescindere dallo studio delle esperienze interpersonali, ovvero di come le relazioni e la sto-

Laterza, Torino, 1990, pag. 443. Sono due le definizioni che vengono riportate: A) Termine utilizzato in senso molto generale in neurofisiologia e in psicologia per denominare l'operazione con cui un fatto neurologico o psicologico è spostato e localizzato all'esterno, passando dal centro alla periferia, o dal soggetto all'oggetto. Questo senso comprende varie accezioni. B) Nel senso propriamente psicoanalitico, operazione con cui il soggetto espelle da sé e localizza nell'altro, persona o cosa, delle qualità, dei sentimenti, dei desideri e perfino degli «oggetti», che egli non riconosce o rifiuta in sé. Si tratta di una difesa di origine molto arcaica che è in azione particolarmente nella paranoia, ma anche in modi di pensiero «normali» come la superstizione.

ria personale di ciascun individuo plasmino lo sviluppo del cervello e le sue connessioni nervose, il cui risultato dinamico è l'“emergere” della nostra attività mentale.

In occasione del Congresso Rizzolatti spiega che l'essere umano è disposto di un sistema neuronale di cellule a specchio nei confronti delle altre persone. Si tratta di un meccanismo innato che non si basa sul ragionare: “È come se l'intenzione degli altri abitasse nel mio corpo e nel corpo degli altri. Questo tipo di comprensione è immediata”. (G. Rizzolatti, 2009)

I neuroni specchio, codificano l'azione osservata attivando le stesse reti neurali che provocano il gesto o il comportamento del soggetto osservato.

Questi neuroni si attivano anche solo vedendo un atto moto-

rio, cioè un movimento che ha un fine, espresso in un vocabolario di atti condivisi.

Gallese spiega che un meccanismo funzionale deve fare da mediatore tra la conoscenza esperienziale multimodale che possediamo del nostro corpo, e l'esperienza che facciamo degli altri. Tale conoscenza esperienziale relativa al corpo consente una comprensione diretta del senso delle azioni compiute da altri, e delle emozioni e sensazioni da questi provate.

Mentre assistiamo al comportamento intenzionale degli altri, noi esperiamo uno specifico stato fenomenico di “consonanza intenzionale”. Questo stato fenomenico genera una qualità particolare di familiarità con gli altri individui, prodotta dal collassamento delle intenzioni altrui in quelle dell'osservatore. Ciò costituisce un'importante componente di cosa significa “empatizzare” con gli altri.

“Grazie alla simulazione incarnata non vediamo solo un'azione, un'emozione, o una sensazione. In parallelo alla descrizione sensoriale degli stimoli sociali osservati, nell'osservatore vengono generate delle rappresentazioni interne degli stati corporei associati a quelle stesse azioni, emozioni e sensazioni, “come se” stesse



compiendo un'azione simile o provando una simile emozione o sensazione”. (V. Gallese, 2006) È straordinaria la lungimiranza di Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961) che si pose lo scopo di dare una nuova definizione al rapporto tra natura e coscienza nell'uomo e all'insolubile connessione esistente fra coscienza e corpo. Secondo il pensiero di Merleau-Ponty esiste un “corpo del mondo”. L'esperienza del nostro corpo contiene un'ambiguità irrisolvibile, in quanto esso non può essere né un semplice insieme di meccanismi corporei, né una pura attività mentale.

Il corpo di cui parla Merleau-Ponty è “un fascio di funzioni, un intreccio (entrelacs) di visione e movimento”, un corpo enigmatico e paradossale in quanto al tempo stesso vedente e visibile: “Guarda ogni cosa, ma può anche guardarsi, e riconoscere in ciò che allora vede ‘l'altra faccia’ della sua potenza visiva. Si vede vedente, si tocca

toccante, è visibile e sensibile per se stesso”.

Sulla base di quanto fin qui riportato vorrei esporre un contributo clinico che riguarda l'esperienza di osservazione di un gruppo terapeutico, come previsto dal training formativo.

Parallelamente alla mia esperienza di osservazione si conclude anche il gruppo terapeutico, come programmato dal conduttore. Roberto, 35 anni, affetto da disturbo dell'umore e stato misto, frequenta il gruppo da 4 anni. Quinto di sette fratelli, entrò, insieme a questi, in Orfanotrofio a 3 anni, in quanto la madre, fortemente disturbata psichicamente, non era in grado di far fronte ai bisogni affettivi e materiali dei propri figli. Rimase in Istituto fino ai 7 anni, età in cui fu adottato; da quel giorno R. perse tutti i contatti con i fratelli che a loro volta vennero adottati. Negli ultimi anni, dopo varie ricerche i fratelli hanno ripreso i contatti, fino a ritrovare l'ultimogenito alcuni mesi fa.

L'atmosfera del gruppo è molto carica di emozione legata alla conclusione del cammino terapeutico. Roberto è silenzioso, appare essere quasi distaccato dall'emozione del gruppo, e nel suo breve intervento comunica che la sua presenza in questo giorno è dovuta esclusivamente all'insistenza dei suoi genitori. Il conduttore esplicita lo stupore per questa affermazione, dicendo: "Solitamente non ascolta mai i suggerimenti dei suoi genitori, come mai proprio oggi lo ha fatto?!" A queste parole Roberto resta in silenzio nel silenzio del gruppo. In quel clima di attesa ogni parola e gesto è denso di significato e questo dentro di me apre le porte alle emozioni. La difficoltà di Roberto a portare le sue parole richiama le mie difficoltà ad affrontare le separazioni. Nell'osservare questi scambi emergono in me ricordi e riflessioni. Quante separazioni accompagnano la crescita dell'uomo...!? Ma quando veramente ci si separa? Ho pensato che Roberto ha voluto portare a termine l'esperienza del gruppo perché questo gli ha consentito di ri-attraversare e ri-elaborare la propria esperienza di separazione dal gruppo dei propri fratelli.

Bibliografia

Argese, M. G. (2009). *La costituzione di uno spazio*

aperto alla trasformazione in un piccolo gruppo a finalità analitica nell'istituzione: spunti di riflessione in una situazione clinica di impasse, Documento a circolazione interna ASL RM/B, Roma.

- Benvenuto, S., Lacoue-Labarthe, P. (2001) *L'origine dell'opera d'arte*, Arti visive, PSYCHOMEDIA, Strasbourg, 1 febbraio 2001
- Bianco, C. pagine di, *MAURICE MERLEAU-PONTY. Pittura e ontologia della sua visione*, <http://www.filosofico.net/esteticaompontyyy.htm>
- Binswanger, L. (1973), *Essere nel Mondo*, Roma: ed. Astrolabio
- Cuomo, G. (2009), *La funzione della "Dramatis persona nella gruppoanalisi"*, Seminario SGAI, 12 Settembre 2009.
- Dell'Anna A. (2007). Recensione di *So Quel che Fai*, 2 R-Rivista di Recensioni Filosofiche, vol. 5, 2007 www.swif.uniba.it/lei/2r.
- Di Leone, G., (2004). *La regolazione dell'autostima nell'equipe di un Centro di Salute Mentale. Omogeneità e differenza*, pubblicato nel volume a cura di S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli, *Gruppi Omogenei*, Borla.
- Gallese, V. (2006). *La consonanza Intenzionale: Una prospettiva neuro fisiologica sull'intersoggettività e sulle alterazioni nell'autismo infantile, Autismo e disturbi dello sviluppo*, vol. 4, 151-173, Trento: Eriskson.
- Kaës, R. (1994), *Il gruppo e il soggetto del gruppo*, Roma: ed. Borla.
- Laplanche-Pontalis (1990). *Dizionario della psicoanalisi*, Torino: ed. Laterza, Torino.
- Napolitani, D., (2009), *"Quale gruppoanalisi?"*, Materiale Didattico Seminario SGAI, 6 Giugno 2009 .
- Napolitani, D., (2009) *"Antropoanalisi: l'antropologia come referente epistemologico"*, Materiale Didattico Seminario SGAI, 7 Novembre 2009,
- Napolitani, D. (2008) *Ospiti: il reciproco farsi dell'Altro*, Convegno "Oltre la soglia. Sguardi a confronto sui modi della relazione", Ischia, 10-11 Ottobre 2008.
- Marrone, A. (2002) *L'ottimismo improponibile di Edgar Morin, padre del pensiero della complessità*, 15 Novembre 2002.
- Rizzolatti, G. (2009). *Neuroni specchio, empatia, implicazioni interpersonali*, XLV Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatra, La Psichiatria Moderna ed il "Mondo Reale" molteplicità integrazione, eclettismo, Roma, 2009.
- Virgili, A. pagine di, *Vita pensiero e opere di Maurice Merleau-Ponty*, Il Diogene, Pagine Enciclopediche, <http://www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=Merleau-Ponty.html>.

Differenze individuali nella suggestionabilità della testimonianza: una ricerca sulla GSS2

Federica Briganti

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Tirocinio post-lauream presso il Centro di Salute Mentale ASL TA/2

Riassunto

Il presente contributo si inserisce all'interno di un lavoro più ampio di validazione della "Gudjonsson Suggestibility Scale 2" (GSS2) nel contesto italiano.

La GSS2 valuta come gli individui reagiscono di fronte a situazioni di interrogatorio e a domande suggestive. Il primo obiettivo della ricerca è quello di osservare se la Scala di Suggestionabilità di Gudjonsson possa essere considerato un test affidabile nella sua versione tradotta in italiano. Un secondo obiettivo mira ad indagare se siano presenti differenze individuali legate al genere e all'età nella suggestionabilità interrogativa dei testimoni. Tale ricerca è stata condotta su un campione di 405 partecipanti, ulteriormente diviso in due gruppi, quello dei giovani, e quello degli adulti. I risultati ottenuti hanno mostrato che lo strumento GSS2 sembra fornire una buona e affidabile misura della suggestionabilità, evidenziando inoltre che non vi è alcuna differenza tra uomini e donne nel modo di cedere ai suggerimenti fuorvianti e che l'età è al contrario un fattore determinante in quanto è in grado di influire sulle prestazioni degli adulti più anziani che risultano essere maggiormente suggestionabili.

Parole chiave: memoria autobiografica, testimonianza, suggestionabilità interrogativa.

Introduzione

Gli studi sulla suggestionabilità hanno radici lontane che si possono far risalire alla fine del 1800, la ricerca si è articolata principalmente in due settori: il settore della psicologia dello sviluppo, che si è occupato dei fattori individuali e situazionali che rendono i minori suggestionabili, e il settore più specifico della psicologia forense, nel quale la suggestionabilità è stata studiata come possibile fonte di distorsione della testimonianza. In ambito giudiziario infatti il ruolo delle testimonianze è di fondamentale importanza in quanto spesso esse costituiscono il maggiore elemento di prova della colpevolezza di un indagato.

Prerequisito fondamentale per lo studio della suggestionabilità della testimonianza è rappresentato dalla conoscenza dei processi mnestici, in particolare della memoria autobiografica, ovvero il tipo di memoria coinvolta nella testimonianza. La memoria autobiografica in generale si riferisce a tutti i ricordi che una persona ha degli eventi e delle esperienze di vita vissute in prima persona e viene definita come la funzione umana che permette l'incontro tra cognizione e personalità, in cui si intersecano cioè le funzioni cognitive, le componenti del sé, le capacità narrative e di regolazione affettiva dell'individuo (Conway e Rubin, 1993).

Lo sviluppo della memoria autobiografica rappresenta il punto di demarcazione del momento in cui un bambino può essere chiamato a rendere testimonianza, in quanto è fondamentale che egli sia in grado di mantenere nella memoria a lungo termine ricordi episodici e quelli che per lui hanno una certa rilevanza.

La memoria tuttavia è soggetta a distorsioni e uno degli interrogativi di maggiore interesse tra i ricercatori che si sono occupati della testimonianza è capire come i suggerimenti esterni possano condurre a errori nel ricordo (Chan, Thomas e Bulevich, 2009). Numerose ricerche infatti hanno messo in luce come i ricordi siano frutto di ricostruzioni post-codifica dell'esperienza originaria, dunque il processo di recupero è sempre un processo di tipo ricostruttivo. Essendo quindi il ricordo di un evento una ricostruzione, occorre considerare che su di esso agiscano sia fattori che intercorrono prima dell'evento, sia durante le fasi del processo mnestico, ma anche le azioni ed i processi che accadono dopo l'evento e che potrebbero alterarne l'immagazzinamento e il recupero.

A influire sul risultato finale della testimonianza

za, oltre ai problemi riguardanti il ricordo del fatto accaduto e alle caratteristiche della persona che rende la testimonianza, intervengono anche fattori legati a “chi” interroga il testimone. Il codice di procedura penale vieta infatti di porre domande suggestive o che possano nuocere alla spontaneità e alla sincerità delle risposte.

Un tipo particolare di suggestionabilità strettamente legata ai contesti di interrogatorio, è stata concettualizzata da Gudjonsson, la suggestionabilità interrogativa, definita come “la misura entro la quale gli individui accettano e conseguentemente incorporano le informazioni post-evento all’interno dei ricordi della propria memoria” (Gudjonsson e Clark, 1986).

Secondo il modello di Gudjonsson e Clark è possibile individuare due distinte tipologie di suggestionabilità interrogativa (Codognotto e Magro, 2012) che sono particolarmente importanti nel contesto forense:

- la prima tipologia è relativa ai lavori di Binet (1900) e di Stern (1910) condotti nel campo della testimonianza e della credibilità dei resoconti testimoniali. In questo caso il focus è centrato sull’impatto che le domande suggestive ed inducenti hanno sul testimone (*Yield* – Accettazione);
- la seconda tipologia è relativa al limite entro il quale i feedback negativi o le pressioni dell’interrogatorio sono in grado di cambiare le risposte date in precedenza (*Shift* – Cambio).

Gudjonsson (1992) sostiene che queste due tipologie di suggestionabilità siano concettualmente distinte e ragionevolmente indipendenti l’una dall’altra, anche se sono entrambe mediate sia da fattori cognitivi che da fattori sociali. Vi sono infatti buone evidenze empiriche che suggeriscono come l’accettazione (*Yield*) sia maggiormente collegata a variabili cognitive, mentre il cambio (*Shift*) sia maggiormente collegato a fattori sociali.

L’autore ha costruito uno strumento in grado di fornirne una misura oggettiva denominato “*Gudjonsson Suggestibility Scale*” (GSS1; Gudjonsson, 1984) e dopo tre anni di ricerca ha elaborato una forma parallela (GSS2; Gudjonsson, 1987a) per migliorarne gli aspetti psicom-

etrici. È proprio la forma parallela della GSS lo strumento principale utilizzato all’interno del presente lavoro.

La ricerca

Obiettivi e ipotesi

Il primo degli obiettivi è quello di osservare se la “*Gudjonsson Suggestibility Scale 2*” (GSS2) possa essere considerato un test affidabile nella sua versione tradotta in italiano.

Un ulteriore obiettivo mira ad indagare se siano presenti differenze individuali nella suggestionabilità interrogativa dei testimoni, facenti riferimento ai fattori legati al genere e all’età. In particolare si ipotizza che:

Il fattore età ha un ruolo determinante nell’influenzare la suggestionabilità interrogativa, quindi giovani ed adulti dovrebbero differire nei punteggi di Accettazione 1 e non in quelli di Cambio. In particolare si ipotizza che gli adulti abbiano punteggi di Accettazione 1 maggiori dei giovani e che non ci siano differenze nei punteggi di Cambio, così come dimostrato da precedenti studi (Polczyk et al, 2004);

In linea con la letteratura precedente (Gudjonsson, 1992a), non sono attese differenze di genere statisticamente significative nella suggestionabilità interrogativa, quindi uomini e donne non dovrebbero differire nel modo di rispondere alle domande suggestive.

Metodo

Campione

Il campione selezionato per la ricerca comprende 405 partecipanti ed è costituito da donne per la percentuale del 57,3%. L’età media è di 37,14 anni (DS=14,97). Tale campione è stato ulteriormente scomposto in due gruppi, ovvero quello dei giovani costituito da 200 partecipanti con un’età media di 24 anni (DS=5,72), e quello degli adulti, costituito da 205 persone con un’età media di 49,97 (DS=8,77). I partecipanti sono stati classificati anche in base al titolo di studio, e la maggior parte di essi, ovvero il 35,1% risulta essere in possesso di diploma di scuola media su-

periore. Il 25,4% ha conseguito la laurea, il 5,4% ha un diploma di scuola media inferiore, il restante 5,4% ha un titolo di scuola elementare.

Misura

Lo strumento utilizzato nella ricerca è la “*Gudjonsson Suggestibility Scale 2*” (GSS2), ovvero una forma parallela della GSS1 (Gudjonsson, 1984), elaborata successivamente da Gudjonsson (1987a) al fine di migliorare gli aspetti psicometrici della prima scala.

La GSS2 è costituita da:

- un breve racconto;
- 20 domande: (15 domande sono suggestive, al fine di osservare se il partecipante ha la tendenza a riportare informazioni che non sono state mai menzionate; 5 domande non sono suggestive.

Dallo scoring è possibile ottenere i seguenti punteggi:

- **Richiamo libero immediato e differito.** Si chiede al partecipante di rievocare liberamente tutti gli elementi che ricorda della storia, suddivisi in 40 elementi, si ottiene quindi un primo punteggio relativo al ricordo di eventi strutturati, compreso tra 0 e 40.

Il Richiamo Libero Immediato si riferisce alla rievocazione del racconto subito dopo la lettura del brano.

Il punteggio di Richiamo Libero Differito fa riferimento alla rievocazione libera del brano da parte dell'intervistato dopo un intervallo di 50 minuti dalla lettura del brano stesso, il che fornisce all'esaminatore una misura della capacità di memoria verbale a lungo termine.

- **Confabulazione Totale.** Punteggio ottenuto dalla somma di Distorsioni e Invenzioni. In particolare si assegna un punto di Distorsione quando l'individuo, durante il richiamo libero, cambia in maniera importante dettagli presenti nei “concetti”. Se nel richiamo viene introdotto un nuovo elemento nel racconto, si assegna un punteggio di Invenzione.
- **Suggestibilità Totale.** Si ottiene dal-

la somma dei punteggi di Accettazione1 e Cambio ed è compreso tra 0 e 35. In particolare il punteggio di Accettazione1 rappresenta la misura in cui gli individui cedono alle domande suggestive prima del feedback negativo. Si assegna un punto a ciascuna delle 15 domande suggestive a cui si è ceduto e il punteggio massimo è 15. È inoltre possibile assegnare un punteggio di Accettazione2 che è identico ad Accettazione1 ad eccezione del fatto che rappresenta il numero di domande suggestive a cui si è ceduto dopo aver ricevuto un feedback negativo. Il punteggio di Cambio invece rappresenta il numero di volte in cui l'individuo ha cambiato la risposta alle 20 domande dopo il feedback negativo ed è compreso tra 0 e 20.

Procedura

La sessione sperimentale con ciascun partecipante dura in media 1ora e 15 minuti. Inizialmente si chiede ai partecipanti di firmare un modulo di consenso informato in cui si informano gli stessi che la partecipazione allo studio è volontaria e che i dati saranno trattati in maniera tale da garantire la riservatezza e la protezione degli stessi.

È fondamentale stabilire una buona relazione con il compilatore prima della somministrazione della GSS2 che viene presentata come una prova di memoria, avendo cura di non riferire al partecipante che si sta valutando la sua suggestibilità.

In primo luogo il somministratore legge il brano e dopo una lenta e chiara lettura del brano si dice si chiede al compilatore di rievocare liberamente tutti gli elementi che ricorda della storia. Il richiamo libero del partecipante viene quindi registrato per poi essere trascritto interamente dopo la chiusura della sessione. Successivamente, si chiede all'intervistato di ripetere ancora una volta il brano dopo un intervallo di 50 minuti dalla lettura del racconto. Durante i 50 minuti trascorsi tra il primo e il secondo Richiamo Libero si invitano i partecipanti a eseguire un compito filler. Vengono quindi lette 20 domande in maniera chiara e decisa, dando all'individuo il tempo necessario per

rispondere e le risposte vengono trascritte nel foglio di scoring. Dopo che il partecipante ha risposto alle 20 domande l'esaminatore somministra il *feedback* negativo dicendo che ha commesso un certo numero di errori, e lo si invita a rispondere nuovamente alle domande un'altra. Le 20 domande vengono quindi ripetute per ottenere i punteggi di Accettazione1, Accettazione2, Cambio e Suggestionabilità Totale.

A conclusione dello studio il ricercatore chiarisce al partecipante l'oggetto della ricerca e gli obiettivi dello stesso esperimento (debriefing) e l'ultima fase è quella del commiato e dei ringraziamenti.

Risultati

Analisi descrittive dei punteggi

La Tabella1 riporta i punteggi medi ottenuti dai partecipanti al primo e al secondo Richiamo Libero, i punteggi di Accettazione1, Accettazione2, Confabulazione Totale1, Confabulazione Totale2, Cambio e di Suggestionabilità Totale.

È possibile osservare che i punteggi di Accettazione2 sono più elevati di quelli di Accettazione1, e tale risultato è stato dimostrato effettuando un'analisi del t-test per campioni appaiati che mette in luce che la differenza è statisticamente significativa ($t_{241}=8,84$; $p<0,001$). Questo risultato può essere spiegato dall'effetto del *feedback* negativo che è stato in grado condizionare le risposte dei partecipanti.

Tab. 1- Analisi descrittive dei punteggi

| | Range | Media | Deviazione Standard |
|------------------------|-------|-------|---------------------|
| Richiamo Libero 1 | 1-31 | 14,89 | 5,48 |
| Confabulazione 1 | 0-10 | 2,21 | 1,67 |
| Richiamo Libero 2 | 1-33 | 13,33 | 5,38 |
| Confabulazione 2 | 0-9 | 2,53 | 1,72 |
| Accettazione 1 | 0-13 | 4,5 | 2,67 |
| Accettazione 2 | 0-20 | 5,47 | 3,14 |
| Cambio | 0-15 | 3,4 | 2,31 |
| Suggestionabilità Tot. | 0-25 | 7,9 | 4,21 |

Analisi sull'affidabilità

Un primo obiettivo perseguito nel presente studio riguarda la valutazione dell'affidabilità dello strumento attraverso il calcolo dell' α di Cronbach, ovvero un coefficiente che sintetizza l'attendibilità di un test. I coefficienti alpha ottenuti per i punteggi di Accettazione1, Accettazione2 e Cambio sono rispettivamente $\alpha=0,51$, $\alpha=0,69$ e $\alpha=0,70$.

Sono state quindi analizzate le correlazioni tra i punteggi ottenuti dal campione in ciascun item del test ed il punteggio totale (Tabella2). Considerando il punteggio di Accettazione1, le correlazioni più alte riguardano l'item 6, ovvero una domanda falsa alternativa, l'item 14 e un'altra falsa alternativa, l'item 19. L'item 6, il 14, e il 19 si riferiscono a domande suggestive. Non è stata riscontrata alcuna correlazione significativa tra gli item non suggestivi (1; 5; 9; 13; 17) e il punteggio totale di Accettazione 1.

Prendendo in considerazione il punteggio di Cambio, le correlazioni più alte riguardano 3 domande false alternative, che sono l'item 2, l'item 6, l'item 19 e l'item14. Tuttavia anche le domande non suggestive correlano significativamente con il punteggio totale di Cambio. Una possibile spiegazione è che nello scoring del punteggio di Cambio è possibile assegnare un punto anche alle domande non suggestive a differenza dell'Accettazione. Nell'Accettazione infatti si assegna un punto per ciascuna delle 15 domande suggestive a cui "si è ceduto" ed il punteggio massimo è 15. Nel Cambio invece si assegna un punto ogni volta che l'individuo ha cambiato la propria risposta a tutte le 20 domande dopo la somministrazione del *feedback* negativo.

Tab. 2 - Correlazioni

| ITEMS | <i>r con il punteggio Tot</i> | |
|----------|-------------------------------|-------------------|
| | <i>Accettazione1</i> | <i>Tot Cambio</i> |
| 1 | 0,06 | 0,17** |
| 2 | 0,43** | 0,46** |
| 3 | 0,34** | 0,41** |
| 4 | 0,40** | 0,38** |

| | | |
|----|--------|--------|
| 5 | -0,01 | 0,25** |
| 6 | 0,56** | 0,45** |
| 7 | 0,44** | 0,31** |
| 8 | 0,34** | 0,25** |
| 9 | -0,01 | 0,09 |
| 10 | 0,46** | 0,38** |
| 11 | 0,42** | 0,12* |
| 12 | 0,42** | 0,41** |
| 13 | -0,00 | 0,17** |
| 14 | 0,50** | 0,42** |
| 15 | 0,49** | 0,24** |
| 16 | 0,18** | 0,22** |
| 17 | 0,00 | 0,23** |
| 18 | 0,26** | 0,28** |
| 19 | 0,48** | 0,42** |
| 20 | 0,39** | 0,31** |

Analisi sulle differenze di genere ed età

Per osservare se esistono differenze di genere nella suggestionabilità interrogativa è stata condotta una ANOVA univariata sui punteggi di Accettazione 1, Accettazione 2, Cambio e Suggestionabilità Totale.

I risultati mostrano che uomini e donne non differiscono significativamente nel modo in cui accettano le suggestioni presenti nelle domande e nel rispondere al feedback negativo (Accettazione 1: $F_{(1,403)} = 0,47$, n.s.; Accettazione 2: $F_{(1,403)} = 0,01$ n.s.; Cambio: $F_{(1,403)} = 1,24$ n.s.). Infine non sono presenti differenze significative nei punteggi di suggestionabilità totale ($F_{(1,403)} = 0,03$, n.s.).

È stato inoltre condotto, sempre tramite Anova Univariata, un confronto tra punteggi ottenuti da giovani e adulti per quanto riguarda i punteggi di Richiamo Libero1, Richiamo Libero2, Accettazione1, Cambio e Suggestionabilità Totale al fine di osservare se esistono differenze di età nella suggestionabilità.

Sono emerse differenze statisticamente significative nei Richiami 1 e 2 (Richiamo Libero 1: $F_{(1,403)} = 26,91$, $p < 0,001$; Richiamo Libero 2: $F_{(1,403)} = 39,66$, $p < 0,001$), infatti i giovani hanno ottenuto punteggi più alti rispetto agli adulti in entrambi i richiami (Richiamo Libero 1: $M_{adulti} = 13,54$, $DS = 5,25$; $M_{giovani} = 16,28$, $DS = 5,39$; Richiamo Libero 2: $M_{adulti} = 11,74$, $DS = 4,95$; $M_{giovani} = 14,96$, $DS = 5,33$). Ciò dimostra che i giovani forniscono resoconti più dettagliati rispetto agli adulti. Differenze significative riguardano anche i punteggi di Accettazione 1 ($F_{(1,403)} = 6,71$, $p < 0,01$), per cui gli adulti ottengono punteggi mediamente più alti rispetto ai giovani ($M_{adulti} = 4,84$, $DS = 2,75$; $M_{giovani} = 4,16$, $DS = 2,54$) e ciò è indice di una loro maggiore vulnerabilità alle domande suggestive.

Non sono emerse differenze significative tra giovani e adulti nel punteggio Cambio ($F_{(1,403)} = 3,34$, n.s). Dunque la differente età non influirebbe sulla suggestionabilità intesa come propensione a cambiare le risposte seguenti al feedback

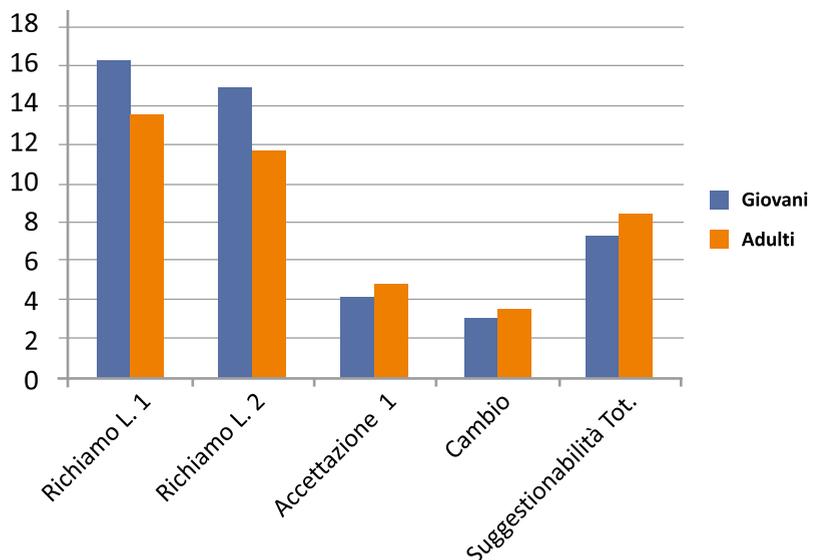


Fig. 1 – Differenze di età

negativo. Infine nella Suggestionabilità Totale è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa ($F_{(1,403)}=7,12, p<0,01$), per cui gli adulti risultano ottenere punteggi medi più alti dei giovani ($M_{\text{adulti}}=8,44, DS=4,3; M_{\text{giovani}}=7,34, DS=4,04$).

Discussione

Lo scopo del presente studio è stato anche quello di confrontare la suggestionabilità interrogativa tra adulti giovani e meno giovani a partire dall'ipotesi secondo cui il fattore età avrebbe un ruolo importante, in quanto influirebbe sulle prestazioni degli stessi riguardanti i punteggi di Accettazione1 ma non di Cambio (Polczyk et al, 2004).

Differenze significative sono state riscontrate nei punteggi di richiamo, risultanti più elevati per i giovani adulti e ciò può essere letto alla luce delle loro migliori capacità di memoria. Secondo il modello Gudjonsson e Clark (1986) di suggestionabilità interrogativa, vi è una ragione principale per cui gli adulti anziani dovrebbero essere generalmente più suggestionabili di quelli giovani: hanno una povera capacità di memoria, e l'incertezza che ne deriva è una delle principali determinanti della suggestionabilità interrogativa.

A conferma dell'ipotesi secondo cui giovani e adulti differirebbero nei punteggi di Accettazione1 è emerso che gli adulti più anziani hanno ottenuto un più elevato punteggio di Accettazione1, dimostrandosi quindi più suggestionabili, inoltre tra le prestazioni dei due gruppi non è risultata alcuna differenza significativa riguardante i punteggi di Cambio, quindi l'ipotesi che gli adulti anziani siano più suggestionabili di quelli giovani è stata confermata nel caso della tendenza a cedere ai suggerimenti contenuti in domande fuorvianti, ma non nel caso della propensione a cambiare le risposte seguenti al feedback negativo. Alcuni autori (Polczyk et al, 2004) hanno sostenuto che il Cambio è probabilmente più legato ad alcune variabili interpersonali e sociali, per esempio, la dipendenza dalle autorità e la stima di sé può essere più importante per il Cambio che per l'Accettazione (Gudjonsson, 2003; Gudjonsson e Lister, 1984). Gli adulti più anziani infatti tendono ad es-

sere meno dipendenti dalle autorità e più sicuri di sé rispetto ai giovani adulti.

Conclusioni generali

Nel presente lavoro è stata analizzata la relazione tra la suggestionabilità interrogativa e alcune caratteristiche individuali, quali il genere e l'età. Non tutti infatti rispondono allo stesso modo alla suggestione e tale variabilità dipende dall'interazione tra le nostre caratteristiche e i fattori contestuali. Nella ricerca illustrata sono state prese in considerazione entrambe le forme di suggestionabilità interrogativa teorizzate da Gudjonsson, ovvero l'Accettazione (*Yield*), che riguarda l'impatto che le domande suggestive hanno sul testimone e il Cambio (*Shift*), il modo in cui i feedback negativi o le pressioni dell'interrogatorio sono in grado di cambiare le risposte date in precedenza (Gudjonsson, 1992a).

In ambito giudiziario le testimonianze costituiscono il maggiore elemento di prova della colpevolezza di un indagato, quindi errori e distorsioni nelle testimonianze possono comportare gravi conseguenze. I testimoni oculari possono identificare i colpevoli, ricordare conversazioni, o ricordare altri dettagli rilevanti ai fini delle indagini, quindi la testimonianza resa su di un fatto cui si è assistito può avere conseguenze estremamente pesanti sia sul testimone stesso che su altre persone. Dunque la modalità di condurre l'interrogatorio ha un ruolo importante in quanto può produrre un notevole effetto di suggestione, infatti il modo di porgere una domanda a un individuo che si trova nella posizione di testimone è uno dei principali fattori che influenzano la costruzione della sua risposta e tale processo altera i richiami successivi.

Come anticipato, la suggestionabilità è il prodotto dell'interazione di fattori situazionali, quali appunto quelli legati all'intervista, e fattori individuali, come genere ed età. Nella presente ricerca, condotta con l'ausilio di una versione italiana della GSS2, al fine di osservare l'eventuale presenza di differenze nella suggestionabilità interrogativa vengono confrontate le prestazioni di giovani e adulti e di uomini e donne. I risultati ottenuti hanno confermato quanto risulta da precedenti ricerche (Polczyk et al, 2004; Gudjonsson, 1992a) ovvero

che non vi è alcuna differenza tra uomini e donne nel modo di cedere ai suggerimenti fuorvianti e che l'età è al contrario un fattore determinante in quanto è in grado di influire sulle prestazioni degli adulti più anziani che risultano essere maggiormente suggestionabili anche a causa di scarse capacità di memoria che determinano la loro maggiore vulnerabilità. È importante osservare che gli adulti sono risultati più suggestionabili dei giovani nella tendenza a cedere ai suggerimenti contenuti in domande fuorvianti (Accettazione 1), ma non nel caso della propensione a cambiare le risposte seguenti al feedback negativo (Cambio). Vi sono infatti buone evidenze empiriche (Polczyk et al, 2004; Gudjonsson, 1992a) che suggeriscono come l'accettazione (*Yield*) sia maggiormente collegata a variabili cognitive, mentre il cambio (*Shift*) sia maggiormente collegato a fattori e variabili sociali e interpersonali, come l'influenza delle autorità e l'autostima. Generalmente gli adulti tendono ad essere meno dipendenti dalle autorità e ad avere maggior sicurezza in sé rispetto agli adolescenti (Gudjonsson, 2003), tuttavia tale differenza sembra scomparire se si prende in considerazione un campione di giovani dell'età presa in esame nella presente ricerca.

In conclusione, alla luce dei risultati di questa ricerca, è possibile concludere che lo strumento GSS 2 sembra fornire una buona e affidabile misura della suggestionabilità. La ricerca dovrebbe, dunque, continuare a muoversi in tale direzione testando la validità dello strumento su popolazioni di età differente in quanto le prospettive future di questo lavoro risultano particolarmente stimolanti. L'utilizzo di strumenti come la GSS da parte di esperti nel contesto psico-forense italiano sarebbe fondamentale per favorire maggiori cautele nell'interrogare gli adulti più anziani, o persone maggiormente suggestionabili, in quanto essi possono essere particolarmente vulnerabili ai suggerimenti impliciti delle domande fuorvianti, soprattutto quelli con scarsa memoria.

Bibliografia

- Binet, A. (1900). *La suggestibilité*, Schleicher Freres: Paris.
- Chan, J. C. K., Thomas, A. K. & Bulevich, J. B. (2009). Recalling a witnessed event increases eyewitness suggestibility: The reversed testing effect. *Psychological Science*, 20, 66-73.
- Codognotto, S. & Magro T. (2008). *La testimonianza del minore: strumenti e protocolli operativi*. Rimini: Maggioli editore.
- Conway M. A. & Rubin D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. In A. F. Collins, S. E., Gathercole, M. A. Conway e P. E. Morris (a cura di), *Theories of memory*, (pp. 103-137). Hove: LEA.
- Gudjonsson, G. H. (1984). The relationship between induced emotional arousal and amnesia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 147-160.
- Gudjonsson, G. H. (1986). The relationship between interrogative suggestibility and acquiescence: Empirical findings and theoretical implications. *Personality and Individual Differences*, 7, 195-199.
- Gudjonsson, G.H. (1987a). A parallel form of the Gudjonsson Suggestibility Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 215-221.
- Gudjonsson, G. H. (1992). *The psychology of interrogations, confessions and testimony*. New York: Wiley.
- Gudjonsson, G.H. (1992a). Interrogative suggestibility: Factor analysis of the Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS 2). *Personality and Individual Differences*, 13, 479-481.
- Gudjonsson, G. H. (2003). *The psychology of interrogations and confessions: A handbook*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gudjonsson, G.H. & Clark, N.K. (1986). Suggestibility in police interrogation: A social psychological model. *Social Behaviour*, 1, 83-104.
- Gudjonsson, G. H. & Lister, S. (1984). Interrogative suggestibility and its relationship with perceptions of self-concept and control. *Journal of the Forensic Science Society*, 24, 99-110.
- Gulotta, G. & Curci, A. (2010) (a cura di). *Mente, società e diritto*. Milano: Giuffrè.
- Polczyk R., Wesołowska, B., Gabarczyk, A., Minkowska, I., Supska, M. & Bomba, E. (2004). Age Differences in Interrogative Suggestibility: A Comparison between Young and Older Adults. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 1097-1107.
- Stern, W. (1910). Abstracts of lectures on the psychology of testimony and on the study of individuality. *American Journal of Psychology*, 21, 270-282.

Pratiche di insegnamento e utilizzo delle tecnologie: il punto di vista dei docenti

Roberta Tomasi

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”

Tirocinante post-lauream presso l’U.O.C. di Neuropsichiatria dell’Infanzia e Adolescenza – ASL Taranto

“L’insegnante che avanza nell’ombra del tempio, fra i suoi discepoli, non trasmette la sua sapienza, ma piuttosto la sua fede e la sua amorevolezza. Se è veramente saggio, non vi introdurrà nella casa della sua sapienza, ma vi accompagnerà alla soglia della vostra mente”.

Khalil Gibran

Riassunto

Nella nostra società in rapida evoluzione, la professione del docente sta diventando sempre più complessa e gli insegnanti si trovano a dover far fronte a richieste sempre maggiori in ordine non solo alla formazione e all’istruzione, bensì anche alla cultura e all’orientamento degli studenti. Riflettere sulla propria identità competente, nonché sugli aspetti funzionali della professione, è una risorsa importante dell’insegnante perché solamente una forte strutturazione dell’identità è in grado di sopportare l’ambiguità e l’insicurezza propria di un sistema in continua evoluzione (Lisimberti, 2006).

Partendo da queste riflessioni, il presente lavoro di tesi – svolto presso la Cattedra di Psicologia dell’Educazione, dell’Università degli Studi di Bari, con la Prof.ssa M.B. Ligorio – ha l’obiettivo di indagare l’identità professionale degli insegnanti ed è mosso principalmente dall’ipotesi che tale costrutto sia caratterizzato da una struttura multicomponentiale. Nello specifico questa ricerca – a cui hanno partecipato 514 docenti in servizio nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado, prevalentemente della regione Puglia – ha avuto lo scopo di indagare l’influenza di variabili socio-demografiche sulle strategie di insegnamento, rivolgendo particolare attenzione al modo in cui gli insegnanti percepiscono le proprie modalità di insegnamento e utilizzano le tecnologie in ambito didattico. Dai dati raccolti attraverso un questionario di auto-valutazione e successive analisi statistiche, sono emersi una serie di risultati interessanti a seconda del sesso, età, titolo di studio, grado scolastico, disciplina di insegnamento e anni di esperienza lavorativa.

Parole chiave: *insegnanti, identità professionale, attività didattica, tecnologie, processi di insegnamento*

Introduzione

Nell’attuale società dell’informazione e della conoscenza (Castells, 2001) frutto dell’impatto delle nuove tecniche informatiche nella strutturazione sociale, la professione del docente sta diventando sempre più complessa e gli insegnanti si trovano a dover far fronte a richieste sempre maggiori in ordine non solo alla formazione e all’istruzione, bensì anche alla cultura e all’orientamento degli studenti (Lisimberti, 2006).

Il nuovo ruolo del docente, dunque, si trasforma da depositario assoluto del sapere a guida propositiva, affinché l’apprendimento dell’alunno da meccanico e nozionistico (*rote learning*) diventi significativo (*meaningful learning*), ovvero un’attività costruttiva - calata in un contesto - che permette di attribuire significato alle conoscenze, sollecitandone la rielaborazione e la ricontestualizzazione (Ausubel, 1963), fondata sull’interazione sociale a contatto con una comunità (Cacciamani e Giannandrea, 2004; Simons, 2000) non solo nella classe (in presenza) ma anche grazie all’interazione in contesti online (a distanza).

È in questo modo che si costruisce la logica dell’*imparare a imparare* (Ligorio e Pontecorvo, 2010): le Tecnologie di Informazione e Comunicazione (TIC) possono divenire strumenti, tools, (cognitivi) di apprendimento significativo – capaci di favorire e accrescere i processi formativi – se offrono agli allievi possibilità di imparare con le tecnologie e non dalle tecnologie (Jonassen, 2007). Difatti, se le scuole desiderano realizzare contesti didattico-formativi volti ad un apprendimento creativo, non bisogna utilizzare la tecno-

logia come insegnante che presenta, conserva ed elargisce informazioni agli allievi, piuttosto considerarla come <<partner intellettuale>> (Marconato e Litturi, 2005, p. 17), che favorisce il pensiero; funzione significativa per supportare (*scaffolding*) l'apprendimento all'interno di un contesto in cui l'attività lavorativa viene ripartita nella classe ed eseguita cooperativamente anche attraverso le tecnologie (Varisco e Grion, 2000).

In questo scenario riflettere sulla propria identità professionale è una risorsa importante dell'insegnante, perché solamente un significativo e soddisfacente concetto di sé nel lavoro, come afferma Korthagen (2004), costituirebbe lo strumento attraverso cui i docenti possono affrontare propositivamente i complicati e cangianti contesti scolastici, quindi, un fattore significativo dell'essere un buon insegnante, che conosce e utilizza le strategie di insegnamento più recenti tra le quali sono indispensabili le abilità relative alle nuove tecnologie, quelle connesse con la gestione efficace di un gruppo – apprendimento collaborativo – e problem solving.

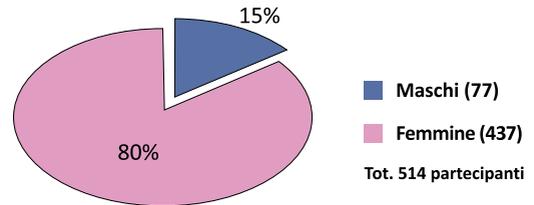
Obiettivi e ipotesi

Partendo da queste riflessioni e da una ricerca svolta presso la Cattedra di Psicologia dell'Educazione dell'Università degli Studi di Bari (2004) che ha delineato una struttura multicomponentiale dell'identità professionale, lo studio empirico proposto vuole capire quale sia l'influenza delle variabili socio-demografiche sui fattori che compongono il suddetto costrutto, rivolgendo particolare attenzione al modo in cui gli insegnanti percepiscono le tecnologie e i processi di insegnamento. Ci si chiede, cioè, se esistano percezioni differenti a seconda del sesso, età, titolo di studio, grado scolastico, disciplina di insegnamento e anni di esperienza lavorativa.

Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 514 insegnanti (M = 77, F = 437), in servizio nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado, prevalentemente della regione Puglia. I maschi rappresentano il 15% del campione, mentre le femmine l'85%.

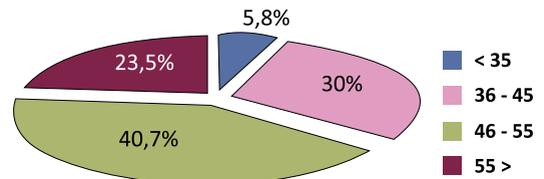
Graf. 1 - Suddivisione del Campione per Genere



Rispetto alla variabile "età", è possibile suddividere il campione in 4 gruppi:

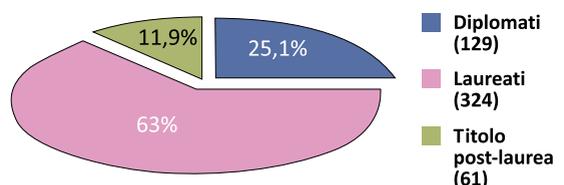
- *fino a 35 anni*, costituito da 30 partecipanti (5,8%);
- *da 36 a 45 anni*, costituito da 154 partecipanti (30%);
- *da 46 a 55 anni*, costituito da 209 partecipanti (40,7%);
- *da 56 anni in su*, costituito da 121 partecipanti (23,5%).

Graf. 2 - Suddivisione del Campione per Età



Il campione docente, si compone di 129 diplomati (25,1%), 324 laureati (63%) e 61 partecipanti in possesso di un titolo post-laurea (11,9%).

Graf. 3 - Suddivisione del Campione per Titolo di Studio



In relazione all'istituto di appartenenza, hanno preso parte alla ricerca 203 insegnanti di scuola primaria (39,5%), 151 insegnanti di scuola media inferiore (29,4%) e 160 insegnanti di scuola media superiore (31,1%).

Di questi, 127 (24,7%) insegnano materie scientifiche (matematica, scienze, fisica, biologia, ecc.), 237 (46,1%) insegnano materie umanistiche (italiano, storia, geografia, lingua straniera, ecc.); 119 (23,2%) rientrano nella categoria "altro" (insegnanti di sostegno, di educazione fisica, o di educazione musicale). Infine 31 partecipanti (6%) sono insegnanti unici – pluriambito – presso gli istituti primari.

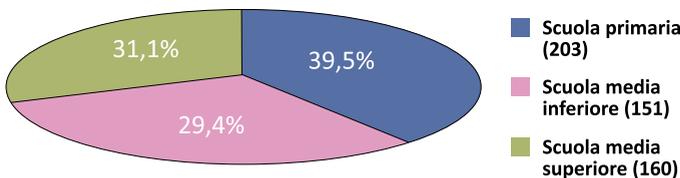
Infine, per quanto concerne la variabile "anzianità di servizio" il campione è suddivisibile in 3 gruppi:

- *fino a 15 anni di esperienza lavorativa*, costituito da 168 docenti (32,7%);
- *da 16 a 25 anni di esperienza lavorativa*, costituito da 167 docenti (32,5%);
- *da 26 anni in su di esperienza lavorativa*, costituito da 179 docenti (34,8%).

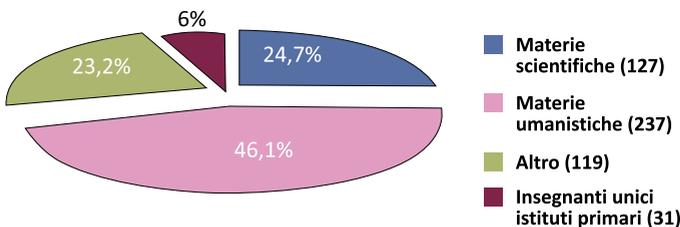
In conclusione, quindi, è possibile affermare che il gruppo dei partecipanti si compone prevalentemente di insegnanti di materie umanistiche di sesso femminile, in una fascia di età compresa tra 46 e 55 anni, e in possesso di un diploma di laurea. Vi è, invece, una distribuzione abbastanza omogenea rispetto agli anni di esperienza lavorativa e nei tre gradi scolastici presi in considerazione.

Si tratta di una prima serie di risultati interessanti. La prevalente femminilizzazione e l'età media crescente sono in linea, per esempio, con i dati della terza indagine nazionale dell'Istituto di ricerca IARD (2008), sulla condizione di vita e di lavoro dei docenti nella scuola italiana (De Lillo, 2010). Sono opportune tuttavia delle precisazioni: rispetto al primo dato, infatti, la letteratura di riferimento (ivi) evidenzia la presenza del fenomeno principalmente nelle scuole primarie, rispetto a quelle medie di primo e secondo grado. Il secondo dato può essere letto in chiave sociale, derivante dalle lungaggini procedurali prima di poter essere assunti nel mondo della scuola (Corradini, 2004).

Graf. 4 - Suddivisione del Campione per Grado Scolastico



Graf. 5 - Suddivisione del Campione per Disciplina di Insegnamento



Graf. 6 - Suddivisione del Campione per Anzianità di Servizio



Strumenti

Al fine di indagare la percezione che gli insegnanti hanno della propria attività didattica, ai partecipanti alla ricerca è stato somministrato un questionario di auto-valutazione costituito da 79 item creati ad hoc e valutati

su una scala Likert a 5 passi, da “mai” a “sempre”.

Attraverso un lavoro di tesi svoltosi sempre presso la Cattedra di Psicologia dell’Educazione dell’Università degli Studi di Bari, i dati raccolti con il questionario sono stati analizzati con un’Analisi Fattoriale, ed è emersa una struttura multicomponentiale dell’identità professionale, a sei fattori: *didattica centrata sullo studente, contesto, disagio professionale, tecnologia, processo di apprendimento, processo di insegnamento*.

I fattori di nostro interesse, si compongono rispettivamente di cinque item concernenti il modo in cui l’insegnante percepisce e utilizza le tecnologie in ambito didattico, e otto item che sintetizzano il modo in cui il docente percepisce le sue modalità e capacità di insegnamento.

Procedura di somministrazione e di analisi

Il reclutamento dei partecipanti alla ricerca è avvenuto a seguito di contatti telefonici con i dirigenti scolastici di tre gradi (scuola primaria, scuola media inferiore e superiore) i quali, dopo essere stati informati sulle finalità della ricerca e sullo strumento utilizzato, si sono resi disponibili rispetto alla possibilità di somministrare il questionario agli insegnanti dei rispettivi istituti.

La compilazione del questionario, in forma anonima (secondo il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196) richiede circa venti minuti, ed è avvenuta nella maggior parte dei casi presso le scuole in cui i docenti insegnano e durante le ore di “buco” (interruzione nella prestazione del servizio), in un ambiente tranquillo e senza fonti di distrazioni, che garantisca loro privacy, silenzio e concentrazione. Il questionario compilato è stato raccolto non appena terminata la compilazione; in altri casi, invece, questa è avvenuta tramite il formato on-line creato a partire dal questionario cartaceo.

Le risposte al questionario sono state analizzate con il software statistico SPSS v. 17.0, attraverso cui sono state condotte analisi quantitative descrittive – T-test per campioni indipendenti per la variabile “genere” e test dell’Analisi della Varianza (ANOVA) per le restanti variabili – al fine di valutare le differenze fra le medie.

Per la significatività statistica è stato considerato $p \leq 0,05$.

Risultati

I risultati della ricerca possono essere suddivisi in due sezioni.

La prima riguarda l’analisi della differenza tra medie rispetto alla variabile “genere” attraverso l’utilizzo del T-test per campioni indipendenti e ha permesso di evidenziare quanto segue:

Tab. 1 - Risultati T-test

| Fattori | T | Sig. (2-tailed) |
|---------------------------------|----------------|-----------------|
| Tec Equal variance assumed | ,868 ,777 | ,386 ,439 |
| Equal variance not assumed | | |
| Proc_ins Equal variance assumed | 1,720 1,484 | ,086 ,141 |
| Equal variance not assumed | | |

Come si evince dalla prima tabella, il sesso non ha un’influenza significativa sulle *tecnologie* e sui *processi di insegnamento* in quanto il T-Test risulta non significativo.

Non vi è, cioè, una differenza significativa tra uomini e donne nella percezione del proprio modo di *fare scuola*, nonché nella percezione delle TIC dato importante che contrasta l’idea comune secondo cui gli uomini siano *miglior connessi*, o come emerso in precedenti studi (indagine IARD, 1999), «a parità di tipo di materia insegnata gli insegnanti maschi dichiarano sistematicamente di possedere competenze informatiche in misura maggiore delle loro colleghe» (Argentin, 2002, p. 22).

Tuttavia il suddetto risultato non è in linea con quello della ricerca IARD (2008) che, rispetto alla frequenza d’uso delle nuove tecnologie, mostra un’influenza significativa del genere sottolineando l’uso più alto degli uomini rispetto alle donne (Gui, 2010).

La seconda sezione di risultati concerne il confronto tra le medie in funzione delle variabili “età”, “titolo di studio”, “grado scolastico”, “disciplina di insegnamento”, “anni di esperienza

lavorativa”, attraverso l’utilizzo del test dell’Analisi della Varianza (ANOVA) e la verifica della presenza di una differenza significativa tra le risposte degli insegnanti attraverso il Test Post Hoc.

È possibile evidenziare quanto segue:

Tab. 2 - Risultati Anova età

| FATTORI | F | Sig. |
|--------------------------|-------|------|
| TECNOLOGIE | 9,018 | ,000 |
| PROCESSO DI INSEGNAMENTO | 3,325 | ,020 |

Come mostra la seconda tabella, la variabile “età” ha un’influenza significativa sui fattori *tecnologia* e *processo di insegnamento*.

Nello specifico, dall’osservazione del Post Hoc, è emerso che in merito al fattore *tecnologie* c’è una differenza significativa tra il primo gruppo (fino a 35 anni) e il terzo gruppo (da 46 a 55 anni), tra il primo e il quarto gruppo (da 56 in su), e tra il secondo gruppo (da 36 a 45 anni) e il quarto (da 56 in su).

Pertanto, si conclude che nella percezione e nell’utilizzo delle tecnologie siano gli insegnanti più giovani a differenziarsi in maniera significativa rispetto agli insegnanti più anziani.

Per quanto riguarda il fattore *processo di insegnamento* l’unica differenza significativa riscontrata è tra il secondo gruppo (da 36 a 45 anni) e il quarto (da 56 in su). In questo caso i risultati mostrano la presenza di una differenza significativa tra giovani docenti e quelli anziani rispetto alle modalità di insegnamento.

È possibile ipotizzare che i giovani insegnanti abbiano una visione diversa e siano più propensi ad utilizzare le TIC come strumenti in grado di facilitare l’apprendimento degli studenti – e quindi di supportare il processo di insegnamento – rispetto a docenti più anziani meno inclini a modificare il proprio modo di insegnare e a mettere in discussione le proprie capacità di insegnamento, convinti probabilmente che la tradizionale lezione frontale sia la sola efficace nella trasmissione delle conoscenze. Questo dato si riscontra anche nell’ultima indagine IARD (2008) in cui gli insegnanti over 50 vengono presentati come meno socializzati all’innovazione (Gui, 2010),

ed anche laddove utilizzate, le nuove tecnologie restano confinate alla sola preparazione della lezione o alla ricerca di materiali e approfondimenti che non vengono poi impiegati in aula attraverso software didattici appositi e presentazioni, ma in forma cartacea o orale, non favorendo così il reale coinvolgimento degli allievi (ivi). Pertanto sarebbe auspicabile, all’interno della scuola, la promozione di un punto di vista critico nei riguardi dell’adeguata applicazione delle TIC al fine di rendere i docenti consapevoli dei reali vantaggi/svantaggi della tecnologia nella didattica.

Tab. 3 - Risultati Anova anni di esperienza

| | F | Sig. |
|--------------------------|-------|-------|
| TECNOLOGIE | 5,977 | 0,003 |
| PROCESSO DI INSEGNAMENTO | 0,351 | 0,704 |

L’andamento di questi risultati si riflette inevitabilmente nel cumulo di esperienze sul campo – “anzianità di servizio” – variabile che, come emerge dalla terza tabella, ha un impatto significativo sul fattore *tecnologia*; non emerge, invece, un’influenza significativa sul fattore *processo di insegnamento*.

Il Post Hoc pone in evidenza quanto segue: relativamente all’uso delle TIC in ambito didattico, le differenze significative si riscontrano tra gli insegnanti con meno di 16 anni di esperienza lavorativa e docenti con oltre 26 anni di insegnamento, prossimi al pensionamento.

In quest’ottica la formazione degli insegnanti, tanto novizi quanto di ruolo, si configura quale aspetto cruciale, per produrre effetti positivi sulla didattica, e in generale sul mondo scolastico.

A tal proposito Corradini (2004) mette in evidenza l’atteggiamento critico di gran parte dei docenti nei confronti della formazione iniziale, ritenuta insufficiente nella preparazione alle questioni didattiche, ai problemi educativi, nonché all’uso didattico delle nuove tecnologie.

A fronte di questa valutazione negativa, si registra invece un aumento della partecipazione degli insegnanti alle attività di aggiornamento, quindi, un giudizio complessivamente positivo nei confronti della formazione in servizio soprattutto da

parte di giovani docenti rispetto a quelli di mezza età, più critici (ivi).

Strettamente connessi, allora, appaiono altri significativi risultati.

Tab. 4 - Risultati Anova titolo di studio

| | F | Sig. |
|--------------------------|-------|-------|
| TECNOLOGIE | 3,332 | 0,037 |
| PROCESSO DI INSEGNAMENTO | 1,324 | 0,267 |

Come si evince dalla quarta tabella la variabile “titolo di studio” ha un impatto significativo sulle *tecnologie*.

Il test Post Hoc mette in evidenza che nella percezione delle TIC sono gli insegnanti in possesso di un titolo post-laurea (master, corsi di aggiornamento, ecc.) che si differenziano in modo significativo dagli insegnanti diplomati.

Si è pertanto portati ad ipotizzare che la possibilità per un insegnante di continuare a formarsi non solo dopo il conseguimento del diploma, ma soprattutto attraverso la frequentazione di corsi di formazione e aggiornamento abbia un impatto decisivo sull’uso delle tecnologie in ambito didattico e sullo sviluppo di un approccio più flessibile, quindi, di una alfabetizzazione informatica troppo spesso assente negli attori della formazione inseriti nella moderna società dell’informazione.

Tab. 5 - Risultati Anova grado scolastico

| | F | Sig. |
|--------------------------|-------|-------|
| TECNOLOGIE | 1,547 | 0,214 |
| PROCESSO DI INSEGNAMENTO | 1,070 | 0,344 |

Come si può osservare dalla quinta tabella la variabile “grado scolastico” non ha un’influenza significativa sui fattori di nostro interesse.

Non si riscontrano, quindi, differenze significative nella percezione delle TIC – e in generale del *processo di insegnamento* – relativamente all’istituto di appartenenza (primario e secondario di primo e secondo grado). Questo dato potrebbe sintetizzare le precedenti riflessioni, soprattutto

in riferimento alle nuove tecnologie, volgendo lo sguardo ancora una volta ai risultati della ricerca IARD (2008): indipendentemente dal grado scolastico, gli insegnanti manifestano un atteggiamento complessivamente positivo all’introduzione delle TIC nel mondo scolastico; disparità significative emergono invece circa la frequenza di utilizzo, tra i docenti delle scuole primarie e quelli degli istituti superiori. In ogni caso, come precedentemente detto, manca una funzione attiva delle tecnologie in grado di supportare l’insegnamento e persiste quella di *retroscena* finalizzata esclusivamente alla preparazione della lezione (Gui, 2010), impedendo così la necessaria integrazione dei metodi vecchi e nuovi attraverso cui può avvenire lo sviluppo di nuove abilità.

Tab. 6 - Risultati Anova disciplina di insegnamento

| | F | Sig. |
|--------------------------|-------|-------|
| TECNOLOGIE | 3,471 | 0,016 |
| PROCESSO DI INSEGNAMENTO | 1,472 | 0,221 |

Infine, la sesta tabella mostra che la variabile “disciplina di insegnamento” ha un impatto significativo sulle *tecnologie*; non vi è, invece, influenza significativa sul fattore *processo di insegnamento*. Dall’analisi del test Post Hoc, tuttavia, non si evincono differenze consistenti tra i gruppi considerati, in particolare in relazione al processo di insegnamento.

L’interpretazione di questo dato potrebbe essere che la disciplina di insegnamento, riflettendo orientamenti e attitudini dei docenti, li conduca a considerare adeguate e sufficientemente valide le proprie modalità di insegnamento. Da una più attenta lettura dell’analisi statistica è emerso anche che gli insegnanti delle discipline tecnico-scientifiche (matematica, scienze, tecnica, informatica, ecc.) si discostano maggiormente nell’uso delle TIC, confermando in questo senso i risultati della ricerca IARD (2008) che mettono in evidenza una maggiore competenza e propensione alle nuove tecnologie da parte dei suddetti insegnanti, fatto che, se da una parte appare come logica conseguenza, dall’altra porta a riflettere sull’uso ancora tecnicistico delle TIC in ambito didattico

piuttosto che configurarsi come risorsa trasversale per il processo di insegnamento/apprendimento (Gui, 2010).

Conclusioni

Tirando le somme, è possibile delineare punti di forza e punti di debolezza del presente progetto di ricerca, che ha consentito di comprendere la natura complessa, dinamica ed evolutiva dell'identità professionale degli insegnanti: un costrutto multidimensionale composto nello specifico da sei fattori (didattica centrata sullo studente, contesto, disagio professionale, tecnologia, processo di apprendimento e processo di insegnamento), la cui organizzazione è influenzata da variabili socio-demografiche quali, per esempio età, anni di esperienza professionale, titolo di studio, disciplina di insegnamento.

Alla luce di tali riflessioni è possibile affermare di aver meglio compreso come le dimensioni indagate entrano a far parte della dinamica dell'identità professionale in stretta relazione con gli aspetti contestuali, le opportunità di formazione, le esperienze di insegnamento effettuate, ecc.

Tale modo di intendere l'identità professionale è in linea con il pensiero di molti studiosi (Brown e McIntyre, 1993; Duffee e Aikenhead, 1992) che hanno evidenziato l'importanza del contesto e delle esperienze d'insegnamento nel formare e riformare le credenze che l'individuo possiede circa l'insegnare e l'essere insegnante, sulle quali si basa l'identità professionale del docente.

Nelle linee di ricerca futura in questo ambito, sarebbe interessante ampliare il campione coinvolgendo gli insegnanti di scuola materna e i docenti universitari, ma anche quelli di altre aree geografiche del nostro paese, al fine di indagare la presenza di eventuali discostamenti nella percezione della propria identità professionale. Potrebbe essere utile a tal fine indagare più nel dettaglio il background di provenienza sociale del docente e le motivazioni che hanno determinato la scelta professionale, valutandone per esempio l'eventuale correlazione. Sarebbe interessante analizzare altresì l'eventuale presenza di una correlazione tra la buona conoscenza dell'uso delle tecnologie e l'utilizzo dell'apprendimento collaborativo o del problem solving.

Bibliografia

- Argentin, G. (2002). La scuola, gli insegnanti e le nuove tecnologie. In G. Peresson (Ed.), *La cattedra multimediale: tecnologie didattiche per la scuola*. Roma: AIE.
- Ausubel, D.P. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning: an introduction to school learning*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Brown, S., & McIntyre, D. (1993). *Making Sense of Teaching*. Buckingham: Open University Press.
- Cacciamani, S., & Giannandrea, L. (2004). *La classe come comunità di apprendimento*. Roma: Carocci.
- Castells, M. (2001). *The Internet Galaxy: Reflections on the Internet, Business, and Society*. Oxford: Oxford University Press.
- Corradini, L. (Ed.), (2004). *Insegnare perché? Orientamenti, motivazioni, valori di una professione difficile*. Roma: Armando.
- De Lillo, A. (2010). Insegnanti e disuguaglianze sociali. In A. Cavalli & G. Argentin (Eds.), *Gli insegnanti italiani: come cambia il modo di fare scuola. Terza indagine dell'istituto IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana*. Bologna: Il Mulino.
- Duffee, L., & Aikenhead, G. (1992). Curriculum change, student evaluation, and teacher practical knowledge. *Science Education*, 76, 493-505.
- Gui, M. (2010). L'uso didattico delle ICT. In A. Cavalli & G. Argentin (Eds.), *Gli insegnanti italiani: come cambia il modo di fare scuola. Terza indagine dell'istituto IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana*. Bologna: Il Mulino.
- Jonassen, D.H., (2007). A taxonomy of meaningful learning. *Educational Technology*, 47(5), 30-35.
- Korthagen, F. (2004). In search of the essence of a good teacher: towards a more holistic approach in teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 20, 77-97.
- Lisimberti, C. (2006). *L'identità professionale come progetto. Una ricerca su insegnanti e formazione*. Milano: Vita e Pensiero.
- Ligorio, M.B., & Pontecorvo, C. (Eds.), (2010). *La scuola come contesto. Prospettive psicologiche-culturali*. Roma: Carocci.
- Marconato, G., & Litturi, P. (2005). Conversazione con David Jonassen. *Sistemi & Impresa*, 9, 16-20.
- Simons, P.R.J. (2000). Towards a constructivistic theory of self directed learning. In G.A. Straka (Ed.), *Conceptions of self-directed learning: theoretical and conceptual considerations* (pp. 155-169). Munster: Waxmann.
- Varisco, B.M., & Grion, V. (2000). *Apprendimento e tecnologie nella scuola di base*. UTET Università.

Comunicato stampa

8 gennaio 2015

Norman Atlantic, mobilitata task force psicologi

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Psicologi pugliesi mobilitati per il sostegno e l'accompagnamento dei parenti durante il riconoscimento delle vittime del naufragio della Norman Atlantic.

Una task force di psicologi pugliesi, coordinati dalla dott.ssa Vanda Vitone, vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, e dal dott. Ignazio Grattagliano, psicologo ricercatore e docente presso l'Istituto di Medicina Legale del Policlinico di Bari, è intervenuta in supporto dei parenti delle vittime del naufragio della Norman Atlantic, durante la fase di riconoscimento delle salme presso l'Istituto di Medicina Legale.

I professionisti, la maggior parte dei quali formati in Psicologia dell'Emergenza, e componenti delle associazioni di volontariato che operano in emergenza "Sipem SoS Puglia" e "Psicologi per i Popoli", hanno svolto interventi mirati al contenimento delle reazioni emotive dei familiari. Nello specifico si sono adoperati per l'accoglienza degli stessi all'arrivo in Istituto, per la preparazione al riconoscimento, per l'accompagnamento in obitorio e infine per il supporto psicologico post-identificazione.

La finalità di tali interventi è stata anche quella di prevenire lo sviluppo del Disturbo da Stress Post Traumatico, patologia in cui possono incorrere coloro che hanno vissuto eventi traumatici.

Il dott. Antonio di Gioia, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, ringrazia, manifestando stima e riconoscenza, gli psicologi che si sono adoperati con grande abnegazione:

Dott.ssa Vitone Vanda (Sipem), Dott. Grattagliano Ignazio, Dott. Latilla Giuseppe (Presiden-



te Sipem SoS Puglia), Dott.ssa Colonna Rossella (Presidente Psicologi per i Popoli - Bari e Bat), Dott.ssa Iacobellis Milena (Sipem), Dott. Maurelli Maurizio (Sipem), Dott.ssa Di Candia Valentina (Pxp), Dott.ssa Barile Maria (Sipem), Dott.ssa Abbrescia Daniela, Dott.ssa Aresta Patrizia, Dott.ssa Massaro Ilenia, Dott.ssa Lategola Donatella, Dott. Campobasso Filippo.



Comunicato stampa

28 marzo 2015

2014 un anno con voi: il nostro percorso insieme

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Tracciato il bilancio del primo anno di attività del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Puglia eletto nel gennaio del 2014, impegnato nella promozione della professione dello psicologo nei diversi ambiti di intervento. La diffusione del benessere psicologico è obiettivo primario dell'Ordine pugliese. Tra gli altri eventi organizzati nel 2014 è stato ricordato Ideagire, un ciclo di convegni lungo tutta la Puglia. Un momento non solo di approfondimento scientifico ma anche di condivisione di idee e di raccolta di progetti. Il resoconto delle attività del 2014 è stato presentato dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia, dal Vicepresidente Vanda Vitone, dal Tesoriere Emma Francavilla e dal Segretario Giovanna Pontiggia.

Nel corso del convegno il consigliere Antonio Calamo-Specchia (coordinatore della Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza) e il webmaster Antonio Vangi di IDL

Informatizzazione del Lavoro hanno presentato il nuovo portale dell'Ordine degli Psicologi della Puglia. veste grafica rinnovata: più leggibile e scorrevole. Funzionalità potenziate con un'area riservata ricca di opzioni e opportunità di personalizzazione del profilo di ciascun iscritto.

Lo psicologo è una professione diretta a chi vive situazioni di emergenza. Povertà, disagi, malattie, disabilità, immigrazione, sono solo alcune delle aree per le quali è necessario attivare l'assistenza psicologica. "Vi invito ad andare nelle aree di grande sofferenza a partire dalle periferie delle nostre città" ha detto il Presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi Fulvio Giardina ai neo iscritti all'Ordine Regionale della Puglia. Nel corso della giornata è stata celebrata la cerimonia di giuramento dei nuovi iscritti. In Puglia gli psicologi sono 4434, nel 2014 le iscrizioni all'albo sono state 297.

Diritti a scuola

"Il Presidente ed il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia esprimono sinceri ringraziamenti all'Assessore Regionale all'Istruzione dott.ssa Alba Sasso per aver accolto le proposte di modifica avanzate dall'Ordine Professionale

in merito ai criteri da adottare per la selezione dei colleghi psicologi nell'ambito del progetto "Diritti a scuola", nonché per aver deciso un ampliamento orario sino a 120 ore rispetto alle precedenti 60.

Per quanto riguarda le mo-

difiche accolte, oltre a quanto abbiamo già avuto modo di illustrare, sono stati attentamente valutati anche i criteri relativi al profilo dell'orientatore, anch'esso di interesse per i colleghi psicologi".



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il 2 aprile si celebra l'VIII Giornata Mondiale della Consapevolezza dell'Autismo, sancita nel 2007 dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per richiamare l'attenzione di cittadini, professionisti e istituzioni sui disturbi dello spettro autistico e sull'impatto che queste problematiche hanno sulla vita dei soggetti che ne sono affetti e sulle loro famiglie.

Ne parlano la dott.sa Giovanna Pontiggia Segretaria dell'Ordine degli Psicologi della Puglia e la dott.sa Paola Annese coordinatrice della Commissione Riabilitazione Neuropsicologica e Psicologica del Ciclo di Vita. "La necessità di sensibilizzazione su questo tema nasce dalla constatazione del sempre maggiore impegno richiesto alle istituzioni per poter rispondere ai bisogni delle persone con questo tipo di disabilità nell'intero arco di vita. È indispensabile - affermano le due psicologhe - creare maggiori sinergie nei percorsi di diagnosi, presa in carico e intervento tra il servizio sanitario, le scuole, le associazioni che operano nel sociale e il privato, per non incorrere in una frammentazione



degli interventi con una conseguente diminuzione della loro efficacia".

La ricerca nel settore dimostra l'importanza dell'intervento precoce per favorire lo sviluppo di abilità e competenze. "Risultano necessari - dicono Pontiggia e Annese - un maggiore investimento nei servizi destinati ai bambini in età prescolare e scolare, ma non per questo si può non allargare lo sguardo all'intero arco di vita, in particolare ai passaggi dall'infanzia all'adolescenza e dall'adolescenza all'età adulta che rappresentano momenti cruciali per la presa in carico, con l'obiettivo di non disperdere il capitale abilitativo conquistato nelle fasi precoci della vita".

Purtroppo ad oggi la coerenza degli interventi e la loro continuità sono nella maggior parte

dei casi a carico delle famiglie, un carico che tocca aspetti sociali, psicologici ed economici.

"Questa giornata - proseguono le psicologhe Pontiggia e Annese - richiama anche la figura dello psicologo, quale componente dell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare necessaria per la presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico, all'impegno di verificare la scientificità e l'appropriatezza degli interventi da attuare, ad aggiornarsi costantemente sui risultati della ricerca circa l'efficacia dei trattamenti, a personalizzare l'intervento sulla base delle caratteristiche e dei bisogni individuali, ad informare correttamente le famiglie e sostenerle e, soprattutto, a rispettare sempre la dignità e i diritti delle persone che si hanno in carico".

Comunicato stampa

9 aprile 2015

Minori e diritti ristretti

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

C'è un modo di dedicarsi alle problematiche dei minorenni in difficoltà tutto nuovo in Puglia. Una presa di coscienza da parte di professionisti che vedono solo nella collaborazione e nel coordinamento tra competenze diverse. E' il Tavolo Permanente delle Professioni che coinvolge Assistenti Sociali, Psicologi, Avvocati e Medici. MINORI E DIRITTI RISTRETTI è il nome del progetto che giunge alla seconda edizione per fare il punto su un anno di lavori e per raccogliere nuove idee progettuali.

“La vera domanda da porsi quando si parla di minori è: dov'è il bene del bambino”. Sono le parole di Rosy Paparella Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Puglia intervenuta al convegno Minori e Diritti Ristretti organizzato dall'Oordine degli Assistenti Sociali della Puglia in collaborazione dell'Ordine regionale degli Psicologi e dagli ordini della provincia di Bari di Avvocati e Medici. Paparella ha evidenziato che per una completa tutela dei minori è necessaria la competenza di ogni professione solo in questo modo è possibile comprendere in pieno il problema e trovare una soluzione mirata. Quando questa collaborazione manca la Garante denuncia “lo smarrimento dei professionisti che lavorano in solitudine”. Una esortazione a professionisti di diverse specializzazioni a collaborare per trovare insieme la migliore soluzione per le difficoltà dei minori: “Lancio un messaggio di empatia tra professionisti”, ha concluso il Garante.

All'evento è intervenuto Riccardo Greco Presidente del Tribunale per i Minorenni di Bari che vede nel ruolo del Tribunale dei Minori “una funzione di apporto significativo, se riesce a crescere nel territorio perché può essere soggetto di coor-



dinamento: elemento di raccordo, di conoscenza, di circolazione delle conoscenze e raccolta dei feedback che arrivano dal territorio”.

“Minori e Diritti Ristretti” è lo sguardo di professionisti su un'unica tematica per cercare di comprendere meglio, con una visuale a 360 gradi, il tema dei diritti dei minori e del rischio che questi non siano soddisfatti. Ne parlano Assistenti Sociali, Psicologi, Avvocati e Medici che nel 2014 hanno istituito un tavolo Tavolo Permanente delle Professioni finalizzato al superamento delle diffidenze tra professioni, alla costruzione di linee condivise di intervento per una maggiore efficacia delle stesse. “Istituzioni, servizi e professionisti affrontano insieme i cambiamenti della famiglia” è il tema affrontato in questa seconda edizione del convegno organizzato, presso l'Hotel Excelsior di Bari, dagli ordini regionali di Assistenti Sociali e Psicologi e dagli ordini della provincia di Bari di Medici ed Avvocati.

“Quando professionisti e istituzioni diverse si confrontano e si misurano su procedure e modalità operative, è perché hanno colto l'esigenza e l'importanza di agire nel primario interesse del minore, dispiegando i migliori effetti di tutela e protezione”, ha detto il Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali Giuseppe De Robertis. Gli Assistenti sociali per formazione professionale nonché per il ruolo affidato dalla legge, sono da

sempre gli esperti e i registi del lavoro di rete, coloro che attivano e sostengono processi multidisciplinari integrati. Al Servizio Sociale, cioè, si chiede di affrontare la complessità dei problemi intrecciando le competenze dei diversi professionisti, senza perdere di vista il minore con i suoi diritti e le sue capacità. Questo tavolo permanente a cui si è voluto dar vita - afferma De Robertis - è un modo per porsi domande che interrogano più professioni ma è soprattutto un luogo per trovare legami e ricomposizioni fra i saperi degli operatori, nell'interesse esclusivo del bambino e della sua famiglia".

Minori e Diritti Ristretti è una tematica particolarmente sentita dagli psicologi perché tocca punti nevralgici di un lavoro legato in particolare al ruolo del minore nei suoi molteplici aspetti. "I nostri modelli di società, di famiglia, di relazione interpersonale, di educazione sono stati letteralmente travolti negli ultimi anni da trasformazioni radicali che sono tutt'ora in divenire", ha detto Antonio Di Gioia Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia. "Come professionisti del nostro campo e come studiosi delle materia - ha proseguito Di Gioia - dobbiamo essere in grado di rispondere tempestivamente alle nuove esigenze, ai bisogni soprattutto delle famiglie, che non

sono più oggetto di una definizione univoca, certa, e non rispondono più a concetti tradizionali". Lavorare per la tutela dei diritti dei minori è ancor più difficile da una società che produce una continua alterazione di quelli che potevano sembrare diritti acquisiti ma che non trovano difesa e attuazione nel nostro sistema. Le differenti necessità, emerge dal convegno, potranno essere soddisfatte solo attraverso un approccio multidisciplinare, una attività connotata da collaborazione e crescita sinergica degli Ordini, visti non come enti a se stanti, ma come realtà che pur nella diversità dei background professionali concorrono a costruire nuove risposte a nuove problematiche.

"Il Tavolo Permanente - ha detto Rosa Chieco dell'Ordine degli Avvocati di Bari - permette di mettere a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze ed esperienze affinché, con la condivisione e la partecipazione attiva di tutti, si possa provare a svolgere fino in fondo e responsabilmente il proprio ruolo in una società divenuta oltremodo complessa e bisognosa di aiuto, consapevole delle enormi difficoltà che comporta un obiettivo ambizioso come il raggiungimento del the best interest of the child, sancito dalla Dichiarazione dei diritti del Fanciullo sottoscritta a New York nel 1989".

Comunicato stampa

In risposta alle molteplici richieste pervenute da parte dei colleghi, l'ordine degli Psicologi della Regione Puglia, attraverso la Commissione "Psicologia della Salute, Sanità e Politiche Sociali" coordinata dal dott. Geremia Caprioli, ha messo a punto un protocollo di intesa con la provincia Bat, l'area metropolitana di Bari, l'Ordine dei Farmacisti e le due Federfarma provinciali.

Il protocollo prevede l'avvio di una sperimentazione della durata di tre mesi che vedrà la presenza di "Professionisti della salute" in farmacia.

Lo psicologo in farmacia offrirà una consulenza gratuita avente ad oggetto la promozione della salute, la prevenzione e il

supporto psicologico al disagio psicosociale, ma soprattutto interventi informativi e formativi specificamente volti a favorire il benessere psicologico.

E' bene sottolineare che spetterà a questi professionisti valutare eventuali disagi più complessi e fornire un sostegno anche attraverso l'orientamento verso un corretto percorso diagnostico-terapeutico.

A seguito della sperimentazione, una volta provata l'efficacia dell'intervento, il Presidente dell'Ordine degli Psicologi Antonio Di Gioia si impegnerà ad individuare, assieme a tutti gli attori coinvolti, le risorse necessarie per dare un seguito operativo al lavoro svolto dai professionisti.

La commissione si è impegnata a redigere le linee guida che regolamenteranno lo svolgimento del progetto e che favoriranno una standardizzazione delle procedure. Tali linee guida verranno rese note non appena sarà siglato il protocollo.

L'iniziativa è finalizzata a colmare la richiesta sempre più pregnante di assistenza psicologica di base e dell'eventuale orientamento verso strutture territoriali esistenti. Inoltre, si vogliono potenziare i rapporti di collaborazione tra professionisti della salute e gli ordini professionali, nonché favorire una maggiore conoscenza della figura dello psicologo, delle sue competenze e del suo ruolo.



Comunicato stampa

11 aprile 2015

Nuovo Logo

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Da fine marzo è online il nuovo sito istituzionale dell'Ordine degli Psicologi della Puglia con una veste grafica tutta nuova e con servizi più precisi ed efficienti a favore degli iscritti. Con la progettazione del nuovo sito è stato ideato anche un nuovo logo dell'Ordine degli Psicologi della Puglia.

del Web e Trasparenza, affidiamo la descrizione del logo:

“La rappresentazione del pensiero, del ragionamento, della logica, del controllo e della coscienza ha guidato l'elaborazione di questo logo. La sagoma dei due volti richiama la divinità Giano, una delle più antiche della religione roma-

volti perché può guardare il futuro ed il passato, l'interno e l'esterno. Portare l'emblema di Giano significa invitare le persone ad agire – partendo dal loro passato e dall'esperienza presente – facendosi al tempo stesso promotrici del loro futuro. Questi due elementi insieme rappresentano la testa, che rac-

chiude e contiene il cervello, sede delle funzioni di pensiero e dell'immaginazione, substrato organico di tutti i processi mentali. La lettera psi dell'alfabeto greco, simbolo della psicologia, diviene il cervello della raffigura-

zione. La Regione Puglia stilizzata e l'indicazione dell'Ordine ben in evidenza legano il logo al suo territorio di riferimento, favorendo un'identificazione intuitiva dello stesso”.



L'elaborazione grafica è stata realizzata da “IDL Informatizzazione del Lavoro”. Alle parole di Antonio Calmo-Specchia coordinatore della Commissione Comunicazione, Gestione

na, latina e italiana: l'uomo che nasce dall'esperienza passata, ma progetta in funzione di un futuro possibile, il dio degli inizi materiali ed immateriali. Giano è raffigurato con due



La donna e le sue 50 sfumature di emozioni

Vanda Vitone

Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

La Giornata Internazionale della Donna è occasione per riflettere sull'emancipazione femminile in relazione ai cambiamenti della donna nel rapporto con l'affettività e la sessualità all'interno delle relazioni di coppia.

Come psicologa psicoterapeuta sono stata colpita dal fenomeno - se così possiamo definirlo - letterario e cinematografico caratterizzato da 100 milioni di copie di libri venduti, per la maggior parte acquistati da lettrici donne, e interminabili file al botteghino con migliaia di adolescenti in attesa di "assistere" alla sottomissione psicologica e fisica di una ragazza ad un uomo incapace di accarezzare e amare.

Questi argomenti catalizzano l'attenzione del pubblico tanto da diventare materiale per i media sul quale costruire dibattiti che coinvolgono fazioni opposte: pseudo-femministe che inneggiano alla parità ed alla libertà sessuale della donna, ed esperti sessuologi, psicologi, antropologi che affermano trattarsi di un fenomeno maschilista ed antiprogressista.

In questo 8 marzo sono, invece, echii lontani i dibattiti sulle varie proposte di legge sull'introduzione dell'educazione affettiva emotiva e sessuale nelle scuole di ogni ordine e grado, allo scopo di educare le bambine e i bambini, le ragazze ed i ragazzi ai sentimenti, ad una sessualità libera e consapevole, all'accettazione del proprio e altrui orientamento, in un contesto di rispetto delle differenze di genere.



Giacciono nei cassetti degli assessorati progetti di legge finalizzati alla istituzione della figura dello psicologo nelle scuole per l'attuazione di interventi, tra gli altri, di prevenzione della violenza di genere e di ogni forma di bullismo. La conseguenza della nostra "sottomissione" a leggi di mercato che non rispettano neanche i minori è rappresentata dalle giacenze in libreria di libri quali *"Stereotipi di genere"* e *"Dalla parte delle bambine"* e da film sottotitolati *"50 sfumature di emozioni"* relegati in cinema d'essay?

E' utile festeggiare l'8 marzo per ricordare le conquiste femminili ottenute, ma è necessario anche un ulteriore cambiamento culturale che investa tutti i settori di vita della donna, da quello del lavoro a quello delle relazioni intime. Seppur in presenza di leggi avanzate come quelle sui congedi parentali e l'affido condiviso, la donna è ancora in molti casi l'unica protagonista e si trova spesso sola a fronteggiare le innumerevoli mutazioni intervenute nella famiglia in relazione ad una società in continua repentina evoluzione.

All'interno dei nuovi nuclei monogenitoriali, misti, ricostituiti, il ruolo maschile nella responsabilità delle relazioni intime e della sfera genitoriale è ancora ridotto.

Il coinvolgimento e il cambiamento di prospettiva dell'uomo, spesso "schiavo" a sua volta di pregiudizi atavici, sarà il tassello necessario per il raggiungimento di una effettiva parità, ristrutturando così l'equilibrio tra i generi.



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il 14 maggio scorso è stato siglato presso Palazzo Tuppiti a Bisceglie, il protocollo d'intesa per la promozione e lo sviluppo di progetti di Agricoltura Sociale, promosso dal Gal Ponte Lama.

Favorire il recupero socio-riabilitativo e l'inserimento lavorativo delle fasce deboli della popolazione, attraverso attività agricole, è l'obiettivo di un progetto che coinvolge anche l'Ordine degli Psicologi della Puglia. Gli atri soggetti coinvolti sono: il Tribunale Ordinario di Trani, l'Asl BAT, la Provincia Barletta-Andria-Trani, i Comuni di Trani e Bisceglie, la Curia vescovile, la Caritas diocesana, l'Ordine degli Assistenti Sociali della Puglia, Confagricoltura Bari, la CIA Bat, Confcooperative Bari-Bat, numerose scuole di Bisceglie e Trani, il Consultorio Epass e le Masserie Sociali del territorio.

Casale Monte d'Alba, Oasi San Felice, Società Agricola Crosta, Terre Solidali e Xiao Yan sono le cinque realtà del territorio che offrono opportunità di riabilitazione e inserimento sociale ai soggetti con disagi psico-fisici o a rischio di marginalizzazione.

Pet therapy, ortoterapia, laboratori didattico-creativi, percorsi di educazione alimentare, corsi di educazione ambientale e tante altre sono le attività che le nostre Masserie Sociali intendono realizzare mettendosi prima di tutto in rete.

Per l'Ordine degli Psicologi della Puglia era presente, su delega del presidente Antonio Di Gioia, la consigliera Anna Gasparre che nel corso

dell'incontro ha avuto modo di mettere in evidenza che

“la collaborazione con il Gal Ponte Lama apre al riconoscimento di un diritto di cittadinanza a favore del valore umano. Il Protocollo d'intesa sulla promozione dell'agricoltura sociale è da considerare come strumento atto a favorire coesione sociale, sostenibilità e partecipazione nei processi di sviluppo locale. Formalizzare questa collaborazione significa avere regole e soggetti con i quali avviare un percorso fatto di certezze verso obiettivi ben definiti e creare un collegamento diretto tra territorio, di cui il Gal è promotore, e le situazioni di disagio di cui operatori come gli psicologi sono tutori”.

In qualità di giudice esperto del Tribunale di Sorveglianza, Gasparre ha detto che “l'iniziativa è positiva per i detenuti ai quali va offerta una proposta di inserimento lavorativo anche perché la maggior parte delle problematiche che si riscontrano con gli stessi riguardano soprattutto la mancanza di precise competenze in campo lavorativo. Contesti come le masserie, insieme all'insegnamento di un mestiere sono da considerarsi un efficace veicolo della cultura della nostra terra e di esperienza di condivisione e collaborazione lavorativa”.

Il protocollo è il punto di partenza di un percorso di consolidamento del sistema dell'Agricoltura Sociale nell'area del GAL Ponte Lama e di un processo di costruzione del modello di Multifunzionalità del Territorio che rientra nel progetto di cooperazione “Rete transnazionale della ruralità solidale, del turismo locale sostenibile, della multifunzionalità, degli itinerari culturali e ambientali: Cross-Border for rural identities development (Adriatic Sea - Black Sea)” di cui il Gruppo di Azione Locale è partner.

Una convenzione col il Tribunale per lo svolgimento di lavori di pubblica utilità presso le aziende agricole, infatti, è solo il primo frutto di un'iniziativa che si prefigge di accrescere la diversificazione dell'offerta formativa e riabilitativa del territorio migliorandone l'immagine.



**Titolo: Copenhagen 2013
100 Years On: Origins, Innovations and Controversies
Proceedings of the 19th
Congress of the Inter-
national Association for
Analytical Psychology**

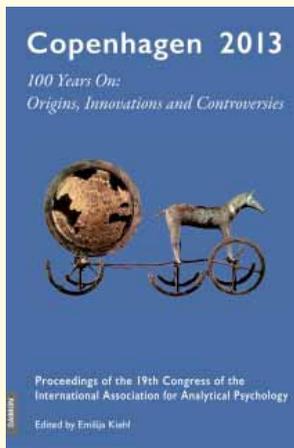
Editore: Emilija Kiehl
Anno: 2013
Pagine: 214 + 1320 pag.
CD
Prezzo: \$ 37,50

The Nineteenth Triannual Congress of the International Association for Analytical Psychology (IAAP) was held in Copenhagen, Denmark, from August 18-23, 2013.

Copenhagen 2013 – 100 years on: Origins, Innovations and Controversies was the theme, honoring the psychological transformations experienced by C.G. Jung beginning in 1913, while also reflecting upon the evolving world and Jungian Community a century later. This volume consists of all of the plenary presentations in printed form and they are joined with the daily break-out sessions and posters on the CD that is an integral part of these Proceedings (inside back cover).

Contents

Editor's Note - *Emilija Kiehl* [14]
Welcome - *Joe Cambray* [15]
Introduction - *Robert Wimmer* [16]
Opening Address - *Tom Kelly* [18]
Sunday, 18 August 2013
Pre-Congress Workshop: The Living, Moving Body in Analysis - Origins, Innovations and Controversies (1913-2013)



Chair, *Joan Chodorow* [25]
Monday, 19 August 2013
Introduction - *David Tresan* [31]
Jung's Quest for Aurora Consurgens
Aksel Haaning [33]
The Analytic Process as a Play of Changing Perspectives in the Analyst
Gustav Bovensiepen [48]
Monday Breakout Sessions
Dr. Jung and His Patients
Betsy Cohen [70]
Kristine Mann's Danish Inspiration: A Jungian Pioneer's Contribution to Jung's Collected Works, volume 9i, as "Miss X" - *Beth Darlington* [79]
Diversity Matters: Exclusion, Power, Prejudice and Sexual Conformism in Analytical Psychology Today - *Andrew Samuels* [87]
Jung and the Wounded Healer Origin: An Update
John Merchant [101]
Group Analysis and Analytical Psychology: 100 Years on: Origins, Innovations and Controversies
Stephan Alder [109]
Models and Methods for a Child Analytic Training: Analysis, Observation, Supervision and Theory.
Francesco Bisagni [123]
Sandplay Therapy: Origins, Controversies, and Innovations - *Hariet S. Friedman & Rie Rogers Mitchell* [137]
Reflections on the Long-Term Impact of Cultural Trauma on the Collective Memory and its Functions in Individual Development - *Krzysztof Rutkowski & Malgorzata Kalinowska* [159]
Lack of Transcendence in Post-Modernity and Sources of a Renewed Spirituality in Jungian Psychology and in Philosophy as a Way of Life
Romano Madera [176]
Conspiracies of Immanence; Paul Tillich, Pierre Teilhard de Chardin and C.G. Jung
John Dourley [185]
Neurosciences and Analytical Psychology: Challenges and Opportunities
Analytical Psychology and the Neuroscientific Challenge: A Response to Professor Carrado Sinigaglia - *George B. Hogenson* [194]
The Red Book - Science or Fairytale?
Henrik Okbøl [200]
Marriage of Madness and Reason: The Red Book

and the Invention of Active Imagination.
Sylvester Wojtkowski [208]
 On the Cultural Complex: Introductory Remarks to a 2013 IAAP Copenhagen Conference Panel -
Thomas Singer [217]
 The Story of an Ear: A Fairy Tale Expressing the Playful Relation between Body and Psyche.
Jacqueline Gerson [227]
 The Little Mermaid - An Old Symbol and the Steps of its Transformation -
Helga Thomas [234]
 The Horrific World of Hänsel and Gretel: Controversies around Amputation, Survival and the Internal Saboteur -
Luisa Zoppi [242]
 From Jung to Neuroscience: Laboratory of the Word Art, Sounds and Music
Rosario Puglisi [249]
 A Jungian Aesthetic: Art, Active Imagination, and the Creative Process
Maria Taveras [266]
 A Tear in the Veil: Beauty and Shadow in the Art of Alexander McQueen
Mary Wells Barron [276]
 'Narrative Competence' and 'Prospective Memory': Looking from the Past to the Future
Patrizia Peresso [284]
 Refugee: I am Jewish. I am Libyan. I am Italian.
David Gerbi with Joan Chodorow [298]
 The Sacred and the Profane in our Practice as Analysts
Farré, M.; González, M.; Labrada, S.; Noguera, M.T.; Pintanel, M.; Yscadar, P. [303]
 Rhetoric in Psychotherapy: Discourse as Image
Pablo Raydan [311]
 Erich Neumann: A Jungian Dialogical Existentialist -
Tamar Kron & David WIELER [319]
 Three Reference Points of Russian Soul in Jungian Interpretation
Mariya V. Lomova [332]
 Social Change, Inner Transformation and Jungian Psychology -
Tristan Troudart [338]
 The Dynamic of Authority Images in the Context of Consequences of Collective Trauma
Gražina Gudaite [345]
 Greek Tragedy: A Bridge Between Past and Future
Pasqualino Ancona [350]
 Transformation and Continuity in Analytical Practice in the Era of the Internet
Davide Favero [357]
 The Meeting of Two Rivers: Analytical Psychology and Mystical Islam -
Steven Nouriani [366]
 The Centrality of the Aesthetic Impulse to the Analytic Process -
Mark Winborn [382]
 Weaving the Threads of Danish History: Cultural

Complexes and the new Tapestries for the Queen
Susanne Eberhard Peterson [391]

Tuesday, 20 August 2013

Introduction - *Robert Wimmer* [411]

Panel

How and Why We Still Read Jung: Personal and Professional Reflections -
Jean Kirsch [413]

A Thank You: Some Brief Remarks and an Apology -
Susan Rowland [413]

Jung Opens a Door to Another World

David Tacey [415]

Reflecting on Jung and Alchemy: A Daimonic Reading -
Stanton Marlan [419]

Ambiguating Jung - *Mark Saban* [422]

The Double Coniunctio Tales

Pia Skogemann [427]

Tuesday Breakout Sessions

The Origin of Consciousness as Told and Reflected in early African Stories

Peter Ammann [440]

The Vas Bene Clausem

Morgan Stebbins [453]

Dreams of Totality: Where We Are When There's Nothing at the Center

Sherry Salman [471]

When Psyche Mutters through Matter - Reflections on Somatic Countertransference

Kristina Schellinski [484]

Imagination and the Living Body

Richard Wainwright [493]

Origins, Innovations and Controversies

Ashok Bedi [502]

Time, Symbol and Complex in a Modern Culture of Consciousness -
Kim Bangshøj [511]

En Route: From Active Imagination to Film Language -
Chiara Tozzi [527]

Chinese Alchemy: A Historical Reflection from Perspectives of Jungian Psychology

Shaogang Yang [540]

The Historical Roots of our Analytical Identity: Jung's Crisis of 1913 and Narcissism Revisited.

William Meredith-Owen [548]

Psychological Typology, Individuation, and Leadership

Robert R. Klein & Tuula Haukioja [563]

Catharsis and Transformation: Cleansing the Doors of Perception -
Jules Cashford [577]

Sacrifice and Fertility: The Archetype of the Feminine Healer in the Mediterranean Area

Antonella Adoriso [592]

The Mediterranean Feminine and its Shadow: Clinical Experiences through the Myth.

Francesca Picone [601]
 Splitting or Unification? Symptoms, Symbols and Archetypes of the Digital World
Volker Münch [609]
 Internet: Unconscious - online?
Henry Gros [618]
 Keeping Emptiness and Doubt in Analytical Psychology: The Experience of Analytical Action
Olivia del Castillo [630]
 Quantum Physics and Psyche: A Possible Common Formula
Hans van den Hooff [638]
 The Role of the Psychotherapist in a Society with Diminished Initiation Rites
Shmuel Bernstein [650]
 Passage Processes
Martin Skála [659]
 The Medea Complex Revisited: Reflections on Destructiveness within Mother-Son Relationships - *Robert Tyminski* [668]
 The Anguish of the Lack of Symbol
Maria Jose Gomez Segarra [676]
 Restorying the Self: Self, Story and Transiency in the Post-Modern Condition
Erel Shalit [684]
 Restorying the Self: Transiency and Healing in the Post-Modern Condition
Nancy Swift Furlotti [693]
 The Relativized Ego in Jungian Identity: Cracks in the Foundation
Kathryn Madden [701]
 If not Now, When? Let's Work on Climate Change - *Ann Kutek* [709]

Wednesday, 21 August 2013

Introduction
Pilar Amezaga [725]
 Expressive Sandwork: An Experience of Working with Colombian Vulnerable Population
Eduardo Carvallo & Eva Pattis Zoja [727]
 A Policy of Dialogue
Vito Marino De Marinis [741]
 From Splitting to Collaboration: Repairing the Conflict Among Associations
Gianni Nagliero [749]

Thursday, 22 August 2013

Introduction
François Martin-Vallas [759]
 Jung's Understanding of Schizophrenia – Is it still Relevant in the “Era of the Brain”
Yehuda Abramovitch [762]
 Panel From Copenhagen to the Consulting Room: Complementarity and Synchronicity

“The Who, What, and We of Synchronicity”
Beverley Zabriskie [775]
 Psychophysical Correlations, Synchronicity and Meaning
Harald Atmanspacher [782]
 Pauli and Jung in Copenhagen
Suzanne Gieser [787]
 The Cultural Significance of Synchronicity for Jung and Pauli - *Roderick Main* [794]
Thursday Breakout Sessions
 Mundus Imaginalis: Journeys Behind the Curtain of Sensory Perception
Günter Langwieler [802]
 Realism, Skepticism and the Psychoid Psyche: Canvas & Curtain
Gerhard Burda [812]
 Embodied Alchemy: Awakening Spirit in the Body - *Tina Stromsted* [821]
 Origins: Beginnings and Endings
Ann Ulanov [836]
 Psychoid Relations in the Transferential/Counter-Transferential Field of Personality Disorders - *Giles Clark* [850]
 Soundless Screaming: Psychotic Anxiety and Analytic Containment
Katherine Killick [859]
 Ethics and Efficacy in Jungian Practice
Frances M. Parks [867]
 Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies - *Christian Roesler* [876]
 The Phenomenology of the Spirit in Childhood Memories – Early numinous experiences in a desecralized world - *Ole Vedfelt* [886]
 The End of Civilization: The Cinema and the Metaphors of the Apocalypse
Liliana Liviano Wahba [902]
 Jung and Levinas: War and Ethics
David H. Rosen [911]
 Reemergence of the Sacred Through Traumatic Darkness - *Donna Cozort* [921]
 Boarding School Syndrome: A Hidden Trauma - Clinical Pictures - *Joy Schaverien* [933]
 The Aesthetic and Spiritual Life of the Infant: Towards a Jungian Theory of the Origins of the Symbolic Life
Brian Feldman [946]
 European Cultural Complexes
Jörg Rasche [959]
 Body-Active-Imagination and Creative Meditative Dance as Innovative Therapeutic Resources in Analytical Psychology
Elisabeth Bauch Zimmermann & Marion Rauscher Gallbach [976]

Whither Analytic Identity When Aging Interferes? - *Claire Allphin* [981]

Jungian Psychoanalysis, Age and Individuation - a Contribution to a Theory of Analytical Relationship - *Claus Braun* [989]

The Eye and Language of the Group: The Uses of Effigies to Change the Collective's Abusive Perception of Women - *Pilar Montero* [998]

The Voice of Transgression
Andréa Fiuza Hunt [1005]

Report and Clinical Reflections on the Research carried out by Professor Ruth Lanius and her team in the Department of Psychiatry at the University of Western Ontario, and Margaret Wilkinson and Dr. Judith Woodhead, with support from the IAAP academic sub-committee and Dr. Joe Cambay, the advisor to the project
Margaret A. Wilkinson & Judith Woodhead [1019]

Falling Into Language Life: A Meditation / A Deconstructive Opening Into Intersubjectivity / A Montage of Twenty-one Prefaces In Search of a Textual Body

Ronald Schenk [1033]

Finding Sisters And Brothers In Myth, Analysis And Active Imagination

Henry Abramovitch [1048]

Listen Carefully - Brothers and Sisters in our World - *Lara Newton* [1057]

Auspicious Site, a Symbol of the Self: Archetypal Landscape of Psychic Totality

Cheol-Joong Kang [1064]

Tuning and Focusing as the Roots of Creativity in the Analytical Process: a Jungian Perspective - *Giorgio Cavallari* [1079]

Migration Complex in Canada: From Symbol to Sign - *Phyllis Marie Jensen* [1086]

Working in an Analytic Way: Parents-Infant Psychotherapy - *Chiara Rogora* [1105]

Early Trauma and Formation of the Mind
Wanda Grosso [1114]

The Rogue in Chico Buarque's Songs: An Understanding of the Brazilian Psyche from a Cultural Complex

Durval Luiz de Faria [1122]

An Innovative Training Programme
John Gosling [1135]

Friday, 23 August 2013

Introduction

Caterina Vezzoli [1153]

Countertransference and Projective Counteridentification - *Nadia Fina* [1155]

"Heard with the Eyes": Personal Equation and

Fluid Self-State Communication in the Therapeutic Relationship

Cinzia Bressi [1161]

Moments of Embodiment

Judith Woodhead [1168]

Friday Breakout Sessions

IAAP – Whence, Where, Whither? A Panel of the Presidents

Thomas Kirsch [1182]

Verena Kast [1187]

Luigi Zoja [1191]

Murray Stein [1194]

Christian Gaillard [1199]

Hester McFarland Solomon [1204]

Psychopoeisis and Jung

Patricia Berry [1207]

Do Adult PDD Patients Dream of Papier-Mâché Sheep?

Yasuhiro Tanaka [1220]

Psyche and Matter can be Considered Virtually Identical, Jung writes to Pauli in 1953 – What are the current thoughts? A Dialogue between a Physicist and an Analyst

Anna Panepucci [1236]

Cuentos De Hadas, Arquetipos y Psicodrama Simbólico

Maria Teresa Noguera [1245]

Qué es el Psicodrama Simbólico

Irene Henche Zabala [1256]

Posters

Archetypal Images in the Dreams of Women with Cancer

Giedre Bulotiene [1264]

The Evolution of Qilin's Image and Chinese Culture

Lijun Chang & Jianguo Feng [1272]

Shades of Red: Jung's Technique in the Red Book and Desoille's R.E.D. (Rêve éveillé dirigé) Method.

Laner Cassar [1285]

Kierkegaard and Modern Man in Search of a Soul
Elisabeth Kampmann [1295]

I am your Unconsciousness

Harri Virtanen [1296]

Archetypal Pairs of Opposites Behind the Drama in a Portrait of Bob Dylan

Hanne Urhøj [1297]

German Presentations

Einleitung

Robert Wimmer [1307]

Der analytische Prozess als Spiel wechselnder Perspektiven im Analytiker

Gustav Bovensiepen [1309]

Author Index 1324

Notizie dalla Segreteria

Sede: Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria da Via Capruzzi)

Orari di apertura al pubblico della Segreteria:
tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037 - Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it - **e-mail:** presidenza@psicopuglia.it

Pec: segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito: <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** [ordinepsicologiregionepuglia](#)

N° totale degli iscritti alla sez. A al 01 giugno 2015: 4.392

N° totale degli iscritti alla sez. B al 01 giugno 2015: 11

N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 1.921

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 sono i seguenti:

Presidente: Dott. Antonio Di Gioia
giovedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente: Dott.ssa Vanda Vitone
giovedì ore 16:30 - 18:30

Segretario: Dott.ssa Vanna Pontiggia
martedì ore 17:00 - 19:00

Tesoriere: Dott.ssa Emma Francavilla
martedì ore 15:30 - 17:30

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. Gianluca Orlandi

Riceve il lunedì, dalle 10 alle 13.

Consulenza legale

Avv. Francesco Mascoli

Riceve il lunedì, dalle 15 alle 17.

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede del Consiglio Regionale, in via F.lli Sorrentino n.6, Bari.

SERVIZIO DI CONSULENZA VIA SKYPE!

L'Ordine mette a disposizione il nuovo servizio di consulenza a distanza! Per fissare l'appuntamento via Skype è necessario inviare normale richiesta (via mail o telefono) presso la Segreteria dell'Ordine, specificando che si intende utilizzare la Consulenza via Skype ed inviando il nome dell'account Skype che si utilizzerà per il colloquio.

In risposta verrà fissato l'appuntamento e contestualmente verranno inviati i riferimenti dell'account del Consulente col quale mettervi in contatto il giorno dell'incontro.

E' consigliabile una connessione stabile per

garantire un buon funzionamento del servizio. In caso di malfunzionamenti tecnici dovuti all'iscritto, il colloquio proseguirà per via telefonica.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza come dai seguenti allegati 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.

CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda (**ALLEGATO 2**) 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:

- 70 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due cer-

tificati;

- 1,90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA O VARIAZIONI DI DOMICILIO

E' necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

- 1) L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro. 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; non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;

b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente. deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

3) L'interessato al trasferimento deve: Presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza.

Deve essere resa autodichiarazione sul 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.

Deve essere allegata 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.

Va altresì allegata la 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.

NORME 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. **Di Gioia Antonio**
presidenza@psicologipuglia.it

VICEPRESIDENTE:

dott.ssa **Vitone Vanda**
vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it
*Incarico per le Pari Opportunità e la
Parità di Genere*

SEGRETARIO:

dott.ssa **Pontiggia Giovanna Teresa**
giovannapontiggia@libero.it
giovannateresa.pontiggia@pec.it
*Delega Rapporto con Altri Ordini,
Enti, Istituzioni*

TESORIERE:

dott.ssa **Francavilla Emma**
emyfranc@virgilio.it
emma.francavilla.822@psypec.it

CONSIGLIERI:

dott.ssa **Annese Paola**
dr.annesepaola@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. **Bosco Andrea**
a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@psypec.it

dott. **Calamo-Specchia Antonio**
a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. **Capriuoli Geremia**
capriuoligeremia@gmail.com
geremia.capriuoli.467@psypec.it

dott.ssa **Foschino Barbaro Maria Grazia**
grafoschi@email.it
graziamaria.foschinobarbaro.482@psypec.it

dott. **Frateschi Massimo**
massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa **Gasparre Anna**
gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. **Laforgia Victor**
victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa **Loiacono Anna**
loiacono-anna@libero.it
anna.loiacono.444@psypec.it

dott.ssa **Soleti Emanuela**
manusoleti@libero.it
emanuela.soleti.317@psypec.it

dott.ssa **Yildirim Marisa**
marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@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.psicologiapuglia.it

Psicopuglia

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi
della Regione Puglia
Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.
Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari

Autorizzazione del Tribunale di Bari
n.1173 del 3/5/94.

Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c, legge 662/96
Filiale di Bari

Direttore Scientifico:
dott.ssa Anna Gasparre

Redazione: dott.ssa Yildirim - dott. Capriuoli
- dott.ssa Annesse - dott. Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**
Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di due alunne della classe V, A
Scuola Primaria I.C. "Pascoli"
Parchitello - Noicattaro (Ba)



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia