

ISSN 2239-4001

psicopuglia

n. 17 - giugno 2016

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 Raccomandazioni deontologiche a tutela dell'utenza e della professione di psicologo
- 3 Nasce il Consiglio sanitario regionale

Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 7 Prospetto Commissioni
- 8 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini "Dialoghiamo sull'autismo"
- 13 Il ruolo dello psicologo nella riforma della giustizia minorile

Ricerche

- 15 Le abilità di regolazione emotiva: quale ruolo nella psicopatia?
- 24 Aggressività proattiva e reattiva in adolescenza: ruolo del ragionamento morale e del social information processing
- 33 La dipendenza da gioco d'azzardo negli adolescenti: un'indagine sul territorio
- 40 Interventi a favore di detenuti autori di reati di violenza contro donne: il progetto sperimentale "Romper il silenzio"
- 45 Metodologie e strumenti dello psicologo in ambito forense: una analisi preliminare
- 51 Affettività e legami in Adolescenza: un'indagine qualitativa su brani musicali
- 56 Le paure del bambino e il vissuto di malattia
- 65 Neuroscienze e tempo:

- i meccanismi neurali che regolano la discriminazione delle informazioni temporali
- 78 Dai bisogni dei pazienti ai bisogni degli operatori sanitari

Rassegna e approfondimenti tematici

- 84 Il suicidio come uccisione della gioia
- 88 Disturbo dello spettro dell'autismo
- 92 Prevenzione psicoevolutivista e psiconcologia dell'età evolutiva
- 100 L'importanza di diventare ed essere genitori nei percorsi di accoglienza e di adozione
- 103 L'identità anziana. Brevi note su Altri, tempo vissuto e creatività
- 106 L'utilizzo dei test all'interno delle consulenze tecniche d'ufficio per l'affido con particolare riferimento al Rorschach
- 114 La cefalea tensiva come malattia sociale: aspetti psicologici e quadro normativo
- 120 Le difficoltà di integrare culture diverse fra loro
- 125 I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nell'età evolutiva: comprensione e classificazione

Metodologia del lavoro psicologico

- 131 Ricadute transgenerazionali e disturbi dello sviluppo nei minori in relazione a un lutto complicato nel caregiver sopravvissuto:

- gli esiti positivi di un percorso psicoterapico sistemico relazionale
- 138 Analisi del processo terapeutico in psicoterapia e verifica dei risultati. Uno studio secondo il Modello del Neo-Funzionalismo
- 147 Non solo MMSE... Screening Neuropsicologico per il Mild Cognitive Impairment con il Test Your Memory (TYM)

Esperienze sul campo

- 153 Progetto Lu.C.A.Do. Insieme contro la violenza sulle donne
- 157 Adolescentay: rappresentazione innovativa del percorso di crescita dei nostri ragazzi
- 162 Tu sei la Musica... finchè la musica dura... Come la musica ri-determina l'esistenza e si trasforma in poesia
- 170 La psicologia ambientale come supporto per una nuova sfida cittadina: l'Urban Center di Bitonto
- 173 Una gratificante esperienza di gruppo: "A cinema con gli psicologi"
- 177 L'intervento precoce nel disagio giovanile: "L'Isola che c'è"

Spazio Neolaureati

- 182 Alcol e universo femminile: aspetti clinici, psicologici e psicopatologici
- 186 Rassegna stampa
- 189 Novità in libreria
- 197 Notizie dalla Segreteria

Raccomandazioni deontologiche a tutela dell'utenza e della professione di psicologo

Antonio Di Gioia

Introduzione del Presidente Antonio Di Gioia

“L’esercizio di una professione comporta per sua natura una serie di dilemmi che il professionista si pone circa l’opportunità, la correttezza, la liceità di talune condotte. Il fatto che l’attività professionale si svolga in un contesto ambientale in cui convivono regole sociali, giuridiche e morali, talora incompatibili, può rendere ardui i processi decisionali conseguenti” (Calvi e Gulotta, 2012).

Mai come negli ultimi anni numerosi Colleghe e Colleghi hanno rivolto all’Ordine degli Psicologi domande specifiche e richieste di chiarimenti riguardo le problematiche che quotidianamente gli psicologi incontrano nell’esercizio della professione.

Le risposte alle istanze espresse dalla comunità professionale e le esperienze raccolte sul territorio nazionale hanno consentito al nostro Consiglio di individuare i contenuti deontologici di maggiore criticità e indi predisporre un documento che raccoglie le “RACCOMANDAZIONI DEONTOLOGICHE A TUTELA DELL’UTENZA E DELLA PROFESSIONE DI PSICOLOGO”.

Indicatori utili ad orientarsi nel rispetto dei fondamentali obblighi deontologici di competenza primaria dell’Ordine, vincoli imprescindibili per i professionisti e garanzie fondamentali per gli utenti, in continuo divenire e oggetto di sempre nuove riflessioni. Difatti, la prima versione del Codice deontologico approvata nel 1998 è stata sostituita dall’attuale versione del testo del 2006 ed ha subito in questi anni alcune ulteriori modifiche ed aggiunte, nel 2009 e nel 2013.

All’interno delle Raccomandazione è innanzitutto imprescindibile il rimando puntuale all’art. 1 della Legge 56/89 nonché all’art. 21 del Codice Deontologico “Sono specifici della professione di psicologo tutti gli strumenti e le tecniche conoscitive e di intervento relative a processi psichici

(relazionali, emotivi, cognitivi, comportamentali) basati sull’applicazione di principi, conoscenze, modelli o costrutti psicologici.”

Il percorso quindi si snoda tra il richiamo all’articolo 3 e all’art. 6 del Codice: essenziali per la professione dello psicologo sono l’attività di studio e di ricerca, nonché l’applicazione delle nuove conoscenze acquisite per il benessere della persona e della collettività in generale.

Ad ulteriore conferma del concetto fondamentale di tutela dell’utenza si cita “Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze”: lo psicologo deve conoscere i limiti della propria competenza e preparazione, tutelando in primo luogo l’utente e il suo benessere.

Inoltre, “[...] lo psicologo salvaguarda la propria autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava”: il professionista, libero di scegliere la metodologia e le tecniche che ritiene più appropriate, è consapevole e responsabile delle conseguenze derivanti dalle proprie decisioni.

Parlando di rapporti tra colleghi, si ribadisce l’obbligo deontologico per uno psicologo di dare tempestiva comunicazione all’Ordine di eventuali comportamenti messi in atto da colleghi che possano ledere l’utenza o la categoria professionale, in modo che l’Ente possa verificare la condotta del proprio iscritto e, qualora necessario, intervenire con gli adeguati provvedimenti: lo scopo è tutelare il decoro della professione e di salvaguardare la collettività.

Le Raccomandazioni vogliono essere un ulteriore input alla osservazione e sviluppo di *best practices* che riflettano il continuo evolversi della nostra professione, in risposta alle esperienze dei colleghi e alle esigenze e bisogni di ascolto e di consulenza espressi dagli utenti.

Le Raccomandazioni

Pervengono a quest'Ordine numerosi quesiti relativi all'esercizio della professione ed alle responsabilità rivenienti dai rapporti con colleghi, altre categorie professionali, Istituzioni ed Enti e pubblici e privati, etc.

A tal proposito si divulgano le seguenti Raccomandazioni a tutela dell'utenza e della professione.

Premesso che:

- gli atti tipici della professione sono stabiliti:
 - a) dall'art. 1 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, che assegna in modo esclusivo allo psicologo: "... l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità";
 - b) dal documento redatto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi: "La professione di Psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici" (prot. 15000174 del 5 giugno 2015);
- "lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili e dirette conseguenze" (art. 3 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- "lo psicologo accetta unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice, e, in assenza di tali condizioni, informa il proprio Ordine. Lo psicologo salvaguarda la propria autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava. Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze." (art. 6 del Codice Deontologico).

Sottolineando altresì che è di esclusiva com-

petenza dello psicologo, regolarmente iscritto all'Albo professionale, l'attività di prevenzione, di diagnosi, di attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico (fatte salve le norme relative alla professione medica), il Consiglio dell'Ordine della Regione Puglia

Raccomanda

- di segnalare i casi di abusivismo o di usurpazione di titolo, di cui viene a conoscenza, ai sensi dell'art. 8 del Codice Deontologico che recita: "Lo psicologo contrasta l'esercizio abusivo della professione come definita dagli articoli 1 e 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, e segnala al Consiglio dell'Ordine i casi di abusivismo o di usurpazione di titolo di cui viene a conoscenza. Allo stesso modo, utilizza il proprio titolo professionale esclusivamente per attività ad esso pertinenti, e non avalla con esso attività ingannevoli od abusive";

- di valutare e validare eventuali richieste di interventi tipici della professione di psicologo che pervengono da colleghi, altre categorie professionali, Enti e Istituzioni pubblici e privati, etc., così come previsto dagli artt. 6 e 7 del Codice Deontologico.

In ottemperanza a quanto raccomandato ne consegue che, in presenza di qualsiasi diagnosi o richiesta di interventi propri della professione di Psicologo, mediata attraverso terzi (colleghi, altre categorie professionali, Istituzioni ed Enti pubblici e privati, etc.), è fatto obbligo, a ciascun professionista, di verificare le fonti valutando in prima persona l'opportunità e la necessità dello specifico intervento di cui è personalmente e professionalmente responsabile e, in caso di sospetto abusivismo, inoltrare opportuna segnalazione al proprio Ordine professionale.

Bari, 12 marzo 2016

Il Coordinatore
Commissione di Etica e
Deontologia
Dott. Geremia Capriuli

Il Presidente
Ordine degli Psicologi
della Regione Puglia
Dott. Antonio Di Gioia

Nasce il Consiglio sanitario regionale

Con la Legge Regionale 4/2016 il Consiglio regionale della Puglia ha istituito il Consiglio sanitario regionale, che fungerà da organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio, coinvolgendo le professionalità appartenenti all'area sanitaria e socio-sanitaria nei processi in materia di tutela della salute.

Il Consiglio, presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità affiancato dal vice presidente vicario, nella persona del presidente dell'Ordine dei Medici designato dal coordinamento regionale dei Presidenti provinciali appositamente convocato dal Presidente dell'Ordine del capoluogo di regione, sarà composto dall'Ufficio di presidenza e dall'assemblea.

Dell'ufficio di presidenza fanno parte anche tre componenti in rappresentanza degli Ordini dei Farmacisti, Veterinari e Psicologi, quattro componenti per le aree infermieristica e ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione, i presidi delle facoltà di Medicina delle Università pugliesi e due componenti in rappresentanza delle associazioni di volontariato.

La nostra categoria è ulteriormente rappresentata in assemblea da altri due psicologi.

La concretizzazione di questo nuovo organismo risponde all'esigenza di coinvolgere tutti i professionisti operanti nella sanità pugliese in funzione di una più accurata tutela e una promozione attiva del benessere e della salute dei cittadini.

Difatti, tra i compiti principali del recente Consiglio Sanitario di primaria importanza è offrire un parere competente in materia di tutela della salute, contribuendo all'innovazione ed allo sviluppo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari, nonché servire come osservatorio sulle attività di ricerca medico-scientifica

condotte nella Regione Puglia, nonché supporto nel monitoraggio dei livelli di assistenza e verifica della qualità dei servizi.

L'ampia articolazione del Consiglio rispecchia la volontà di tutte le professioni sanitarie di condividere uno spazio comune di confronto e partecipazione al

fine di contribuire a scelte responsabili e consapevoli, con particolare riguardo all'aspetto multidisciplinare dell'intervento socio-sanitario e alla implementazione dei servizi a tutela del cittadino e del suo benessere.

In particolare, come ordine regionale abbiamo creduto sin dal primo momento alla validità di una scelta innovativa ed efficace, creando a questo fine un intenso scambio di prospettive ed idee con i rappresentanti delle altre professioni sanitarie e impegnandoci per ottenere il giusto riconoscimento della nostra professione.

La rappresentatività ottenuta, anche grazie alla interlocuzione continua con le istituzioni regionali e politiche, è un importante traguardo per la nostra categoria professionale e, allo stesso tempo, il primo passo di un percorso che intende vederci protagonisti attivi delle politiche socio-sanitarie.



**LEGGE REGIONALE 29 MARZO
2016, N. 4**

“Consiglio sanitario regionale”

Il Consiglio regionale ha approvato
la seguente legge:

Art. 1

Consiglio sanitario regionale

1. Il Consiglio sanitario regionale (Csr) è un organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio regionale.

2. L'istituzione di tale organismo nasce dalla volontà della Regione di coinvolgere tutte quelle figure professionali e tecniche del servizio sanitario regionale, quali interlocutori qualificati, nelle procedure decisionali al fine di contribuire ad assicurare scelte responsabili e consapevoli di promozione e tutela della salute.

Art. 2

Compiti e Funzioni

1. Il Csr svolge le seguenti funzioni:

- a) fornire pareri sugli effetti e sui risultati prodotti dalle deliberazioni di Giunta e dalle leggi regionali in materia di tutela della salute, contribuendo all'innovazione e allo sviluppo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- b) svolgere attività di valutazione delle qualità dei percorsi formativi relativi alle figure professionali che intervengono nelle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- c) elaborare linee-guida e pareri sugli aspetti di carattere strettamente tecnico-scientifico sulle attività sanitarie;
- d) fungere da osservatorio sulle attività di ricerca medico-scientifica condotte nella regione Puglia.

Art. 3

Organi

1. Sono organi del Consiglio sanitario regionale:

- a) il Presidente;
- b) due vice Presidenti, di cui uno vicario;
- c) l'Ufficio di Presidenza;
- d) l'Assemblea.

Art. 4

Il Presidente

1. Il Consiglio sanitario regionale è presieduto dall'Assessore regionale competente o suo delegato, che svolge i seguenti compiti:

- a) convoca e presiede l'Assemblea del Csr;

- b) presiede l'Ufficio di Presidenza;
- c) propone all'Ufficio di Presidenza il programma di attività e l'ordine del giorno dei lavori;
- d) sovrintende all'attuazione dei programmi di attività del Csr;
- e) presenta annualmente al Consiglio regionale e alla Giunta regionale la relazione sull'attività del Csr;
- f) propone al Csr il regolamento interno.

Art. 5

Il vice Presidente vicario

1. Il vice Presidente vicario del Consiglio sanitario regionale è il Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri (OMCeO) designato dal coordinamento regionale dei Presidenti provinciali di OMCeO appositamente convocato dal Presidente dell'Ordine del capoluogo di regione.

2. Il vice Presidente vicario, appositamente delegato dal Presidente, oltre a svolgere le funzioni di cui all'articolo 4, deve:

- a) sostituire il Presidente nelle sue funzioni;
- b) coordinare, l'attività istruttoria di atti e provvedimenti in ragione dell'area professionale interessata.

Art. 6

Ufficio di Presidenza

1. L'Ufficio di Presidenza è composto:

- a) dal Presidente del Csr;
- b) dai due vice Presidenti, di cui uno vicario;
- c) da tre componenti in rappresentanza degli ordini dei farmacisti, veterinari, psicologi; da quattro componenti delle seguenti aree: uno per le Professioni sanitarie (PPSS) infermieristiche e ostetriche; uno per le PPSS di area riabilitativa; uno per le PPSS di area tecnico-sanitaria; uno per quelle di area della prevenzione, (decreto Ministero della sanità 29 marzo 2001 recante “Definizione delle figure professionali di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni”, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251), designati da ordini, collegi e associazioni rappresentative riconosciute dal Ministero della salute. Gli organi di rappresentanza che non risultano organizzati a livello regionale individuano il loro componente attraverso procedure condivise;
- d) dai presidi di facoltà di medicina e chirurgia delle università della regione;
- e) da due componenti designati dai componenti dell'Assemblea, di cui all'articolo 7, comma

- 1, lettera f).
2. L'Ufficio di Presidenza svolge i seguenti compiti:
 - a) propone all'Assemblea il programma di attività annuale e pluriennale del Csr;
 - b) determina l'ordine del giorno dei lavori dell'Assemblea;
 - c) costituisce i gruppi di lavoro e propone all'Assemblea le commissioni permanenti o speciali e i relativi membri;
 - d) designa gli esperti regionali o extraregionali chiamati a collaborare con le commissioni di cui alla lettera c), assegnando alle medesime l'esame dei provvedimenti;
 - e) decide in ordine ai pareri da sottoporre all'esame dell'Assemblea.

Art. 7

Assemblea - Composizione

1. L'Assemblea del Consiglio sanitario regionale è composta:
 - a) dall'Ufficio di Presidenza;
 - b) dai Presidenti degli OMCeO di Puglia;
 - c) da nove medici, di cui cinque operanti nella medicina territoriale (uno di medicina generale, uno di pediatria di libera scelta, uno della medicina preventiva, uno di organizzazione sanitaria distrettuale e uno di medicina specialistica ambulatoriale) e quattro di medicina ospedaliera, di cui tre di strutture pubbliche e uno di strutture private; tali medici sono designati dal Coordinamento regionale dei Presidenti di OMCeO, appositamente convocato dal Presidente dell'Ordine del capoluogo di regione;
 - d) da due psicologi; due farmacisti, di cui uno dipendente del sistema sanitario regionale; due odontoiatri; due medici veterinari, di cui uno dipendente della sanità pubblica veterinaria;
 - e) da otto operatori sanitari di professioni non presenti nell'Ufficio di Presidenza, quali: biologi, chimici, ostetriche, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio bio-medico, tecnici della prevenzione, fisioterapisti, dietisti; tali membri sono designati dai rispettivi coordinamenti regionali dei presidenti di ordini o collegi o organizzazioni professionali, appositamente convocati dal presidente dell'ordine o collegio o organizzazione professionale del capoluogo di regione;
 - f) da tre componenti designati dai tribunali dei diritti del malato; da due componenti designati dalle Associazioni malattie rare CoReMaR e AMaRe Puglia; da due componenti designati dalle associazioni donatori di or-

- g) da due componenti designati dalle associazioni di trapiantati presenti sul territorio regionale; da tre componenti designati dalle organizzazioni del privato sanitario e socio-sanitario presenti in Puglia; in assenza del livello regionale di rappresentanza, le designazioni competono alle associazioni provinciali più rappresentative;
- g) da due direttori sanitari designati dalle associazioni rappresentative degli istituti privati;
- h) dal Direttore generale dell'Agenzia per la prevenzione e la protezione dell'ambiente (ARPA) Puglia;
- i) dal Direttore generale dell'Agenzia regionale sanitaria (AReS) - Puglia;
- j) dal Direttore di Dipartimento dell'Assessorato regionale alla sanità e alle politiche sociali.

Art. 8

Assemblea - Funzioni

1. L'Assemblea viene insediata dal Presidente del Consiglio regionale anche in assenza della totalità delle designazione, purché siano stati designati almeno i due terzi del numero totale dei componenti.
2. Il Consiglio sanitario regionale e i suoi organi durano in carica tre anni.
3. Il primo insediamento avviene entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
4. Gli oneri finanziari per il funzionamento del Csr e dei suoi organi, quali rimborso spese, diaria e altro, sono a carico dei rispettivi ordini e collegi professionali o delle strutture sanitarie di provenienza da cui sono designati.
5. L'Assemblea del Csr svolge le seguenti funzioni:
 - a) adotta, entro sessanta giorni dall'insediamento, a maggioranza dei suoi membri, il regolamento interno su proposta del presidente;
 - b) esprime pareri sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario richiesti dalla Giunta o dal Consiglio regionale e trasmessi dall'Ufficio di Presidenza;
 - c) esprime parere obbligatorio, ma non vincolante, sugli atti aventi carattere programmatico o dispositivo generale e sugli atti finali di tutti gli organismi tecnico-sanitari di nomina regionale;
 - d) adotta il programma annuale di attività;

- e) supporta il monitoraggio dei livelli di assistenza, la verifica della qualità del servizio, l'attuazione del sistema dell'accreditamento e la elaborazione dei progetti innovativi sperimentali;
 - f) collabora alla stesura della relazione e del piano sanitario regionale;
 - g) promuove, anche in collaborazione con soggetti pubblici e privati, iniziative formative e culturali nonché di studi e ricerche;
 - h) esprime parere obbligatorio sulle linee guida e, se richiesto dalla Giunta o dal Consiglio regionale, sui percorsi assistenziali nonché sui protocolli diagnostico e terapeutico riabilitativi, in collaborazione con le società scientifiche;
 - i) esprime eventuali pareri su provvedimenti aventi carattere sanitario a richiesta delle aziende sanitarie e delle conferenze dei sindaci;
 - j) nomina le commissioni per lo svolgimento dei compiti istituzionali.
6. I pareri di cui al comma 5, lettere b) c) e h) devono essere espressi entro trenta giorni dalla richiesta, decorsi i quali si intendono favorevoli.
7. Gli atti di cui al comma 5, lettere b), c) e h) sono approvati dagli organi regionali competenti previo esame delle osservazioni formulate dall'Assemblea del Consiglio sanitario regionale. L'eventuale mancata osservanza dei pareri espressi dal Csr è motivata per iscritto.

Art. 9

Assemblea - Articolazione di funzioni

1. Per la formulazione dei pareri, il Presidente si avvale, ai fini dell'istruttoria, del personale e degli esperti dipendenti del Servizio sanitario regionale.

2. Le spese di partecipazione di tale personale è a totale carico dei bilanci delle strutture di provenienza.

3. Per lo svolgimento dei propri compiti, il Csr può avvalersi di esperti nominati dal Presidente su proposta dell'Ufficio di Presidenza, scelti su designazione delle società scientifiche di settore che si assumono l'onere finanziario della loro partecipazione.

4. Nello svolgimento delle proprie funzioni, in particolare nel formulare pareri e valutazioni sulla base dei bisogni sanitari e socio-sanitari dei malati, il Csr può coinvolgere le associazioni di rappresentanza dei malati non ricomprese all'interno dell'Assemblea. Le stesse associazioni assumono l'onere finanziario della partecipazione di loro delegati ai lavori del Consiglio sanitario regionale.

5. Alle sedute dell'Assemblea possono par-

tecipare, a richiesta del Presidente, i dirigenti e i funzionari della Regione e delle aziende sanitarie interessate per la trattazione degli argomenti di rispettiva competenza.

6. Le riunioni dell'Assemblea non sono pubbliche, mentre tutti gli atti sono soggetti alle norme vigenti sulla trasparenza e la corretta amministrazione.

Art. 10

Sede

1. Per lo svolgimento delle funzioni proprie del Csr e dei suoi organi, la Giunta regionale e/o l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale mettono a disposizione idonei spazi nonché il materiale indispensabile per lo svolgimento dei compiti a esso assegnati.

Art. 11

Invarianza finanziaria

1. L'Amministrazione regionale provvede all'attuazione di ciascuna delle disposizioni contenute nella presente legge, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza maggiori o minori oneri a carico del bilancio regionale.

Il Presidente del Consiglio
(Mario Cosimo Loizzo)

Il Segretario Generale del Consiglio
(Domenica Gattulli)

Il Dirigente della Sezione
Assemblea e Commissioni Consiliari
(Anna Rita Delgiudice)

Il Dirigente del Servizio
Assemblea e Assistenza agli Organi
(Domenico De Giosa)

E' estratto del verbale della seduta del 15 marzo 2016 ed è conforme al testo deliberato dal Consiglio regionale.

Il Presidente del Consiglio
(Mario Cosimo Loizzo)

Il Segretario Generale del Consiglio
(Domenica Gattulli)

Il Dirigente della Sezione
Assemblea e Commissioni Consiliari
(Anna Rita Delgiudice)

Il Dirigente del Servizio
Assemblea e Assistenza agli Organi
(Domenico De Giosa)

Prospetto Commissioni

- **ETICA E DEONTOLOGIA**
Coordinatore: **dott. Capriuoli**
Componenti: dott.ssa Annese - dott.ssa Gasparre - dott.ssa Loiacono - dott. Laforgia
- **COMMISSIONE TUTELA DELLA PROFESSIONE E CONTRASTO ALL'ABUSIVISMO**
Coordinatore: **dott.ssa Loiacono**
Componenti: dott.ssa Soleti - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre - dott. Bosco
- **ATTIVITA' FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI**
Coordinatore: **dott. Frateschi**
Componenti: dott. De Muro - dott.ssa Annese
- **PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA**
Coordinatore: **dott.ssa Gasparre**
Componenti: dott. Calamo Specchia - dott. Frateschi - dott. Capriuoli - dott.ssa Annese
- **COMMISSIONE START-UP GIOVANI PSICOLOGI**
Coordinatore: **dott. Laforgia**
Componenti: dott. Calamo-Specchia - dott. ssa Soleti - dott.ssa Annese - dott. Saracino
- **PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITA', POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE**
Coordinatore: **dott. Capriuoli**
Componenti: dott.ssa Gasparre - dott. Frateschi - dott.ssa Annese - dott. Calamo Specchia - dott.ssa Soleti - dott. De Muro
- **COMUNICAZIONE, GESTIONE DEL WEB E TRASPARENZA**
Coordinatore: **dott. Calamo-Specchia**
Componenti: dott. Capriuoli - dott.ssa Annese - dott. Frateschi - dott. Bosco - dott.ssa Gasparre - dott.ssa Soleti
- **REDAZIONE RIVISTA**
Coordinatore: **dott.ssa Gasparre**
Componenti: dott. Capriuoli - dott.ssa Annese - dott. Frateschi - dott. Calamo Specchia
- **RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA**
Coordinatore: **dott.ssa Annese**
Componenti: dott. Frateschi - dott. De Muro - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre
- **PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI**
Coordinatore: **dott.ssa Annese**
Componenti: dott. Frateschi - dott. Saracino - dott.ssa Gasparre - dott. Capriuoli
- **PSICOLOGIA FORENSE**
Coordinatore: **dott.ssa Soleti**
Componenti: dott.ssa Annese - dott. Capriuoli - dott.ssa Gasparre - dott. Frateschi
- **CONTRATTI**
Coordinatore: **dott.ssa Yildirim**
Componenti: dott. Frateschi - dott.ssa Capriuoli
- **GRUPPO DI LAVORO CRITERI CTU**
Coordinatore: **dott.ssa Soleti**
Componenti: dott. Giuseppe Latilla - dott.ssa Antonietta Curci - dott. Ignazio Grattagliano - dott. Vincenzo Orsi
- **COMMISSIONE PARITETICA UNIVERSITA' DI BARI**
Componenti: dott. Di Gioia - dott.ssa Soleti - dott.ssa Annese

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Gennaio - Aprile 2016)

Componenti: Paola Annese, Ferdinando De Muro

La Commissione "ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI" per il periodo gennaio - aprile (I quadrimestre) 2016 ha proseguito verso un ulteriore sviluppo della programmazione del biennio 2014 - 2015 con obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine e con metodologia pragmatica, per promuovere una diffusione, sensibilizzazione, informazione della cultura e formazione psicologica, in contesti intraprofessionali, interprofessionali e nella comunità e società civile. Infatti, ha proposto di: promuovere, continuare e migliorare il confronto sulla cultura e sulla formazione psicologica con Istituzioni, Enti, Associazioni, anche grazie al contributo delle attività pragmatiche e delle esperienze intraprofessionali e interprofessionali con gruppi, comunità, contesti molteplici e differenti; promuovere, inoltre, la cultura e la formazione psicologica basata sulle evidenze scientifiche, sulla storia e i progressi degli orientamenti della psicologia scientifica, sui modelli teorici e metodologici, sulle competenze specifiche, sugli ambiti specialistici, sugli atti tipici psicologici, sui metodi e sulle tecniche riconosciute dalla comunità scientifica; promuovere, ancora, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva, motivata ed interessata, di tutta la comunità professionale degli psicologi, nuove ipotesi, idee e proposte su programmi, progetti, procedure sulla base di profili di conoscenze, competenze, abilità, tecniche psicologiche specialistiche innovative.

Dunque, la programmazione delle attività culturali e formative, in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, verrà sviluppata ulteriormente, attraverso iniziative di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti

istituzionali e privati, sulla multidimensionalità professionale dello psicologo e dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere; la programmazione ed organizzazione dei convegni si svilupperà in virtù della più ampia corrispondenza tra quanto sopra e la realizzazione di eventi ed iniziative che possano dare rappresentazione della multidimensionalità professionale dello psicologo, evidenziando le peculiarità di ogni area e settore della professione psicologica nella specificità delle tematiche trattate in ciascun evento.

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

Evento dal titolo: "*La tutela del cittadino e gli atti tipici dello psicologo. Le "Raccomandazioni" dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia*" organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il 12.03.2016, presso l'Hotel Excelsior, Bari;

Evento dal titolo: "*Presentazione protocollo di intesa CNOP-UICI*" organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 01.04.2016, presso l'Hotel Oriente, Bari.

Tavola Rotonda: "*Dialoghiamo sull'autismo*", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 02.04.2016, presso l'Hotel Oriente, Bari.

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

“Dialoghiamo sull’autismo”

Paola Annese, Giovanna Pontiggia, Antonio Di Gioia

2 aprile 2016: Giornata Internazionale della Consapevolezza sull'Autismo

Il 2 aprile è stata celebrata la nona Giornata Internazionale della Consapevolezza sull'autismo, sancita nel 2007 dall'ONU, per sensibilizzare istituzioni e opinione pubblica sui Disturbi dello Spettro Autistico e sull'impatto che queste problematiche hanno sulla vita dei soggetti che ne sono affetti e sulle loro famiglie.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, in questa giornata, ha organizzato due iniziative: una tavola rotonda sul tema dell'autismo e l'allestimento di uno stand, in Corso Cavour a Bari, presso cui diverse associazioni che in Puglia si occupano di autismo hanno potuto presentare le proprie attività e iniziative ai cittadini.

Alla tavola rotonda sono stati invitati referenti istituzionali ed esperti sul tema per avviare un confronto e un dialogo, stimolati anche dalle istanze e dalle sollecitazioni che l'Ordine ha raccolto da parte delle associazioni che hanno aderito all'iniziativa, racchiuse nel documento qui di seguito riportato.

I Disturbi dello Spettro Autistico sono un insieme di condizioni eterogenee del neurosviluppo, caratterizzate dall'insorgenza precoce di difficoltà nella comunicazione sociale e nei comportamenti ed interessi che risultano ristretti e ripetitivi (DSM V). I dati epidemiologici evidenziano un aumento della casistica; questo dato implica la necessità e l'opportunità di interventi precoci, con metodiche validate a livello scientifico.

La necessità di sensibilizzazione su questo tema nasce dalla constatazione del sempre maggiore impegno richiesto alle Istituzioni al fine di poter rispondere ai bisogni delle persone con questo tipo di disabilità, nell'intero arco di vita. È indispensabile creare maggiori sinergie nei percorsi di diagnosi, presa in carico e intervento tra servizio sanitario, scuole, famiglie, associazioni e cooperative che operano nel sociale ed il privato, per non incorrere in una frammentazione degli interventi ed una conseguente diminuzione della loro efficacia. Risulta fondamentale, inoltre, assumere l'ottica di integrazione socio-sanitaria, che consente di riportare nella vita quotidiana e in tutti i contesti di vita le acquisizioni e le competenze, perché esse diventino

Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
2 APRILE
Giornata Internazionale della Consapevolezza sull'Autismo

COSA È
 I disturbi dello spettro autistico sono un gruppo di disabilità, che possono manifestarsi con gradi variabili di gravità e presentarsi in maniera significativa sin dall'inizio della vita, con la comparsa di altere in relazione con le persone e di alterati all'interno.

SINTOMI
 Nell'autismo sono in deficit sostanziale nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale e la presenza di comportamenti Atipici stereotipati e di attività ristrette e ripetitive.

LE CAUSE
 Non sono conosciute, si ritiene attualmente che sia il genotipo genetico che l'ambiente contribuisce alla manifestazione di tali disturbi.

L'INCIDENZA
 I disturbi dello spettro autistico diventano nella prima infanzia e proseguono per tutta l'età della vita. Questa condizione, che colpisce significativamente il bambino, ha un impatto sulla vita di chi è affetto e sulla vita di chi lo circonda.

DIAGNOSI & INTERVENTO

ICIC
 Lo ICD-10 (International Classification of Diseases) classifica i disturbi dello spettro autistico in tre categorie: autismo, sindrome asperger e sindrome di Kanner. L'ICIC è uno strumento di valutazione che viene utilizzato per diagnosticare i disturbi dello spettro autistico e per monitorare l'andamento del disturbo.

ADHD
 Descrizione clinica accompagnata dall'uso di scale di valutazione standardizzate (come l'ADHD e l'ADHD).

DSM-5
 La diagnosi di autismo viene solitamente formulata tra i 24 e i 36 mesi di età. Fondamentale la diagnosi precoce per avviare l'intervento.

INTERVENTO
 Consiste in programmi individuali e personalizzati, tra questi i più efficaci sono quelli basati sull'analisi comportamentale applicata (Applied Behavior Analysis, ABA) e che possono riguardare il linguaggio, i comportamenti adattivi e le abilità scolastiche e i programmi di interventi individualizzati e basati sui bisogni delle famiglie e tutti i contesti di vita del soggetto (scuola, nei rapporti ad alto funzionamento, nei rapporti con la famiglia e nei rapporti con il sistema sanitario). È importante che gli interventi siano basati su evidenze scientifiche (Evidence Based Practice, EBP).

LO PSICOLOGO

Il professionista della psicologia ha un ruolo fondamentale nel percorso di diagnosi e intervento. È importante che il professionista sia formato e aggiornato sulle metodiche validate a livello scientifico e che operi in stretta collaborazione con il sistema sanitario, le scuole, le famiglie, le associazioni e le cooperative che operano nel sociale ed il privato.

IN PUGLIA

È stato un tavolo regionale tra i referenti istituzionali delle principali associazioni di tutela delle famiglie di persone affette da DSA, i medici e operatori del sistema sanitario pubblico, dirigenti e funzionari delle ASL e della Regione.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia si sta attivando perché tale cooperazione venga integrata con un'implementazione degli Psicologi.

Disturbi dello spettro autistico
 2431

PilloleFort

per il soggetto veicolo di crescita, adattamento e reale integrazione.

Per questo motivo, l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha voluto, in questa giornata, non limitarsi al confronto tra professionisti, ma coinvolgere e creare un dialogo con diverse realtà del terzo settore che si occupano di autismo nel territorio regionale, riassumendo in questo documento le istanze, le riflessioni e le proposte da esse presentate.

Questo Ordine sta svolgendo e svolgerà un'azione presso gli Enti competenti nell'evidenziare il ruolo dello psicologo, quale componente nei diversi contesti:

- nelle équipes multiprofessionali e multidisciplinari, necessarie per la diagnosi e la presa in carico
- nelle commissioni regionali per la definizione dei percorsi, programmi, norme e linee guida
- nelle commissioni invalidi civili delle ASL e presso l'INPS per i riconoscimenti di cui alla legge 104/92 e 68/99 ed eventuali altri adempimenti
- negli organismi PUA, UVM, Uffici di Piano, per la definizione dei percorsi di integrazione socio-sanitaria, elaborazione del PAI ed altri progetti.

Laddove la figura dello psicologo risultasse assente nei suddetti livelli e organismi, sarà cura dell'Ordine evidenziarlo, anche sulla base di segnalazioni pervenute, e stimolare le Istituzioni a colmare i vuoti.

Per cui la giornata di oggi, dal tema "Dialoghiamo sull'Autismo", è l'avvio di un dialogo che potrà avere successivi momenti di confronto osmotico con i responsabili istituzionali ed il terzo settore.

Le sollecitazioni pervenute all'Ordine dagli aderenti all'iniziativa, confrontate e correlate tra loro per farne una struttura coesa, sono condivise e riportate sinteticamente nel presente documento, che è consegnato alle autorità preposte, per dare corpo a un "dialogo sull'autismo" che si traduca in azione.

Nei contenuti a noi trasmessi sono state evidenziate criticità nei percorsi di diagnosi, presa

in carico e intervento:

- necessità della precocità della diagnosi: scarsa competenza e conoscenza degli indicatori precoci di autismo da parte dei pediatri, con conseguente ritardo nell'invio agli specialisti e nell'avvio degli interventi; tempi lunghi della lista d'attesa per la diagnosi nel territorio regionale; emigrazione in altre regioni per la diagnosi e conseguente maggiorazione della spesa sanitaria per il Servizio Sanitario Regionale;
- ridotta efficienza dei servizi pubblici: incertezza e discontinuità degli interventi offerti dal territorio e dalle ASL di competenza (assegnazione di cicli di 20-30 sedute, sulla base di richieste formulate su modulare del Servizio Sanitario Nazionale, per una problematica cronico-estensiva; interventi in settori riabilitativi, ad esempio solo logopedia, e non globalità della presa in carico; insufficiente supporto multiprofessionale), blocco delle assunzioni e del turn over, impossibilità o tempi lunghi di attesa per l'accesso alle attività riabilitative per tutti i soggetti che ne hanno bisogno, formulazione di liste d'attesa per minori;
- mancanza o carenza di strutture riabilitative sanitarie pubbliche e private accreditate, che erogano le diverse tipologie di assistenza;
- interventi basati sulla metodologia ABA a carico delle famiglie: l'intervento ABA (Applied Behavior Analysis), nonostante sia indicato, nelle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, quale intervento con maggiori evidenze di efficacia, viene erogato in forma privata, con grave carico organizzativo ed economico sulle famiglie e rimborso, laddove previsto a livello regionale, parziale e dilazionato;
- esiguità di personale esperto per l'intervento sull'autismo e carente monitoraggio delle specifiche competenze;
- mancanza di sistematicità nel lavoro di rete tra scuola, famiglia, Servizio Sanita-

rio e specialisti del settore, nel programmare e condividere obiettivi comuni di lavoro;

- parziali, insufficienti o assenti interventi strutturati di supporto ai genitori (parent training);
- complessità e multiproblematicità dei quadri clinici dei soggetti autistici adulti, che spesso, in carenza/assenza di servizi dedicati, ricevono solo trattamento farmacologico e/o socio-assistenziale.

Nonostante i limiti e gli ostacoli evidenziati, le associazioni di famiglie e gli addetti ai lavori, sia pur non avendo ruoli e responsabilità di soggetti istituzionali, con consapevolezza normativa e scientifica, da fruitori diventano propositori.

Essi, infatti, forniscono stimoli che diventano la base per proseguire il “dialogo sull’autismo”, a cui le Istituzioni non possono rimanere sorde, quali:

- concreta applicazione delle linee guida e dei regolamenti regionali;
- screening precoce, effettuato in contesti familiari o istituzionali da professionisti esperti, attraverso la somministrazione di scale (M-CHAT-R o Q-CHAT), anche utilizzando ausili informatici;
- creazione di strutture dedicate;
- punti di ascolto che accolgano la famiglia per la formazione dei genitori quali co-terapisti nell’implementazione di un percorso abilitativo;
- apertura del regime di accreditamento per strutture specializzate per l’autismo, con criteri e requisiti scrupolosamente verificabili e monitorabili, che eroghino specifiche prestazioni e interventi declinati nei vari contesti di vita, assimilabili al servizio ADI, per migliorare la qualità di vita e prevenire o ridurre l’istituzionalizzazione;
- costruzione di laboratori mirati per sviluppo di prassi operative, utili a processi produttivi legati al mondo del lavoro;
- sviluppare programmi di educazione rivolti ai pari, basati sui principi della metodologia ABA, perché imparino a intera-

gire con i coetanei autistici, concorrendo, così, a ridurre l’isolamento in cui spesso essi si rifugiano;

- garantire percorsi e servizi anche per i soggetti autistici adulti;
- istituzione di un elenco regionale che includa le realtà operative (strutture, professionisti, associazioni...) presenti sul territorio, in grado di garantire servizi in tale settore, fornite di requisiti adeguati;
- integrazione nell’offerta formativa universitaria di corsi di specializzazione e/o master per tecnici e consulenti ABA;
- normare a livello ministeriale il profilo giuridico dell’analista comportamentale tra le professioni sanitarie, sulla base dei requisiti riconosciuti a livello internazionale per tale figura professionale;
- incrementare la rete di partenariato nazionale e internazionale.

Le sollecitazioni pervenute, condivise dal nostro Ordine professionale, non hanno la presunzione di essere esaustive, ma hanno la certezza di voler dire “dialoghiamo sull’autismo”.

Nelle ultime ore, è stata resa pubblica l’approvazione del Regolamento Regionale per l’Autismo “Una rete capillare per l’assistenza”, che prevede una risposta ad alcune delle istanze e proposte riportate nel presente documento, che si auspica diventino concreta prassi operativa.

Nel presente documento, elaborato a cura dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sono confluiti sollecitazioni, istanze, proposte e indirizzi, pervenuti dalle seguenti associazioni:

- Associazione ABA Associazione Bambini Autistici ONLUS / Coop. Soc. Il sorriso degli angeli
- Associazione Amici di Nico
- Associazione GAP Genitori Autismo Puglia ONLUS
- Associazione A.N.G.S.A.
- Cooperative Sociali Per.I.a / Occupazione e Solidarietà / Legacoop
- Cooperativa Sociale SoleLuna



ORDINE DEGLI PSICOLOGI
REGIONE PUGLIA



2 aprile Giornata internazionale della Consapevolezza sull'autismo



Tavola rotonda

DIALOGHIAMO SULL'AUTISMO



ISTITUZIONI E PROFESSIONISTI A CONFRONTO

SALUTI ISTITUZIONALI

• **Fulvio Giardina**

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

• **Antonio Di Gioia**

Presidente Consiglio Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

• **Michele Emiliano**

Presidente Regione Puglia

• **Pietro Liuzzi**

Senatore della Repubblica, Membro 7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport)

• **Vito Montanaro**

Direttore Generale ASL Bari

• **Rosy Paparella**

Garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza Regione Puglia

• **Rosalinda Cassibba**

Direttore del Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTERVENTI

• **Vito Lozito**

*Neuropsichiatra Infantile – Direttore Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza DSM/ASL BA
"SPETTRO AUTISTICO TRA CATEGORIA E DIMENSIONI"*

• **Luigi Russo**

*Psicologo-psicoterapeuta IRCCS "E.Medeo" Ass. La Nostra Famiglia – polo di Brindisi-Ostuni
"LA DIAGNOSI DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO"*

• **Paola Annese**

*Psicologa-psicoterapeuta – Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia
"PERCORSI DI INTERVENTO NELL'AUTISMO"*

• **Maria Teresa Angelillo**

*Psicologa-psicoterapeuta
"I LIBERI PROFESSIONISTI NELL'APPROCCIO ALL'AUTISMO"*

• **Mariastella Buonsante**

*Psichiatra, psicologo-psicoterapeuta, Direttore Centro di Salute Mentale di Bari ASL BA,
Docente di Psichiatria nella Facoltà di Medicina Università di Bari
"L'AUTISMO NELL'ADOLESCENZA E IN ETÀ ADULTA"*

• **Giovanna Pontiggia**

*Dirigente Psicologo-psicoterapeuta ASL BA – Docente a contratto Università di Bari - Segretario Ordine Psicologi Regione Puglia
"L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: APPROPRIATEZZA NEI PERCORSI"*

Letture documento di sintesi delle istanze/riflessioni delle associazioni regionali che operano nel settore

CONCLUSIONI

• **Vanda Vitone**

Dirigente Psicologo-psicoterapeuta ASL BA - Vice presidente Ordine Psicologi Regione Puglia

Sabato 2 aprile 2016, ore 12.30

Hotel Oriente

Corso Cavour 32, BARI

Il ruolo dello psicologo nella riforma della giustizia minorile

Vanda Vitone, Antonio Di Gioia

Il disegno di legge delega sulla riforma della giustizia civile ha provocato numerose riflessioni e forti polemiche, in particolare per quel che concerne l'ambito della giustizia minorile.

Il testo della delega il Governo a effettuare una riforma del processo civile in un'ottica di specializzazione e semplificazione dell'offerta di giustizia che non apporta elementi di progresso in tema di tutela del minore. Un punto di forte criticità, infatti, è rappresentato dall'**esclusione della composizione collegiale integrata** con tecnici specializzati in varie discipline, come la psicologia, con conseguenti gravi ricadute - per quel che concerne il nostro punto di vista - sull'articolazione ed emanazione dei provvedimenti giudiziari a tutela dei minorenni.

Le Raccomandazioni Deontologiche a tutela dell'utenza e della professione emanate dal nostro Ordine regionale specificano che *“lo psicologo deve valutare in prima persona l'opportunità e la necessità dello specifico intervento di cui è personalmente e professionalmente responsabile”* e, inoltre, sottolineano l'importanza dell'articolo 1 della Legge n. 56 del 18 feb-

braio 1989, che assegna in modo **esclusivo** allo psicologo l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la **prevenzione**, la **diagnosi** e le **attività di abilitazione-riabilitazione**. Ancora, è di esclusiva competenza dello psicologo **valutare e validare** eventuali richieste di interventi tipici della professione stessa che pervengono da colleghi, **altre categorie professionali, Enti ed Istituzioni pubblici e privati** (art. 6 e 7 del Codice deontologico).

Da una specifica lettura dei singoli casi appartenenti in ambito di giustizia minorile discende l'attuazione degli interventi psicologici a tutela dei minori che si esplica attraverso la progettazione del percorso psico-sociale, giuridico, educativo e quindi esistenziale.

L'integrazione dei diversi saperi e il contributo delle scienze psicologiche, pedagogiche e sociali permettono un'inquadramento dei casi e considerazioni prognostiche che incidono sui tempi del processo e ottimizzano risorse, rappresentando la **reale tutela del minore** e il suo **diritto alla salute**, intesa come **benessere globale**, psico-fisico e sociale.

Le deliberazioni attuate dai giudici minorili implicano valutazioni attinenti il vissuto del minore, le sue relazioni intrafamiliari e nel suo contesto di vita e pertanto richiedono una competenza specialistica che **soltanto un modello organizzativo multidisciplinare** può assicurare al fine di tutelare il minore stesso.

L'infanzia e l'adolescenza sono fasi della vita dell'individuo estremamente complesse e



delicate che necessitano di contesti favorevoli e integrati tra loro al fine di accompagnare il minore all'età adulta nel suo percorso di crescita.

Attualmente il ruolo del giudice onorario è essenziale all'interno del collegio giudicante, in quanto l'integrazione tra le figure giuridiche ordinarie e quelle specializzate costituisce la specificità del Tribunale dei Minorenni come **Organo giudiziario specializzato**.

Il giudice onorario - nella maggior parte dei casi psicologo - assicura un canale privilegiato, un **contesto nontraumatizzante** e **competenze specifiche** in qualsiasi ambito della giustizia minorile: affidi, controversie di separazione, minori stranieri non accompagnati, autori e vittime di abusi psico-sociali, vittime di maltrattamenti. Non è possibile distinguere, separando, la valutazione tecnica dalla valutazione delle questioni squisitamente giuridiche, così come appare poco funzionale alla tutela psicologica del soggetto giuridico la divisione tra ambito civile e penale: il minore, infatti, che sia vittima o autore di reato richiede forme di tutela particolari e assolutamente specifiche. A tal riguardo si ricorda anche il DPR 445/85, che stabilisce la rapidità del processo a tutela del minore autore di reato.

L'evoluzione sociale, le ricadute dovute alla crisi economica, i nuovi modelli familiari sempre più complessi e diversificati, l'arrivo di numerosi minori stranieri non accompagnati richiedono letture, e risposte, specialistiche da parte delle Istituzioni, che sino ad ora sono state assicurate dal Tribunale dei Minorenni che ha rappresentato organo di garanzia in cui il **minore è assoluto protagonista** del Diritto Minorile.

Il giudice onorario, pertanto, rappresenta un indispensabile facilitatore nella comunicazione tra servizi e istituzioni e, soprattutto, è **interlocutore privilegiato nell'ascolto e nella relazione col minore**.

È necessario non confondere l'avvalersi di una consulenza tecnica con il lavoro attuato in multidisciplinarietà da parte di diverse figure poste **sullo stesso piano**, ognuna con la propria

specifico competenzaell'interesse unico ed esclusivo del minore, come sancito dalla Convenzione internazionale dell'ONU.

Multidisciplinarietà che assicura la centralità del minore ma anche tutela l'**autonomia professionale** necessaria all'esercizio della professione di psicologo.

Lo psicologo, infatti, "*accetta condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale e il rispetto delle norme del codice del codice deontologico*" (art. 6). L'autonomia professionale è elemento fondamentale sia nel processo di valutazione dei casi che di intervento nei quali nessun altro professionista (avvocati, giudici, assistenti sociali...) può interferire: la **psicologia è una scienza**, come tutte le scienze si avvale di processi conoscitivi e tecniche *evidence based* di cui non possono e non devono appropriarsi altre categorie professionali.

In conclusione, è importante sottolineare l'assoluta necessità di integrare i nostri Dipartimenti di Salute mentale, di Psicologia clinica e i Distretti socio-sanitari con personale specializzato nelle discipline forensi: la presenza dello **psicologo forense**, infatti, è una realtà già esistente in molti stati del mondo e introduce una metodologia **altamente specialistica di inquadramento, diagnosi e cura**.

L'attuale assetto dei servizi socio-sanitari del nostro territorio è caratterizzato dall'assenza di psicologi nei servizi sociali comunali, da un numero insufficiente di psicologi nelle strutture sanitarie preposte alla tutela dei minori (Consultori familiari, CSM, NPIA, Ser.D) da un esiguo numero di strutture pubbliche eroganti psicoterapia nonché da una netta sproporzione tra il numero di provvedimenti e operatori preposti alla presa in carico globale del minore: pertanto la migliore delle riforme a tutela dei minori resterà comunque vana e irrealizzabile se non saranno attuati cambiamenti tempestivi nella strutturazione dei servizi.

Bari, 2 maggio 2016

Le abilità di regolazione emotiva: quale ruolo nella psicopatia?

Noemi Mitaritunno*, Emanuela Soleti*, Antonietta Curci*

*Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

Riassunto

La psicopatia è un disturbo strettamente, ma non necessariamente, connesso all'agire deviante e criminale. Sebbene gli psicopatici siano caratterizzati da uno stile di vita antisociale, questo aspetto rappresenta solo parte del loro modello comportamentale: una assoluta mancanza di empatia, rimorso o senso di colpa per le proprie azioni, associata a una notevole capacità di razionalizzare il proprio comportamento, minimizzando la responsabilità personale, costituirebbe il tratto distintivo del disturbo. Per far luce sulla natura dei deficit affettivi e interpersonali riscontrati in questi individui, molti ricercatori hanno indagato il ruolo svolto dall'Intelligenza Emotiva nella psicopatia, giungendo a risultati contrastanti. Partendo da queste premesse, il presente lavoro si propone di indagare possibili associazioni tra psicopatia e abilità di regolazione emotiva, aree di indagine di crescente interesse per la comunità scientifica data l'importanza che rivestono per la società e i singoli individui in termini di maggiore o minore adattamento sociale e benessere psico-fisico.

Parole chiave: *Psicopatia, Intelligenza emotiva, MSCEIT*

Introduzione

Dopo secoli di speculazioni teoriche e decenni di ricerca empirica, la psicopatia è stata definita come un grave disturbo di personalità caratterizzato da una serie specifica di tratti disposizionali e comportamenti marcatamente negativi e dannosi da un punto di vista sociale (Hare, 2003). Fascino, loquacità, egocentrismo, mancanza di coscienza morale e di empatia, insensibilità, menzogna patologica, impulsività e comportamento deviante sono solo alcuni degli aspetti che contraddistinguono questi individui (Neumann, Hare e Newman, 2007). Lo spiccato interesse della comunità scientifica per lo studio e la comprensione della psicopatia, soprattutto nell'ambito della salute mentale e dei contesti carcerari, si fonda sul riconoscimento delle implicazioni negative del di-

sturbo sulla società. Robuste evidenze empiriche sostengono che la psicopatia rappresenti un potente predittore del comportamento illegale (Hare, 2003; Leistico, Salekin, DeCoster e Rogers, 2008): di fatto, si riscontrano forti associazioni tra il disturbo, la tendenza a commettere crimini violenti soprattutto a sfondo sessuale (Douglas, Vincent e Edens, 2006), la recidiva e una ridotta sensibilità al trattamento (Harris e Rice, 2006). Secondo alcuni (Cleckley, 1976; Patrick et al., 1993) l'essenza del disturbo risiede nella discrepanza tra le componenti linguistiche delle emozioni e l'esperienza soggettiva delle stesse: in altri termini gli psicopatici sembrano "conoscere le parole, ma non la musica" delle emozioni (Johns e Quay, 1962, p.217). Contrariamente a quanto accade negli individui emozionalmente intelligenti, il deficit nell'elaborazione delle informazioni di tipo emotivo riscontrato negli psicopatici, accompagnato da un'alterazione nelle abilità di regolazione emozionale, in particolare dei propri stati affettivi più intensi e negativi, interferirebbe con la loro capacità di rispondere in modo socialmente accettabile e flessibile alle richieste ambientali (Gulotta e Curci, 2010).

L'Intelligenza Emotiva, intesa come l'abilità di percepire, usare, comprendere e gestire le emozioni proprie e altrui al fine di risolvere problemi emotivi e regolare il comportamento (Brackett e Salovey, 2006; Mayer e Salovey, 1997), è associata a elevate competenze sociali e interpersonali (Brackett, Rivers e Salovey, 2011), a un buon funzionamento psicologico (Lanciano e Curci, 2014) e ad un miglior adattamento psicosociale (Mayer, Roberts e Barsade, 2008). Numerose ricerche (Garcia-Sancho, Salguero, Fernandez-Berrocal, 2014; Gardner e Qualter, 2010) hanno messo in luce una relazione negativa tra IE e aggressività, comprovando l'ipotesi che buone abilità di regolazione emotiva possano rappresentare un fattore

protettivo rispetto alla messa in atto di comportamenti violenti e criminali. Un recente filone di studi ha indagato il ruolo svolto dall'IE nella psicopatia riportando risultati in parte contrastanti. Le correlazioni negative registrate tra alti livelli di psicopatia e buone abilità di regolazione emotiva (Malter et al., 2008) lasciano pensare che i costrutti agiscano in modo socialmente antagonista (Visser et al., 2010), confermando l'idea secondo la quale il deficit nella comprensione degli aspetti affettivi del linguaggio potrebbe compromettere il processo di socializzazione morale di questi individui e renderli più inclini a incorrere in comportamenti antisociali (Wootton, Frick, Shelton e Silverthorn, 1997). Coerentemente con questi risultati, altre ricerche (Lorenz e Newman, 2002) attestano l'esistenza di un legame tra stile di vita antisociale e difficoltà nell'elaborazione di pattern facciali e vocali che esprimono paura e tristezza, il che fa ipotizzare che gli individui affetti dal disturbo non siano in grado riconoscere nella vittima indizi di angoscia (Blair e Coles, 2000; Stevens, Charman e Blair, 2001). Altri (Book, 2005), invece, hanno riscontrato, negli stessi, adeguate abilità nel riconoscimento di espressioni facciali di emozioni quali rabbia e paura. Buona parte di queste incongruenze può essere spiegata dal fatto che il costrutto sia spesso considerato come un'entità monolitica, in realtà la variabilità dei risultati induce a pensare agli psicopatici come un gruppo eterogeneo, confermando l'esistenza di alcune varianti del disturbo in precedenza teorizzate (Karpman, 1941) e della loro diffusione nella popolazione generale oltre che in quella clinica e forense (Lee e Salekin, 2010). Karpman (1941) suggerisce per primo che il disturbo possa essere il risultato di un duplice percorso evolutivo: la psicopatia primaria sarebbe inscritta in un deficit emotivo costituzionale, mentre la secondaria emergerebbe in risposta a specifiche influenze ambientali. Analizzando campioni di detenuti affetti da psicopatia è emerso che i primari si contraddistinguono per una maggior presenza dei tratti affettivi e interpersonali associati al disturbo (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr e Loudon, 2007; Swogger e Kosson, 2007), una maggiore stabilità emotiva e livelli d'ansia inferiori (Hicks et al., 2006); al contrario nel gruppo dei secondari si riscontrano prevalentemente tratti com-

portamentali e impulsività (Skeem et al., 2007; Swogger e Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005) frequenti condotte aggressive (Hicks, Markon, Patrick, Krueger e Newman, 2006), livelli elevati di ansia e una migliore responsività al trattamento (Skeem et al., 2007). Tali distinzioni permettono di accrescere la comprensione del disturbo, dei fattori eziologici associati e di indirizzare gli interventi.

Solo di recente l'interesse dalla comunità scientifica è stato rivolto allo studio della presenza del disturbo nella comunità allargata, cercando di rilevare l'incidenza del fenomeno con strumenti di misura come lo Psychopathic Personality Inventory (PPI; Lilienfeld e Andrews, 1996). I contributi scientifici sul tema, mediante l'approfondimento empirico e la messa a punto di strumenti validi e affidabili per identificare questi individui e contenere il rischio che rappresentano per la società, sono considerevoli sia in setting clinici che in campo giuridico-forense (Skeem, Polaschek, Patrick e Lilienfeld, 2011). Effettuare diagnosi differenziale rispetto ad altri disturbi di personalità (antisociale, narcisistico o borderline) che condividono solo alcune delle caratteristiche che contraddistinguono la psicopatia, può favorire una corretta pianificazione del trattamento terapeutico e aiutare il clinico nel monitorare i tentativi di questi individui di utilizzare la terapia per scopi strumentali e manipolativi. In sede di esecuzione penale, invece, una valutazione adeguata può fornire indicazioni utili per la scelta di strategie detentive più indicate, per la valutazione della pericolosità sociale e del risk-assessment e per decidere benefici o sconti di pena.

Obiettivo e ipotesi

L'obiettivo della presente ricerca è quello di indagare la presenza di tratti psicopatici in un campione di detenuti e in un gruppo di controllo e successivamente di mettere in luce le relazioni esistenti tra psicopatia e abilità di regolazione emotiva. Sulla base di un'analisi della letteratura recente ci si aspetta che i punteggi globali di psicopatia siano inversamente associati a quelli di Intelligenza Emotiva (Malter et al., 2008; Visser et al., 2010), e più nello specifico che il campione composto da detenuti, presentando punteggi supe-

riori di psicopatia, mostri minori abilità di regolazione emotiva rispetto al gruppo di controllo. Ci si aspetta, inoltre, che tale associazione negativa sia attribuibile maggiormente alla componente impulsiva e antisociale del disturbo (Patrick, 2006; Vidal, Skeem e Camp, 2010).

Metodo

Campione

Per lo studio è stato reclutato un campione di 26 partecipanti, tutti di sesso maschile ($M_{\text{età}}=34,9$; $DS=10,6$). Il gruppo è composto da autori di reato, detenuti presso la Casa Circondariale di Bari “Francesco Rucci” e condannati in via definitiva. Per il gruppo di controllo ($n=26$) sono stati reclutati, invece, soggetti senza precedenti penali ($M_{\text{età}}=34,1$; $DS=12,5$). I criteri d’inclusione per la partecipazione sono stati la cittadinanza italiana, la maggiore età e l’assenza di patologie psichiatriche. I gruppi sono stati appaiati per età e livello d’istruzione. L’intero campione ha accettato di partecipare alla somministrazione dei test in forma volontaria e anonima, previo rilascio del consenso informato, in accordo con la legge sulla Protezione dei Dati Personali (D. Lgs. n. 196, 30/06/2003).

Procedura

L’adesione dei partecipanti allo studio è avvenuta in forma anonima e volontaria. Per minimizzare eventuali tentativi di distorsione delle informazioni, a ciascun soggetto è stato comunicato che avrebbe fatto parte di un progetto di ricerca volto a indagare capacità cognitive e dimensioni emotive. Dopo l’acquisizione del consenso informato si è proceduto con una breve raccolta di dati anamnestici e la somministrazione dei test. Il materiale è stato somministrato individualmente. Per il gruppo di controllo il completamento della batteria è stato portato a termine in una singola sessione della durata di circa due ore, per il gruppo sperimentale sono stati invece necessari più giorni di lavoro all’interno dell’Istituto di detenzione.

Strumenti di misura

Psychopathic Personality Inventory-Revised

(PPI-R; Lilienfeld e Widows, 2005), uno dei più recenti questionari di autovalutazione della psicopatia, intrinsecamente basato sul lavoro teorico di Cleckley (1941, 1976), valuta la presenza delle caratteristiche di personalità affettive e interpersonali associate al disturbo in campioni clinici e non clinici (Lilienfeld e Andrews, 1996). Lo strumento contiene 154 item ai quali il soggetto risponde utilizzando una scala Likert a 4 punti (1=falso, 2=abbastanza falso, 3=abbastanza vero, 4=vero), se sommati forniscono un punteggio totale, che rappresenta un indice globale di psicopatia, e ulteriori punteggi corrispondenti a otto scale di contenuto, costruiti di ordine inferiore che rispecchiano uno specifico tratto della personalità psicopatica (Egocentrismo Machiavellico, Anticonformismo Ribelle, Esternalizzazione della Colpa, Freddezza Emotiva, Influenza Sociale, Mancanza di Paura, Mancanza di Pianificazione, Immunità allo Stress). Alle scale di contenuto si affiancano due indici relativi alle scale di validità che riguardano la tendenza a dare un’impressione positiva di sé (risposte virtuose) e ad ammettere comportamenti bizzarri senza riferimento ad una specifica psicopatologia e a fornire risposte contraddittorie (risposte devianti). Per quanto concerne le proprietà psicometriche, il test e le singole sottoscale mostrano generalmente una buona consistenza interna ($\alpha=0,78-0,92$; Lilienfeld e Widows, 2005). Sono state rilevate, inoltre, correlazioni discrete tra il PPI-R e alcune misure del disturbo antisociale di personalità ($r=0,59$; Lilienfeld e Andrews, 1996), i punteggi ricavabili dalla PCL-R ($r=0,54$; Poythress, Edens e Lilienfeld, 1998) e nello specifico dalla scala del distacco emotivo ($r=0,54$; Poythress et al., 1998). I punteggi del PPI-R dimostrano anche buona validità discriminante rispetto a costrutti quali depressione, desiderabilità sociale e tendenze psicotiche (Lilienfeld, Fowler e Patrick, 2006). Mediante alcune analisi fattoriali esplorative delle otto scale di contenuto del PPI-R è emersa una soluzione a due fattori, “Dominanza priva di Paura” e “Impulsività Autocentrata”, che rispecchiano grossolanamente le scale della PCL-R del distacco emotivo e del comportamento antisociale e irresponsabile (Benning, Patrick, Hicks, Blonigen e Krueger, 2003). Mentre il fattore Dominanza priva di Paura presenta correlazioni negative con ansia e depressione, l’Impulsività

Autocentrata presenta correlazioni positive con le stesse variabili, con il comportamento antisociale e l'abuso di sostanze (Patrick, Edens, Poythress, Lilienfeld e Benning, 2006). Nel presente studio si è scelto di adoperare il PPI-R poiché, rispetto alla PCL-R, fornisce una misura "pura" della

psicopatia, focalizzandosi sulla valutazione di tratti di personalità e atteggiamenti piuttosto che sul comportamento antisociale, il quale potrebbe non essere necessariamente specifico per la psicopatia (Cleckley, 1976; Vidal et al., 2010).

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey e Caruso, 2002) è un test di performance per adulti (somministrabile a partire dai 17 anni) e rappresenta un'operazionalizzazione del modello gerarchico a "quattro rami" di Mayer e collaboratori (2000). L'assunto teorico di base del modello è che l'IE sia concepibile come un pattern di abilità cognitive preposte specificatamente all'elaborazione di informazioni di tipo emotivo-affettivo, quali: Percezione delle emozioni, Facilitazione del pensiero, Comprensione delle emozioni e Gestione delle stesse. Il MSCEIT, presente attualmente sia in formato on-line che nella versione carta e matita, fornisce, dunque, una stima delle abilità di regolazione emozionale

chiedendo ai rispondenti di impegnarsi nello svolgimento di compiti e problemi di tipo emotivo. Nella ricerca in questione è stata impiegata la sua versione italiana (Curci e D'Amico, 2011). Il test consta di 141 item, suddivisi in 8 compiti, due per ciascun ramo del modello. Oltre a un punteggio di

	Gruppo di detenuti Media (DS)	Gruppo di controllo Media (DS)	t₍₅₀₎	Sig (2-code)
Psicopatia	313,62 (32,19)	296,42 (34,25)	1,87	0,068
Dominanza priva di paura	126,12 (18,55)	121,27 (16,94)	0,98	0,33
Freddezza emotiva	28,46 (5,74)	32,96 (7,35)	-2,46*	0,017
Impulsività autocentrata	159,04 (22,38)	142,19 (19,75)	2,87**	0,006
Egocentrismo machiavellico	46,77 (9,96)	42,35 (8,50)	1,72	0,09
Influenza sociale	46,81 (11,54)	49,65 (9,30)	-0,98	0,332
Mancanza di paura	38,88 (8,09)	34,81 (8,72)	1,75	0,087
Freddezza emotiva	28,46 (5,74)	32,96 (7,35)	-2,46*	0,017
Immunità allo stress	40,42 (5,64)	36,81 (5,56)	2,33*	0,024
Mancanza di pianificazione	32,96 (6,75)	34,92 (6,43)	-1,07	0,288
Esternalizzazione della colpa	42,88 (5,56)	32,35 (6,44)	6,32**	0
Anticonformismo ribelle	36,42 (7,92)	32,58 (8,16)	1,72	0,09
Risposte devianti	16,15 (4,46)	14,57 (3,14)	1,47	0,147
Risposte virtuose	33 (4,47)	32,73 (5,74)	0,19	0,85
Intelligenza Emotiva	85,62 (11,01)	103,70 (13,40)	-5,36**	0
Percezione	91,96 (14,34)	110,04 (14,66)	-4,49**	0
Uso	88,27 (12,64)	99,35 (13,15)	-3,1**	0,003
Comprensione	85,23 (8,29)	101,85 (13,30)	-5,4**	0
Gestione	91,50 (15,76)	100,42 (15,34)	-2,07*	0,044

Tabella 1 Statistiche descrittive e test t rispetto alla Psicopatia

intelligenza emotiva generale sono ricavabili due punteggi di area (esperienziale e strategica), quattro punteggi di ramo e otto punteggi in riferimento ai singoli compiti. L'intera scala presenta buona consistenza interna (0,91) (Mayer et al., 2002). Il punteggio globale risulta ragionevolmente stabile (0,86) come documentato da studi test-retest (Brackett e Mayer, 2003). È stata inoltre messa in luce la sua validità discriminante rispetto a misure di IE di tratto (Day e Carroll, 2004).

Risultati

Confronto tra gruppi

Per esaminare eventuali differenze tra gruppi rispetto alle variabili di interesse è stato utilizzato il test t di Student (cfr. Tab.1). Per quanto concerne i livelli di psicopatologia, rilevati tramite PPI-R, i due gruppi non presentano differenze statisticamente significative, seppur sia stata riscontrata una tendenza alla significatività. Si è proceduto, dunque, prendendo in considerazione le differenze nei tre fattori sottostanti il costrutto: per quanto riguarda il fattore dominanza priva di paura non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa, al contrario, i punteggi medi risultano significativamente differenti sia per l'impulsività autocentrata che per la freddezza emotiva, rispetto alla quale è inaspettatamente il gruppo di controllo a mostrare punteggi più elevati del campione di

detenuti. Alla luce di questi risultati si è ritenuto opportuno approfondire l'analisi delle differenze a livello delle otto scale del PPI-R. Anche in questo caso, è stata confermata la significatività della differenza tra gruppi per la scala della freddezza emotiva, in aggiunta sono state rinvenute differenze significative anche per l'immunità allo stress e l'esternalizzazione delle colpe. Prendendo in considerazione il costrutto dell'intelligenza emotiva, il gruppo di controllo ha ottenuto punteggi medi più elevati al MSCEIT; proseguendo con le analisi delle differenze nei quattro rami del modello di IE, i controlli sono maggiormente capaci di percepire, utilizzare, comprendere e gestire le emozioni.

Analisi correlazionali

Sulla base dei dati emersi le analisi sono state effettuate in modo indipendente per ciascun gruppo. Esaminando i punteggi globali del PPI-R, nel campione di detenuti (cfr. Tab.2) non si segnalano associazioni significative con nessuna delle variabili prese in esame, fatta eccezione per i fattori alla base del costrutto: freddezza emotiva, l'impulsività autocentrata e dominanza priva di paura.

Nel gruppo di controllo (cfr. Tab.3), invece, pur non essendo presenti correlazioni statisticamente significative tra i punteggi totali del PPI-R e del MSCEIT, esiste un'associazione negativa tra psi-

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Psicopatologia	-	0,78**	0,61**	0,84**	-0,07	0,04	-0,09	-0,36	-0,06
2.Dominanza priva di paura		-	0,33	0,36	0,20	0,32	0,08	-0,23	0,17
3.Freddezza emotiva			-	0,4*	-0,28	-0,14	-0,33	-0,31	-0,20
4.Impulsività autocentrata				-	-0,19	-0,16	-0,11	-0,31	-0,18
5.Intelligenza Emotiva					-	0,7**	0,85**	0,62**	0,59**
6.Percezione						-	0,38	0,16	0,26
7.Uso							-	0,50**	0,42**
8.Comprensione								-	0,21
9.Gestione									-

Tab.2 Correlazioni nel gruppo di detenuti

* p<0,05 ** p<0,01

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Psicopatia	-	0,72**	0,38	0,75**	-0,37	-0,34	-0,17	-0,24	-0,39*
2.Dominanza priva di paura		-	0,40*	0,10	-0,2	-0,25	-0,21	-0,15	-0,02
3.Freddezza emotiva			-	-0,04	-0,13	-0,21	-0,15	-0,22	0,20
4.Impulsività autocentrata				-	-0,34	-0,22	-0,02	-0,16	-0,6**
5.Intelligenza Emotiva					-	0,84**	0,76**	0,63**	0,61**
6.Percezione						-	0,56**	0,29	0,37
7.Uso							-	0,46*	0,21
8.Comprensione								-	0,29
9.Gestione									-

Tab.3 Correlazioni nel gruppo di controllo

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

copatia e abilità di gestire le emozioni proprie e altrui. In particolar modo, l'impulsività autocentrata correla negativamente con la gestione delle emozioni.

Discussione

Gran parte della ricerca empirica sulla psicopatia è stata condotta su campioni clinici e forensi, sebbene più volte sia stata suggerita la paradossale e simultanea presenza di tratti funzionali e adattivi, quali immunità allo stress e influenza sociale, accanto ad uno stile di vita instabile e marcatamente antisociale (Cleckley, 1941; Lykken, 2006; McCord e McCord, 1964). Il presente lavoro è stato svolto con la finalità di rilevare le abilità di regolazione emotiva e l'eventuale presenza di tratti di psicopatia in un campione di detenuti e in un gruppo di controllo, ipotizzando di riscontrare nei primi maggiori livelli di psicopatia e di conseguenza, alla luce dei deficit empatici ampiamente documentati in letteratura (Blair, 1995), una minore intelligenza emotiva. Da una preliminare analisi dei risultati, nel gruppo di controllo sono emersi, a fronte di più adeguate abilità di regolazione emotiva, alti punteggi di psicopatia, seppur inferiori rispetto a quelli del gruppo di detenuti. La presenza di tali caratteristiche di personalità nel gruppo di controllo potrebbe confermare l'e-

sistenza di più varianti del disturbo, in passato teorizzate da numerosi autori (Blackburn, 1998, 2006; Lykken, 1995), imponendo di considerare gli psicopatici come un gruppo eterogeneo e composito (Lee e Salekin, 2010) e conferendo al costruito una natura dimensionale (Hare e Neumann, 2008). Adottare tale prospettiva significa collocare gli individui lungo un continuum in funzione dei livelli di psicopatia, piuttosto che etichettarli come psicopatici o non psicopatici. Coerentemente con l'ipotesi dell'eterogeneità del disturbo, non è possibile, dunque, concettualizzare gli psicopatici primari e secondari come categorie nettamente separate, quanto piuttosto come gruppi che, occupando aree differenti all'interno di uno stesso spazio multidimensionale prodotto dall'intersezione dei vari tratti, ne condividono alcuni differenziandosi per altre dimensioni (Skeem et al., 2011). In tal senso, i gruppi considerati, pur non presentando differenze significative nel punteggio globale del PPI-R, si discostano a livello dei punteggi di alcune sottoscale: impulsività autocentrata, esternalizzazione della colpa e immunità allo stress più elevate nel campione di detenuti; una maggiore freddezza emotiva contraddistinguerebbe invece il gruppo di controllo. Gli elevati punteggi riscontrati nella scala dell'impulsività autocentrata potrebbero spiegare la tendenza dei detenuti a incorrere in comportamenti de-

vianti punibili penalmente. Questo dato è in linea sia con alcune concettualizzazioni teoriche del disturbo (Blackburn, 1998; Karpman, 1941; Likken, 1995), secondo le quali gli psicopatici secondari sarebbero più inclini all'aggressività e all'impulsività, sia con i risultati di alcuni studi (Hicks et al., 2006; Skeem et al., 2007) che hanno registrato in popolazioni criminali una maggiore prevalenza delle caratteristiche antisociali connesse al disturbo. I soggetti detenuti, mostrando punteggi superiori nella scala dell'esternalizzazione della colpa, tenderebbero a sperimentare un minor sentimento di colpa per le proprie condotte criminali e ad attribuire agli altri la responsabilità per la propria condizione. Tale risultato è in linea con l'idea, secondo la quale gli individui affetti da questa variante del disturbo riuscirebbero occasionalmente a provare emozioni quali colpa o rimorso (Hare, 2003; Karpman, 1941) e potrebbe essere giustificato dalla necessità di razionalizzare il proprio comportamento, minimizzando la responsabilità personale per le azioni criminose commesse. Nel campione è stata anche riscontrata una maggiore immunità allo stress, una plausibile spiegazione potrebbe essere connessa alla mancanza, in questi soggetti, di ansia anticipatoria, quest'ultima, infatti, potrebbe risultare poco funzionale per il loro stile di vita antisociale. Nel gruppo di controllo, invece, sono emersi alti punteggi nella scala della freddezza emotiva. Sebbene la superficialità negli affetti (Cleckley, 1941) e la totale mancanza di empatia (Cleckley, 1941; Hare, 2003) costituiscono aspetti distintivi del disturbo, alcune ricerche (Blair, 1995) hanno riscontrato, in individui affetti da psicopatia, performance adeguate in compiti che implicano l'uso della teoria della mente, a loro volta positivamente associate a punteggi elevati nell'intelligenza emotiva (Barlow, Qualter e Stylianou, 2010). Ciò suggerisce che il deficit empatico di questi soggetti potrebbe essere di carattere affettivo più che cognitivo e questo potrebbe spiegare come mai nel gruppo di controllo le prestazioni al MSCEIT siano migliori. Dalle analisi correlazionali, in entrambi i gruppi, si evince una correlazione negativa ma non significativa tra intelligenza emotiva e psicopatia, tuttavia nel gruppo di controllo l'associazione tra i due costrutti

tende maggiormente alla significatività: in questi soggetti, infatti, la psicopatia è significativamente e negativamente correlata con uno dei quattro rami del MSCEIT, quello preposto a indagare le abilità di gestire le emozioni in sé e negli altri. Questo risultato appare significativo e potrebbe chiarire, in parte, i motivi per cui, questi individui, a fronte di livelli di psicopatia pressoché pari ai detenuti, non incorrerebbero in condotte perseguibili penalmente. Per un verso, adeguate abilità nel gestire le emozioni conterrebbero il rischio di manifestazioni devianti, d'altra parte la loro tendenza a manipolare gli altri per perseguire obiettivi desiderabili per sé, non curanti dei danni arrecabili ad altri, potrebbe essere supportata proprio da tali abilità (Visser et al., 2010). Associazioni negative tra gestione delle emozioni e impulsività auto-centrata potrebbero spiegare i motivi per cui nel controllo prevale la componente affettiva e interpersonale del disturbo, e nel campione di detenuti quella comportamentale.

Vanno, infine, opportunamente segnalati alcuni limiti della presente ricerca. Il fatto che lo studio sia stato condotto su un campione esclusivamente maschile, date le potenziali differenze connesse al genere per quanto riguarda la psicopatia e l'intelligenza emotiva, non consente di generalizzare i risultati su campioni femminili, lasciando aperta la possibilità di approfondire tali diversità in studi futuri. Un ulteriore limite è rappresentato dalla scelta degli strumenti: sebbene per valutare l'intelligenza emotiva sia stato impiegato uno strumento di performance, per la psicopatia è stato utilizzato un questionario self-report. Nonostante il PPI-R contenga scale di validità, appositamente costruite per valutare risposte fuorvianti e i tentativi di fornire descrizioni alterate di sé, considerato che la tendenza a manipolare gli altri è un tratto caratteristico del disturbo, alcune associazioni tra le misure potrebbero riflettere un vizio di metodo piuttosto che la reale varianza di costruito. Per ovviare a questo problema sarebbe opportuno, in ricerche future, avvalersi di fonti di informazioni multiple. Si segnala, infine, la ridotta numerosità del campione che non ha permesso di utilizzare tecniche di cluster analysis per identificare le varianti della psicopatia.

I risultati del presente studio stimolano a proseguire nella direzione dell'approfondimento dell'indagine sulla psicopatia come un costrutto eterogeneo e sulle differenze sottostanti le varianti del disturbo riconosciute in letteratura (Blackburn, 1998, 2006; Karpman, 1941; Likken, 1995). Alla luce dei risultati emersi, il disturbo si configurerebbe, per alcuni individui, come una strategia di coping disadattiva, in cui un'elevata impulsività autocentrata, una ridotta capacità di inibire il proprio comportamento e deficit nelle abilità di regolazione emotiva sfociano con maggiore probabilità in condotte antisociali e criminali, per altri, invece, la psicopatia costituirebbe una possibile strategia evolutiva contrassegnata da maggiore freddezza emotiva ma, allo stesso tempo, da adeguate abilità di regolazione emozionale, potenzialmente utili per assecondare la loro tendenza a sfruttare gli altri al fine di perseguire obiettivi desiderabili per sé.

Bibliografia

- Barlow, A., Qualter, P., & Stylianou, M. (2010). Relationships between Machiavellianism, emotional intelligence and theory of mind in children. *Personality and Individual Differences, 48*(1), 78-82.
- Blackburn, R. (1998). Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory. In D. J. Cooke, A. E. Forth, & R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp.269-301). Dordrecht: Kluwer.
- Blair, R. J. R., Jones, L., Clark, F., & Smith, M. (1995). Is the Psychopath "morally insane"? *Personality and Individual Differences, 19*(5), 741-752.
- Blair, R. J. R., & Coles, M. (2000). Expression recognition and behavioural problems in early adolescence. *Cognitive development, 15*(4), 421-434.
- Book, A. (2005). Psychopaths as social predators. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66*(2-B), 1216.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(9), 1147-1158.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema, 18*(Supplemento), 34-41.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 88-103.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Oxford: Mosby.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Curci, A., & D'Amico, A. (2011). *Taratura italiana del Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Day, A. L., & Carroll, S. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences, 36*, 1443-1458.
- Douglas, K. S., Vincent, G. M., & Edens, J. F. (2006). Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 533-554). New York: Guilford Press.
- Garcia-Sancho, E., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocá, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 19* (5), 584-591.
- Gardner, K. J., & Qualter, P. (2010). Concurrent and incremental validity of three trait emotional intelligence measures. *Australian Journal of Psychology, 62*(1), 5-13.
- Gulotta, G., & Curci, A. (2010). *Mente, società e diritto*. Milano: Giuffrè Editore.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 217-246.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In J. C. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 555-572). New York: Guilford Press.
- Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F., & Newman, J. P. (2006). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological assessment, 16*(3), 276-288.
- Johns, J. H., & Quay, H. C. (1962). The effect of social reward on verbal conditioning in psychopathic and neurotic military offenders. *Journal of Consulting Psychology, 26*(3), 217-220.
- Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminology and Psychopathology, 3*, 112-137.
- Lanciano, T., & Curci, A. (2014). Incremental Validity of Emotional Intelligence Ability in Predicting

- Academic Achievement. *American Journal of Psychology* 127(4), 447-461.
- Lee, Z., & Salekin, R. T. (2010). Psychopathy in a non-institutional sample: differences in primary and secondary subtypes. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 153-169.
- Leistico, A. M. R., Salekin, R. T., DeCoster, J., & Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*, 32(1), 28-45.
- Lilienfeld, S. O., & Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in non-criminal population. *Journal of Personality Assessment*, 66(3), 488-524.
- Lilienfeld, S. O., & Widows, M. (2005). *Psychopathic Personality Inventory-Revised: Professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Lilienfeld, S. O., Fowler, K. A., & Patrick, C. (2006). The self-report assessment of psychopathy: Problems, pitfalls, and promises. In C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 107- 132). New York: Guilford Press.
- Lorenz, A. R., & Newman, J. P. (2002). Deficient response modulation and emotion processing in low-anxious Caucasian psychopathic offenders: results from a lexical decision task. *Emotion*, 2(2), 91-104.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale: Erlbaum.
- Lykken, D. T. (2006). Psychopathic personality: The scope of the problem. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp.3- 13). New York: Guilford Press.
- Malter, M. B., Glass, S. J., & Newman, J. P. (2008). Psychopathy and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 735-745.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is an emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer J. D., Caruso D., & Salovey P. (2000) Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *User's Manual*. Toronto: Multi Health System.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- McCord, W., & McCord, J. (1964). *The psychopath. An essay on the criminal mind*. Princeton: Van Nostrand.
- Neumann C.S., Hare R.D., Newman J.P. (2007). The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorder*, 21, 102-117.
- Patrick, C. J., Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1993). Emotion in the criminal psychopath: startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 82-92.
- Patrick, C. J. (2006). Back to the Future: Cleckley as a Guide to the Next Generation of Psychopathy Research. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 605-617). New York: Guilford Press.
- Patrick, C. J., Edens, J. F., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., & Benning, S. D. (2006). Construct validity of the Psychopathic Personality Inventory two-factor model with offenders. *Psychological Assessment*, 18(2), 204-208.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., & Lilienfeld, S. O. (1998). Criterion-related validity of the Psychopathic Personality Inventory in a prison sample. *Psychological Assessment*, 10(4), 426-430.
- Stevens, D., Charman, T., & Blair, R. J. R. (2001). Recognition of emotion in facial expressions and vocal tones in children with psychopathic tendencies. *Journal of Genetic Psychology*, 162(2), 201-211.
- Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 395-409.
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3), 95-162.
- Swogger, M. T., & Kosson, D. S. (2007). Identifying Subtypes of Criminal Psychopaths A Replication and Extension. *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 953-970.
- Vidal, S., Skeem, J., & Camp, J. (2010). Emotional intelligence: painting different paths for low-anxious and high-anxious psychopathic variants. *Law and Human Behavior*, 34(2), 150-163.
- Visser, B. A., Bay, D., Cook, G. L., & Myburgh, J. (2010). Psychopathic and antisocial, but not emotionally intelligent. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 644-648.
- Wootton, J. M., Frick, P. J., Shelton, K. K., & Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 292-300.

Aggressività proattiva e reattiva in adolescenza: ruolo del ragionamento morale e del social information processing

Maurizia Piacenza*, Emanuela Soleti*, Antonietta Curci*

*Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

Riassunto

Il comportamento deviante rappresenta un aspetto fisiologico della fase adolescenziale, espressione del naturale desiderio di raggiungere la propria indipendenza. Ciononostante, la letteratura è concorde sulla necessità di non sottovalutare il fenomeno relegandolo ad una semplice caratteristica che segna il difficile passaggio all'età adulta: la sua criticità acquista, infatti, una salienza particolare se si considera che alti tassi di condotte devianti influiscono negativamente sul clima scolastico e rappresentano un fattore predittivo sia di disturbi socio-emozionali che di condotte delinquenti. Il presente lavoro si propone di indagare l'aggressività proattiva e reattiva secondo un approccio integrato. Tale prospettiva socio-cognitiva rappresenta il primo tentativo di coniugare il paradigma dell'elaborazione delle informazioni sociali e quello del ragionamento morale, che per lungo tempo hanno costituito ambiti di ricerca paralleli nello studio dell'aggressività, considerando anche il contributo della componente emotiva.

Parole chiave: aggressività reattiva, aggressività proattiva, devianza, ragionamento morale

Introduzione

Negli ultimi anni l'attenzione verso la devianza minorile in ambito scolastico è cresciuta esponenzialmente. La presenza di alti tassi di condotte devianti e, in particolare, di comportamenti aggressivi tra gli adolescenti influisce significativamente sul clima scolastico, diminuendo la qualità di insegnamento e apprendimento e aumentando il grado di dispersione scolastica. Inoltre, può comportare gravi conseguenze per la vita degli studenti che spaziano dalla comparsa di sintomi post-traumatici nelle vittime, all'aumentata probabilità, per gli aggressori, di intraprendere carriere delinquenti (Boxer e Dubow, 2002). I programmi scolastici di intervento costituiscono un contributo fondamentale al problema dell'aggressività adolescenziale; tali programmi vanno

basati su modelli teorici solidi affinché abbiano maggiori probabilità di efficacia (Farrell, Meyer, Kung, e Sullivan, 2001; Hunter, Elias, e Norris, 2001). Alla luce di ciò, appare importante indagare empiricamente la relazione tra le variabili che risultano maggiormente associate alla manifestazione di comportamenti aggressivi.

La letteratura scientifica ha reso sempre più chiaro il fatto che l'aggressività, piuttosto che essere considerata una categoria omogenea, vada analizzata nelle molteplici forme in cui si manifesta (Kempes, Matthys, de Vries e van Engeland, 2005); sono state individuate importanti differenze tra le tipologie di atti aggressivi in funzione del livello di pianificazione, delle conseguenze e dell'intensità affettiva ad essi associata. Il modello più accreditato al riguardo (Dodge e Coie, 1987; Kempes et al., 2005; Vitaro, Brendgen e Barker, 2006) ha suggerito l'esistenza di due forme del costrutto, che, nonostante l'elevata correlazione, mantengono una buona validità discriminante (Poulin e Boivin, 2000): l'aggressività proattiva, a volte definita anche strumentale o offensiva, e quella reattiva, ostile o difensiva. L'aggressività reattiva ha le sue radici teoriche nell'ipotesi della frustrazione-aggressività ed è caratterizzata da atti ostili emessi in risposta ad una provocazione, una frustrazione o una minaccia reale o percepita; è generalmente impulsiva e accompagnata da stati emotivi negativi molto intensi. Il suo principale obiettivo è quello di reagire allo stimolo di rabbia-frustrazione e fare del male alla persona che l'ha causato. Con l'espressione aggressività proattiva, che trova le sue radici nella teoria dell'apprendimento sociale, si fa riferimento, invece, a comportamenti aggressivi strumentali, agiti per ottenere vantaggi materiali o psicologici desiderabili per sé; essa è mossa dalla rappresentazione anticipata della ricompensa che si avrà una volta messo in atto il comportamento ed è concepita come un mezzo premeditato per ottenere un obiettivo di-

verso dal danneggiare la vittima (Dodge e Coie, 1987; Vitaro et al., 2006). Mentre gli atti strumentali sono quindi motivati da interessi che hanno un'origine intrapersonale, i comportamenti reattivi richiedono l'esistenza di uno stimolo interpersonale percepito come minaccioso o provocatorio (Fontaine, 2006).

Nell'approccio socio-cognitivo allo studio dell'aggressività, Arsenio e colleghi (2009) hanno cercato di integrare due paradigmi teorici: quello del *Social Information Processing-SIP* (Crick e Dodge, 1994) e quello del *Moral Reasoning-MR* (Smetana, 2006; Turiel, 2002).

Secondo il modello dell'elaborazione delle informazioni sociali, quest'ultima avviene in sei stadi successivi e automatici (codifica degli stimoli, interpretazione, chiarificazione dell'obiettivo, generazione, selezione e attuazione della risposta), ciascuno dei quali è fondamentale per una risposta socialmente competente. L'aggressività reattiva risulterebbe associata alle fasi iniziali dell'elaborazione delle informazioni sociali, in particolare alla fase due, che prevede l'interpretazione degli stimoli, nella quale si rilevarebbe una spiccata tendenza, da parte dei reattivi, ad attribuire significati ostili a stimoli neutrali o ambigui (Crick e Dodge, 1996; Orobio de Castro Veerman, Koops, Bosch, e Monshouwer, 2002). L'aggressività proattiva, invece, sarebbe associata a fasi successive del modello, quali la chiarificazione dell'obiettivo, in cui i proattivi tendono a preferire obiettivi di natura strumentale, e la selezione della risposta, guidata dall'aspettativa di efficacia del comportamento aggressivo (Crick e Dodge, 1996; Dodge, Coie, e Lynam, 2006; Smithmyer Hubbard, e Simons, 2000).

Gli studi sul ragionamento morale (Arsenio e Lemerise, 2001; Arsenio e Lemerise, 2004; Arsenio et al., 2009) rilevano, invece, come gli aggressivi reattivi non presentino differenze nel sistema di valori morali rispetto ai loro pari non aggressivi, ritenendo ingiusto fare del male a qualcuno di proposito; ciò che distinguerebbe i due gruppi risiederebbe essenzialmente nella minore accuratezza del ragionamento che li porta a stabilire se un individuo ha violato un valore morale in maniera intenzionale (Arsenio e Lemerise, 2001; Arsenio et al., 2009). Al contrario gli aggressivi proattivi non presenterebbero deficit nell'interpretazione delle intenzioni altrui: la loro aggressività sarebbe piuttosto associata a deficit nel ragionamento

morale, come testimoniato dalla loro volontà di agire aggressivamente in modo strumentale per soddisfare i loro bisogni, non curanti del danno arrecato alle loro vittime (Arsenio e Gold, 2006; Arsenio et al., 2009).

Alcuni studi (Arsenio, Gold, e Adams, 2006; Arsenio et al., 2009, Orobio de Castro, Merk, Koops, Veerman, e Bosch, 2005) hanno indagato l'attribuzione emozionale connessa all'agire aggressivo, rilevando come l'aggressività proattiva, ma non quella reattiva, risulti associata all'aspettativa di esiti emozionalmente positivi (felicità, assenza di colpa e vergogna) derivanti dal raggiungimento di obiettivi vantaggiosi per sé e alla sottostima della rabbia provata dalla vittima (Soleti e Curci, 2012).

Il presente studio si propone l'obiettivo di indagare l'aggressività reattiva e proattiva in un campione di studenti provenienti da un quartiere della città di Bari considerato ad alto rischio sociale.

Obiettivo e ipotesi

Obiettivo dello studio è valutare le eventuali associazioni tra le tendenze aggressive reattive e proattive e le specifiche modalità di elaborazione delle informazioni sociali, di ragionamento morale e di attribuzione emotiva, secondo l'approccio integrato di Arsenio e colleghi (2009). Inoltre, ci si propone di esplorare l'eventuale presenza di differenze di genere, relativamente alle variabili considerate. Le variabili prese in esame sono: aggressività proattiva, aggressività reattiva; per il modello SIP, bias di attribuzione di ostilità, efficacia dell'azione aggressiva, facilità dell'azione aggressiva e felicità a seguito di un atto aggressivo (provocato) e, per il modello del ragionamento morale, emozione morale nel mettere in atto un'azione aggressiva strumentale, dimensione razionale-morale dell'aggressore, emozione morale della vittima e dimensione razionale-morale della vittima.

Sulla base dei dati riscontrati in letteratura, si ipotizza che, per quanto riguarda la relazione tra le due forme di aggressività e le modalità di elaborazione dell'informazione sociale, le tendenze degli adolescenti ad agire comportamenti aggressivi proattivi siano associate all'idea che l'aggressione sia facile da mettere in atto, efficace e che comporti conseguenze emotive positive, mentre le tendenze a manifestare forme di aggressività reattiva siano prevalentemente associate alla

presenza dell'*hostile attribution bias*. Riguardo la relazione tra aggressività proattiva e reattiva e ragionamento morale, si suppone che la prima sia associata ad una maggior felicità a seguito dell'azione aggressiva strumentale e a minore interesse nel dare una giustificazione a tale emozione, mentre l'aggressività reattiva sia meno associata alle variabili del ragionamento morale e alle emozioni ad esse collegate.

Metodo

Campione

Il campione è costituito da n=111 minori di età media 12,6 anni (DS età=1,09), iscritti in una scuola media inferiore di Bari, i cui studenti sono considerati ad alto rischio psicosociale. Hanno aderito al progetto di ricerca otto classi, di cui tre prime, due seconde e tre terze; il campione totale risulta pertanto costituito per il 62% da maschi e per il 38% da femmine. Gli insegnanti sono stati informati circa le finalità dello studio e gli alunni, ottenuto il consenso informato dei genitori, vi hanno partecipato su base volontaria e in forma anonima.

Procedura

I questionari sono stati somministrati ai partecipanti in maniera collettiva in un'unica sessione, di circa un'ora. Per minimizzare le eventuali difficoltà di lettura di alcuni ragazzi, tutto il materiale stimolo è stato presentato oralmente. La batteria è costituita da tre questionari di valutazione, messi a punto per valutare i processi di elaborazione delle informazioni sociali, di ragionamento morale e di attribuzione emotiva ad esso associata. I questionari sono stati somministrati in ordine differente per ciascuna classe per evitare effetti di disturbo dell'ordine e della sequenza; inoltre, tutti i partecipanti sono stati rassicurati sul fatto che non esistevano risposte corrette o sbagliate alle domande presentate.

Strumenti di misura

Questionario sull'aggressività proattiva-reattiva (*Reactive-Proactive Questionnaire-RPQ*; Raine et al., 2006). È una scala composta da 23 items, suddivisa in due sub-scale di 12 e 11 item l'una, rispettivamente valutanti la frequenza con cui vengono messi in atto comportamenti aggressivi

proattivi e reattivi. Per ciascun item è richiesto di assegnare un punteggio da 0 a 2. I punteggi ottenuti nelle due sottodimensioni vengono sommati per ottenere un punteggio di aggressività totale.

SIP-A. Questionario di valutazione dell'attribuzione di intenzionalità. Tale strumento include quattro storie, ciascuna delle quali descrive una situazione in cui un pari compie un'azione potenzialmente provocatoria e che ha conseguenze negative per la vittima, con cui il soggetto è chiamato ad identificarsi. Il contenuto delle storie è stato adattato da strumenti utilizzati in studi precedenti (Crick e Dodge, 1996; Arsenio et al., 2009) ed è stato modificato sulla base dell'età dei partecipanti. Per ciascuna storia il partecipante deve rispondere a tre domande: "secondo te, perché è successo?", "secondo te, è stato un incidente o è stato fatto di proposito?", "come ti sei sentito in quella situazione?". La risposta alla prima domanda è valutata da due giudici indipendenti che stabiliscono se il soggetto consideri l'evento accidentale o intenzionale. Per la prima e la seconda domanda viene attribuito un punteggio 0 per il giudizio di non intenzionalità e 1 per quello di intenzionalità; i risultati vengono sommati per tutte le storie, così come avviene nella forma originale del questionario ideata da Crick e Dodge (1996), e il punteggio totale può variare da 0 a 8. La terza domanda è seguita dalla richiesta di esplicitare l'intensità dell'emozione provata su una scala da 0 a 10 punti.

SIP-B. Questionario di valutazione delle aspettative sulle conseguenze di una risposta aggressiva ad un'azione intenzionalmente provocatoria. Tale strumento è composto da quattro storie, in ciascuna delle quali un coetaneo commette un atto provocatorio in maniera intenzionale. Il contenuto delle storie è stato elaborato in linea con gli strumenti utilizzati in precedenti studi (Arsenio et al., 2009; Camodeca e Goosens, 2005), adattandolo all'età dei partecipanti ed al contesto linguistico di appartenenza. In ciascuna storia il soggetto deve immedesimarsi nel target che risponde in maniera aggressiva alla provocazione; al termine di ogni storia, viene richiesto al partecipante di dare una valutazione su tre dimensioni: efficacia dell'aggressione (se è stata utile per far desistere il provocatore), facilità dell'aggressione (quanto è stato facile rispondere aggressivamente in quella specifica situazione), felicità a seguito dell'aggressione (quanto è positiva la sensazione immediatamente

successiva all'aggressione). Ogni risposta prevede una valutazione su una scala a 5 punti, e i punteggi totali per ogni dimensione sono calcolati sulla base delle medie dei punteggi assegnati a tutte le storie.

Questionario sul ragionamento morale. Tale strumento prevede la presentazione di tre differenti storie in cui il protagonista, con cui al partecipante è richiesto di identificarsi, arreca un danno intenzionale ad un'altra persona per ottenere un vantaggio strumentale (ad es. spinge via un coetaneo per ottenere il biglietto del concerto del suo cantante preferito). Il contenuto delle storie è un adattamento di strumenti utilizzati precedentemente (Arsenio et al., 2009; Hughes e Dunn, 2000) per valutare il ragionamento morale e le attribuzioni emozionali ad esse associate. Al termine di ogni storia, ai partecipanti è richiesto di descrivere l'emozione provata, specificandone l'intensità su una scala a dieci punti e il motivo sottostante l'emozione (dimensione razionale). Inoltre, viene richiesto anche di valutare lo stato d'animo della vittima, spiegandone il perché. I punteggi per le emozioni attribuite a sé come aggressore e alla vittima sono dati dalle medie delle rispettive risposte alle tre storie. Le dimensioni razionali sottostanti le emozioni attribuite al sé e alla vittima vengono valutate da due giudici indipendenti su una scala a 5 punti, che va da 2 (riferimenti espliciti a preoccupazioni morali) a -2 (minimizzazione o negazione dell'esistenza di una questione morale). Il punteggio totale è il risultato della somma dei singoli punteggi attribuiti a ciascuna risposta.

Risultati

Analisi preliminare delle differenze di genere

Per controllare l'effetto della differenza di genere sulla variabile aggressività, si è utilizzata la *t* di Student (cfr. Tab 1), dalla quale è emerso che, sebbene non vi siano differenze significative tra i punteggi medi dei gruppi nell'aggressività totale e nell'aggressività reattiva, esiste una significatività della differenza nell'aggressività proattiva ($t_{109}=5,23$, $p<0,05$) che vede i ragazzi mettere in atto più aggressioni proattive ($M=4,16$; $DS=4,66$), rispetto alle ragazze ($M=2,29$; $DS=3,29$). Alla luce di quanto è emerso, si è deciso di condurre le analisi correlazionali per valutare il pattern delle associazioni tra aggressività proattiva e reattiva, ragionamento morale e modalità di elaborazione

delle informazioni, in maniera indipendente per il gruppo dei maschi e quello delle femmine.

Tab. 1 Statistiche descrittive e test *t* di Student per controllare la differenza di genere

	Maschi Media (DS)	Femmine Media (DS)	$t_{(109)}$	Sig (2-code)
Aggressività totale	12,94 (8,52)	10,02 (7,14)	3,45	0,066
Aggressività proattiva	4,16 (4,65)	2,29 (3,29)	5,23*	0,024
Aggressività reattiva	12,94 (8,52)	7,74 (4,62)	1,28	0,261

Analisi correlazionali

Le analisi correlazionali sono state condotte tramite il coefficiente *r* di Pearson. Nel campione maschile (cfr. Tab 2), l'aggressività proattiva, come ci si aspetta dalla letteratura, correla positivamente con l'aggressività reattiva. Inoltre risulta moderatamente associata alle dimensioni di utilità, facilità e felicità del modello SIP, mostrando come gli aggressivi proattivi siano più propensi a valutare l'azione aggressiva come efficace, capace di indurre conseguenze emotive positive e facile da mettere in atto. Per quanto riguarda il ragionamento morale, l'aggressività proattiva è direttamente correlata con la felicità dell'aggressore e non risulta significativamente associata all'attribuzione di senso di colpa nello stesso o di rabbia o vergogna nella vittima. La felicità dell'aggressore, in effetti, è inversamente proporzionale al senso di colpa dello stesso e alla sua dimensione razionale, ossia all'attribuzione di motivazioni al proprio vissuto; correla inoltre, positivamente, con la vergogna attribuita alla vittima e negativamente con l'attribuzione di motivazioni razionali allo stato d'animo della stessa. Per quanto riguarda l'aggressività reattiva, analizzando le correlazioni con le variabili del modello SIP, si rileva un'associazione positiva con la presenza dell'hostile attribution bias, in situazioni in cui l'intento dell'aggressore è ambiguo, e con l'utilità e la felicità in situazioni in cui l'aggressione è avvenuta a seguito di una deliberata provocazione. Rispetto alle variabili del paradigma del ragionamento morale, invece, si individua una correlazione positiva

tra aggressività reattiva, felicità dell'aggressore e rabbia attribuita alla vittima ed un'associazione negativa con la dimensione razionale dell'aggressore. Inoltre il bias di attribuzione di ostilità risulta positivamente correlato con la tendenza a riconoscere nella vittima la rabbia provata a seguito di una propria aggressione strumentale; tale riconoscimento è direttamente proporzionale all'attribuzione di un senso di vergogna nel ragazzo vittimizzato.

Nel campione femminile (cfr. Tab. 3), invece, l'aggressività proattiva correla in maniera significativa, unicamente con l'aggressività reattiva. Quest'ultima, invece, è associata positivamente alla percezione di utilità e felicità nel caso di reazioni aggressive ad una provocazione, e correla negativamente con i fattori del ragionamento morale che concernono la dimensione razionale sia dell'aggressore che della vittima. La felicità dell'aggressore strumentale è, come nel gruppo dei maschi, inversamente proporzionale al suo senso di colpa e alla capacità di attribuire motivazioni razionali allo stato d'animo sia dell'aggressore che della vittima; tuttavia, a differenza

di quanto avviene nel campione maschile, non risulta correlata negativamente in maniera significativa con la vergogna attribuita alla vittima, ma presenta un'associazione negativa con la rabbia della vittima stessa. Inoltre, la rabbia riconosciuta alla vittima è direttamente correlata al senso di colpa dell'aggressore, ed entrambi i fattori sono positivamente associati alla dimensione razionale della vittima.

Discussione

Nell'indagare il ruolo delle variabili socio-cognitive che mediano la manifestazione di comportamenti aggressivi in adolescenza, il modello dell'elaborazione delle informazioni sociali (Crick e Dodge, 1996) e le teorie sul ragionamento morale (Smetana, 2006) hanno per lungo tempo seguito percorsi di ricerca indipendenti. Il presente studio, condotto su un campione speciale di adolescenti ad alto rischio psicosociale, conferma che un modello che integra le due teorie (Arsenio et al., 2009), arricchendole del contributo apportato dallo studio dell'attribuzione emotiva, aiuta a comprendere meglio i fattori sottostanti l'aggressività proattiva e reattiva. Sebbene la letteratura

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Aggressività proattiva	-	0,63**	0,15	0,37**	0,31**	0,35**	-0,16	0,25*	-0,1	-0,21	0,18	0,19
2. Aggressività reattiva		-	0,25*	0,33**	0,18	0,41**	-0,29*	0,25*	-0,99	-0,11	0,24	0,18
3. Hostile attribution bias			-	0,07	0,03	0,05	-0,06	0,02	0,11	0,05	0,41**	0,19
4. Utilità				-	0,68**	0,82**	-0,21	0,36**	-0,21	-0,16	0,07	-0,02
5. Facilità					-	0,7**	-0,22	-0,26*	-0,12	-0,1	0,12	0,15
6. Felicità						-	-0,35**	0,5	-0,27*	-0,19	0,02	0,14
7. Dimensione razionale aggressore							-	-0,44**	0,48**	0,71**	-0,03	-0,23
8. Felicità aggressore								-	-0,49**	-0,26*	0,16	0,38**
9. Colpa aggressore									-	0,35**	0,2	0,01
10. Dimensione razionale vittima										-	0,16	-0,11
11. Rabbia vittima											-	0,42**
12. Vergogna vittima												-

Tab.2 Correlazioni nel campione maschile

* p<0,05 ** p<0,01

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Aggressività proattiva	-	0,62**	-0,18	0,12	0,2	0,3	0,02	0,06	-0,05	0,06	0,05	0,03
2. Aggressività reattiva		-	-0,12	0,32*	0,23	0,5**	-0,33*	0,23	-0,21	-0,32*	-0,09	0,04
3. Hostile attribution bias			-	-0,08	-0,14	-0,01	0,35*	-0,22	0,16	0,18	-0,15	0,12
4. Utilità				-	0,22	0,75**	-0,26	0,5**	-0,33*	-0,27	-0,33*	0,02
5. Facilità					-	0,44**	-0,26	0,15	-0,23	-0,26	-0,08	0,18
6. Felicità						-	-0,27	0,52**	-0,31*	-0,29	-0,26	0,04
7. Dimensione razionale aggressore							-	0,45**	0,58**	0,81**	0,37*	-0,2
8. Felicità aggressore								-	-0,41**	-0,34*	-0,31*	-0,02
9. Colpa aggressore									-	0,46**	0,5**	0,05
10. Dimensione razionale vittima										-	0,38*	-0,16
11. Rabbia vittima											-	0,04
12. Vergogna vittima												-

Tab.3 Correlazioni nel campione femminile

* p<0,05 ** p<0,01

(Arsenio et al., 2009; Connor, Steingard, Anderson, e Melloni, 2003) non abbia riscontrato differenze di genere nei pattern associativi tra le due forme di aggressività e le variabili dei modelli dell'elaborazione delle informazioni sociali e del ragionamento morale, le analisi preliminari condotte in questa ricerca hanno rilevato l'esistenza di una differenza statisticamente significativa, seppur limitata all'aggressività proattiva, tra i punteggi ottenuti dai ragazzi e quelli riscontrati nelle ragazze. Tale differenza potrebbe essere spiegata dal fatto che nel questionario utilizzato per valutare l'aggressività (RPQ; Raine et al., 2006), la gran parte degli item valuta la presenza di forme di aggressività fisica o diretta, mentre le ragazze tendono a mettere in atto forme di aggressività prevalentemente indiretta o relazionale, volta ad escludere l'altro dal gruppo dei pari, piuttosto che ad aggredirlo fisicamente (Bjorkqvist, Lagerspetz, e Kaukiainen, 1992; Crick, Casas, e Mosher, 1997; Kempes et al., 2005; Moretti, Holland, e McKay, 2001). L'aggressività reattiva, a differenza di quella proattiva, è associata, nel

campione maschile, a deficit socio-cognitivi. In particolare, coerentemente con i dati presentati in letteratura (Arsenio et al., 2009; Crick e Dodge, 1996; Orobio de Castro et al., 2002), gli adolescenti reattivi mostrano un deficit nella fase due del modello SIP, che compromette la loro capacità di valutare in maniera adeguata le intenzioni altrui, tendendo a fornire interpretazioni ostili ad informazioni sociali di natura ambigua. Inaspettatamente è emersa però un'associazione positiva tra aggressività reattiva e felicità a seguito di un'aggressione strumentale; a fronte di tale risultato, che potrebbe essere spiegato dalla parziale sovrapposizione dei costrutti, ampiamente documentata in letteratura (Bushman e Anderson, 2001; Kempes et al., 2005), è anche emerso però che l'aggressività reattiva, a differenza di quella proattiva, risulta positivamente correlata all'attribuzione di rabbia nella vittima di una propria aggressione strumentale. Ciò farebbe supporre che negli adolescenti reattivi non sia intaccata la capacità di mettersi nei panni dell'altro, dal momento che, diversamente dagli aggressivi proattivi, non

presentano alcun deficit di empatia (Arsenio e Lemerise, 2001; Frick, Cornell, Barry, Bodin, e Dane, 2003); conseguentemente, mentre i proattivi tendono a disumanizzare la vittima (Frick et al., 2003), come confermato dall'assenza di relazioni tra aggressività proattiva, senso di colpa nell'aggressore e attribuzione di rabbia o vergogna nella vittima, negli aggressivi reattivi questo aspetto è assente. Inoltre, l'aggressività reattiva, sia nel campione maschile che nel campione femminile, correla negativamente con la dimensione razionale dell'aggressore; ciò porterebbe a pensare che l'adolescente reattivo non sia in grado di fornire una giustificazione adeguata in situazioni di aggressività strumentale. In questo si potrebbe ravvisare l'assenza di deficit morali nell'adolescente reattivo: egli sa che non è moralmente giusto far del male intenzionalmente a qualcuno; ciò che lo differenzia dai pari non aggressivi non è infatti una mancanza di valori morali ma la scarsa accuratezza nel ragionamento che lo porta a decidere circa le intenzioni con cui agiscono gli altri (Arsenio et al., 2009). Contrariamente a quanto suggerito dalla letteratura (Crick e Dodge, 1996; Arsenio et al., 2009), sia nel campione maschile che in quello femminile si riscontra, inoltre, una correlazione positiva tra aggressività reattiva e la percezione che reagire aggressivamente alle provocazioni generi conseguenze emotive positive per il sé, in particolare felicità, e risulti utile per far desistere il provocatore. Probabilmente tale risultato è dovuto al fatto che le due forme di aggressività siano correlate tra loro e che difficilmente nella vita quotidiana si incontrino individui che manifestano unicamente forme di aggressività reattiva o proattiva (Dodge e Coie, 1987; Kempes et al., 2005; Price e Dodge, 1989). Un'altra ipotesi esplicativa possibile è che avere la certezza che l'altro abbia agito con l'intenzione di provocarlo, metterebbe il reattivo nella posizione di doversi difendere: la risposta aggressiva potrebbe in tal caso essere dovuta ad un deficit nelle funzioni esecutive degli adolescenti reattivi (Ellis et al., 2009) che impedirebbe loro di inibire l'impulso aggressivo in situazioni frustranti, o delle scarse abilità verbali che impedirebbero di risolvere in maniera socialmente competente una situazione di potenziale conflitto, restringendo notevolmente il repertorio di risposte possibili ad una provocazione (Arsenio et al., 2009). Per quanto riguarda l'aggressività proattiva, si è rilevata una differen-

za di genere che ha mostrato, nel gruppo maschile, punteggi medi doppi rispetto a quelli del gruppo femminile. Tale differenza potrebbe essere frutto di un'insensibilità del questionario utilizzato nel cogliere gli aspetti relazionali dell'aggressività proattiva delle ragazze, come già ipotizzato, o potrebbe rivelare un livello effettivamente più basso di tale forma di aggressività nel campione preso in esame, che spiegherebbe la mancanza di correlazioni, nel gruppo femminile, tra aggressività proattiva e le altre variabili prese in esame. Nel campione maschile, invece, esattamente come ci si aspettava, l'aggressività proattiva non ha nulla a che fare con deficit nell'interpretazione degli stimoli socialmente rilevanti ed è legata alle aspettative di felicità e utilità dell'azione aggressiva al fine di ottenere vantaggi personali, sia in situazioni di provocazione che in situazioni neutre (Arsenio et al., 2009; Crick e Dodge, 1996). Inoltre risulta positivamente correlata anche alla percezione di facilità dell'azione aggressiva. Ciò potrebbe essere giustificato dal deficit nel ragionamento morale che caratterizza tali individui, i quali relegherebbero gli atti aggressivi al dominio convenzionale (giustificandoli sulla base del contesto e della situazione specifica) o addirittura personale, reputandoli comportamenti strettamente attinenti alle scelte individuali, che per questo motivo sfuggono alla sfera delle convenzioni o della più ampia moralità (Tisak, Tisak, e Goldstein, 2006). Un'altra spiegazione possibile potrebbe essere data dal fatto che, in contesti di vita ad alto rischio psicosociale, qual è quello del campione preso in considerazione, probabilmente l'aggressività proattiva rappresenta per gli adolescenti una strategia efficace per negoziare la propria posizione sociale in un mondo in cui vedono il dominio sull'altro e le logiche di potere prevalere sui valori della giustizia e della cura (Arsenio e Gold, 2006; Dodge, Pettit, e Bates, 1994). Ciò potrebbe spiegare anche la loro felicità a seguito di atti aggressivi puramente strumentali, finalizzati a soddisfare le proprie esigenze anche se questo implica il ferire intenzionalmente l'altro, e la totale assenza di preoccupazione per lo stato emotivo della vittima e, conseguentemente, di senso di colpa, come mostrato dalla non significatività delle associazioni tra aggressività proattiva e tali variabili. Uno dei limiti del presente studio riguarda l'uso di un questionario self-report per la valutazione dell'aggressività: al di là del potenziale ef-

fetto della desiderabilità sociale, infatti, alcuni studiosi (Card e Little, 2006) hanno mostrato come l'uso di approcci osservativi nella misura di aggressività reattiva e proattiva, riduca considerevolmente la sovrapposibilità tra queste variabili, in parte registrata dagli strumenti self-report. Un altro aspetto problematico, come rilevano anche Arsenio e colleghi (2009) nel loro studio, potrebbe inoltre riguardare l'uso di questionari separati per valutare il ragionamento morale e l'elaborazione delle informazioni, che impedisce di valutare aspetti quali le modalità attraverso cui è condotto il ragionamento morale in caso di informazioni sociali ambigue e, più in generale, come il ragionamento morale e l'elaborazione delle informazioni interagiscano in adolescenza nel determinare il comportamento aggressivo in situazioni di provocazione e non.

Conclusioni

L'approccio integrato offre un importante contributo nell'evidenziare le differenze tra aggressività proattiva e reattiva a livello socio-cognitivo, morale e di attribuzione emotiva; ciò appare tanto più prezioso perché potrebbe avere implicazioni importanti nell'ottica della prevenzione e dell'intervento. Su campioni di preadolescenti altamente a rischio, qual è quello preso in considerazione, conoscere i fattori sottostanti la messa in atto di comportamenti aggressivi aiuta a comprendere su quali variabili intervenire per evitare che le condotte antisociali registrate si protraggano per tutta l'adolescenza e, presumibilmente, anche nell'adulthood, aumentando il rischio per tali ragazzi di cadere nel circuito penale. Sulla base dei dati emersi, un primo obiettivo di un potenziale intervento su una popolazione con simili caratteristiche potrebbe essere quello di favorire negli adolescenti reattivi percorsi di ristrutturazione cognitiva volti a migliorare le capacità di elaborare efficacemente gli stimoli sociali, aiutandoli a divenire consapevoli della propria tendenza a fraintendere le intenzioni altrui. Dopo aver ridotto la significatività del bias, si potrebbe pensare di focalizzare l'intervento di ristrutturazione cognitiva sulla capacità di anticipazione delle conseguenze negative dei propri comportamenti, cercando di disconfermare le aspettative di efficacia e di utilità del comportamento aggressivo, rilevate sia nei reattivi che nei proattivi, e aiutandoli, attraverso un lavoro sul problem solving, a cercare soluzioni alternative

ai problemi di natura sociale, arricchendo il loro repertorio comportamentale di strategie di coping maggiormente adattivi.

Bibliografia

- Arsenio, W. F., & Lemerise, E. A. (2001). Varieties of childhood bullying: Values, emotion processes, and social competence. *Social Development, 10*(1), 59-73.
- Arsenio, W. F., & Lemerise, E. A. (2004). Aggression and moral development: Integrating social information processing and moral domain models. *Child development, 75*(4), 987-1002.
- Arsenio, W. F., & Gold, J. (2006). The effects of social injustice and inequality on children's moral judgments and behavior: Towards a theoretical model. *Cognitive Development, 21*(4), 388-400.
- Arsenio, W. F., Gold, J., & Adams, E. (2006). Children's conceptions and displays of moral emotions. In Killen, M., & Smetana, J. (Eds.). *Handbook of moral development*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arsenio, W. F., Adams, E., & Gold, J. (2009). Social information processing, moral reasoning, and emotion attributions: Relations with adolescents' reactive and proactive aggression. *Child development, 80*(6), 1739-1755.
- Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L., & Holder, H. D. (2004). *Helping adolescents at risk*. New York: Guilford.
- Bjorkqvist, K., Lagerspetz, K. M., & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive behavior, 18*(2), 117-127.
- Boxer, P. & Dubow, E.F. (2002). A social-cognitive information processing model for school based aggression reduction and prevention programs: issues for research and practice. *Applied & Preventive psychology, 10*, 177-192.
- Bushman, B. J. & Anderson, C. A. (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review, 108*, 273-279.
- Camodeca, M., & Goossens, F. A. (2005). Aggression, social cognitions, anger and sadness in bullies and victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(2), 186-197.
- Card, N. A. e Little, T. D. (2006). Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: a meta-analysis of the differential relations with psychosocial adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 466-480.
- Connor, D. F., Steingard, R. J., Anderson, J. J., & Meloni Jr, R. H. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry*

- and *Human Development*, 33(4), 279-294.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child development*, 67, 993-1002.
- Crick, N. R., Casas, J. F., & Mosher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. *Developmental psychology*, 33(4), 579.
- Dodge, K. A. & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development*, 65(2), 649-665.
- Dodge, K. A., Coie, J. D., & Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. *Handbook of child psychology*. New York: Wiley.
- Ellis, M. L., Weiss, B., & Lochman, J. E. (2009). Executive functions in children: Associations with aggressive behavior and appraisal processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 945-956.
- Farrell, A. D., Meyer, A. L., Kung, E. M., & Sullivan, T. N. (2001). Development and evaluation of school-based violence prevention programs. *Journal of clinical child psychology*, 30(2), 207-220.
- Fontaine, R. G. (2006). Evaluative behavioral judgments and instrumental antisocial behaviors in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26, 956-967.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of abnormal child psychology*, 31(4), 457-470.
- Hughes, C., & Dunn, J. (2000). Hedonism or empathy?: Hard-to-manage children's moral awareness and links with cognitive and maternal characteristics. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(2), 227-245.
- Hunter, L., Elias, M. J., & Norris, J. (2001). School-based violence prevention: Challenges and lessons learned from an action research project. *Journal of School Psychology*, 39(2), 161-175.
- Kempes, M., Matthys, W., de Vries, H., & van Engeland, H. (2005). Reactive and proactive aggression in children. A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 11-19.
- Moffitt, T. E. (1993). "Life-course-persistent" and "adolescent-limited" antisocial behavior. A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moretti, M. M., Holland, R., & McKay, S. (2001). Self-other representations and relational and overt aggression in adolescent girls and boys*. *Behavioral sciences & the law*, 19(1), 109-126.
- Orobio De Castro, B., Veerman, J. W., Koops, W., Bosch, J. D., & Monshouwer, H. J. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis. *Child development*, 73(3), 916-934.
- Orobio de Castro, B., Merk, W., Koops, W., Veerman, J. W., & Bosch, J. D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 105-116.
- Poulin, F. & Boivin, M. (2000). Reactive and proactive aggression: evidence of a two-factor model. *Psychological assessment*, 12, 115-122.
- Price, J. M., & Dodge, K. A. (1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and social context dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(4), 455-471.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M., & Liu, J. (2006). The Reactive proactive Aggression Questionnaire: differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Smetana, J. G. (2006). Social-cognitive domain theory: Consistencies and variations in children's moral and social judgments. In Killen, M., & Smetana, J. G. (Eds.), *Handbook of moral development* (pp. 119-153). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smithmyer, C.M., Hubbard, J.A., e Simons, R.F. (2000). Proactive and reactive aggression in delinquent adolescents: relations to aggression outcome expectancies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 86-93.
- Soleti, E. e Curci, A. (2012). Comportamento deviante, ragionamento morale e riparazione. Una prospettiva integrata. *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, 6, 18-34.
- Tisak, M. S., Tisak, J., & Goldstein, S. E. (2006). Aggression, delinquency, and morality: A social-cognitive perspective. In Killen, M., & Smetana, J. G. (Eds.), *Handbook of moral development* (pp. 611-629). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turiel, E. (2002). *The culture of morality: Social development, context, and conflict*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Vitaro, F., Brendgen, M. e Barker, E.D. (2006). Subtypes of aggressive behavior: A developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 12-19.

La dipendenza da gioco d'azzardo negli adolescenti: un'indagine sul territorio

Chiara Perrone*, Silvia Recchia*, Maria Grazia Sasso*, Anna Maria Cassano**, Pasquale Chianura***

*Psicologa, Specializzanda Istituto Metafora Bari

**Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta Istituto Metafora, Bari

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

Riassunto

Il gioco d'azzardo può essere vissuto come saltuario motivo di divertimento ma anche come un mezzo per realizzare il "sogno" di una sostanziale vittoria (Cotte, 1997) o un modo di modulare le proprie emozioni (Shead et al., 2008). Queste sono solo alcune delle diverse motivazioni che possono indurre un individuo a giocare d'azzardo. Numerosi studi hanno constatato la diffusione e le caratteristiche della dipendenza del gioco d'azzardo negli adulti. Tra gli adolescenti è invece maggiore la percentuale di giocatori a rischio e problematici, i quali però sono più inclini a sviluppare in età adulta una vera e propria dipendenza (Winters et al., 1993). Il presente studio si propone di indagare l'influenza di differenti variabili sulle **ideazioni** e sulle **pratiche** di gioco di giovani adolescenti della provincia di Bari. I principali risultati dell'indagine sembrano indicare l'utilità di insistere, negli interventi di prevenzione, sull'incremento della percezione dei rischi legati al gioco e della coesione/senso di sostegno percepiti nel gruppo dei pari.

Parole Chiave: Dipendenza, gioco d'azzardo, adolescenti, rischio, gruppo dei pari.

Introduzione

Il gioco è presente in tutte le fasi della nostra vita ma esercita un ruolo di rilievo nelle fasi di sviluppo infantile e adolescenziale, rappresentando una forma di apprendimento delle regole e delle situazioni che nel mondo adulto verranno affrontate. Nel gioco può predominare la possibilità dell'individuo di utilizzare le proprie capacità per esercitare un controllo sull'esito finale (es. il gioco degli scacchi) oppure quest'ultimo può essere determinato esclusivamente dal caso (es. il lancio della moneta).

Con il termine gioco d'azzardo (*gambling*), viene indicata una forma di intrattenimento in cui il giocatore scommette una certa quantità di denaro o di beni di valore sul risultato di un evento

dall'esito incerto, allo scopo di vincere un premio, che generalmente consiste nel guadagnare un'ulteriore quantità di denaro o aggiudicarsi gli oggetti messi in palio (Clark, 2010; Molde et al., 2009).

In base alla modalità di approccio al gioco e alla frequenza possiamo descrivere varie tipologie di giocatori:

1. Il giocatore ricreativo (**positive players**), per il quale il gioco d'azzardo è un'occasione per socializzare e divertirsi e che è in grado di governare i propri impulsi; queste persone intendono il gioco come passatempo, forma di intrattenimento, mezzo per vincere un premio.
2. Il giocatore a rischio (**at-risk gamblers**) risulta molto più concentrato sulla modifica di stati d'animo (ad esempio l'agitazione, il rilassamento, l'umore deflesso, la noia o le preoccupazioni) (Wood et al., 2014).
3. Il giocatore problematico (**problem gamblers**) gioca in modo eccessivo e inizia a manifestare maggiori problemi rispetto al giocatore a rischio (Winters et al., 1993) in vari ambiti della propria vita. Molto spesso il giocatore cerca di risolvere questi problemi attraverso il gioco stesso. (Ferris et al., 1999)
4. Il giocatore patologico (**pathological gamblers**) manifesta una vera e propria dipendenza: l'impulso per il gioco d'azzardo diviene irrefrenabile e incontrollabile ed è accompagnato da una forte tensione emotiva, dall'incapacità di ricorrere ad un pensiero riflessivo e logico e da un comportamento auto-distruttivo.

Numerosi studi hanno constatato la diffusione e le caratteristiche della dipendenza del gioco

d'azzardo negli adulti. Tra gli adolescenti è invece maggiore la percentuale di giocatori a rischio e problematici, i quali però sono più inclini a sviluppare in età adulta una vera e propria dipendenza (Winters et al., 1993).

In uno studio del 2013 svolto da SPS-DPA (Student Population Survey - Dipartimento politiche Antidroga) su un campione di 33.483 soggetti di età compresa tra i 15-19 anni, circa il 50% dei ragazzi utilizzava giochi d'azzardo. Di questi il 39% riguardava giocatori sociali e l'11% dei ragazzi utilizzava una modalità di gioco problematica o addirittura patologica.

Il gioco d'azzardo viene talvolta giudicato un vizio. Socialmente è frequente che le persone giudichino il giocatore patologico come una persona che utilizza il comportamento di gioco volontariamente e che potrebbe interromperlo se volesse. In realtà nel momento in cui insorgono le caratteristiche della dipendenza (tolleranza, astinenza e perdita di controllo) il comportamento di gioco non è più controllabile, il soggetto perde la libertà di scelta e la capacità di controllo sul proprio comportamento e ne diventa "schiavo".

Il DSM-V (APA, 2014) inserisce il *Disturbo da gioco d'Azzardo patologico (Gambling Disorder)* tra i *Disturbi correlati alle sostanze e Dipendenze*. Secondo il DSM-V si parla di gioco d'azzardo patologico quando sono presenti, nell'arco di 12 mesi, 4 o più dei seguenti sintomi:

- Bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- Irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o di interrompere il gioco d'azzardo;
- Ripetuti tentativi senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- Pensieri frequenti relativi al gioco (ad esempio, di rivivere esperienze di gioco del passato, o immaginare come sarà la prossima giocata o pensare a come procurarsi il denaro con cui giocare);
- Giocare spesso in situazioni di disagio (ad es. quando si è depressi, ansiosi, quando ci si sente inermi o in colpa);
- Tornare a giocare un altro giorno, dopo aver perso, per recuperare le perdite;
- Mentire per nascondere l'entità del proprio

coinvolgimento nel gioco d'azzardo;

- Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- Fare affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

La personalità, l'esposizione a messaggi pubblicitari, l'esposizione al gioco nel contesto familiare e numerosi altri fattori sono stati studiati per comprendere il fenomeno del gioco d'azzardo problematico o patologico. Spesso tali fattori sono stati considerati separatamente.

Il presente studio si propone di indagare l'influenza di differenti variabili sulle **ideazioni** e sulle **pratiche** di gioco di giovani adolescenti della provincia di Bari. Tali variabili sono state suddivise in tre categorie: variabili **individuali** (genere, aspettativa sul gioco e percezione della qualità della vita), variabili **dell'ambiente distale** (accesso siti web e sale giochi) e variabili **dell'ambiente prossimale** (familiarità nel contesto parentale/amicale e sostegno)

Metodologia e Strumenti

Campione

Il campione preso in esame è costituito da 296 adolescenti, 150 maschi e 148 femmine (1 Na). I partecipanti sono tutti studenti di scuole appartenenti alla provincia di Bari, 30 sono studenti delle scuole medie e 266 delle scuole superiori.

Strumenti e procedura

E' stato somministrato un questionario self-report costruito ad hoc.

Il questionario è costituito da undici items con risposta su scala likert (mai/a volte/sempré):

1. Hai mai pensato di giocare d'azzardo?
2. Hai mai giocato d'azzardo?
3. Ritieni che il gioco d'azzardo sia:
 - a) Divertente/entusiasmante;
 - b) Rischioso/pericoloso;
 - c) Un passatempo come un altro.
4. Frequenti sale giochi o posti dove si può giocare d'azzardo (tabacchi, centri scommesse, ecc)?

5. Frequenti siti web dove è possibile giocare d'azzardo?
6. Hai mai visto giocare d'azzardo un tuo familiare?
7. Hai mai visto giocare d'azzardo i tuoi amici?
8. Quando hai bisogno puoi contare su tua madre?
9. Quando hai bisogno puoi contare su tuo padre?
10. Quando hai bisogno puoi contare sui tuoi amici?
11. Sono contento della mia vita?

l'item 7x10 e l'item 11.

Variabili Individuali: Genere, Aspettative sul gioco, Percezione della qualità di vita.

Il 54,5% dei maschi ha pensato almeno una volta di giocare d'azzardo rispetto al 16,8% delle femmine. Inoltre il 47,6% dei maschi ha giocato d'azzardo almeno una volta rispetto al 12,8% delle femmine (grafico 1).

Quando l'adolescente percepisce rischioso/pericoloso il gioco d'azzardo diminuisce la probabilità di giocare d'azzardo (grafico 2).

Analisi dei dati

Per ogni modello è stata realizzata una procedura di selezione delle variabili in grado di spiegare la variabile dipendente. Tra le variabili selezionate alcune sono state scartate perché non erano in grado di spiegare in maniera significativa la variazione delle due variabili dipendenti. Per la selezione delle variabili è stato utilizzato un modello lineare generalizzato per variabili dipendenti dicotomiche e la significatività delle variabili è stata valutata osservando l'indice AIC (Akaike Information Criterion).

Risultati

Le variabili significative per l'ideazione sono risultate essere il sesso, l'item 3a, l'item 4, l'item 5 e l'item 7. Mentre le variabili significative per il comportamento sono risultate essere il sesso, l'item 3b, l'item 4, l'item 6, l'item 7, l'item 10,

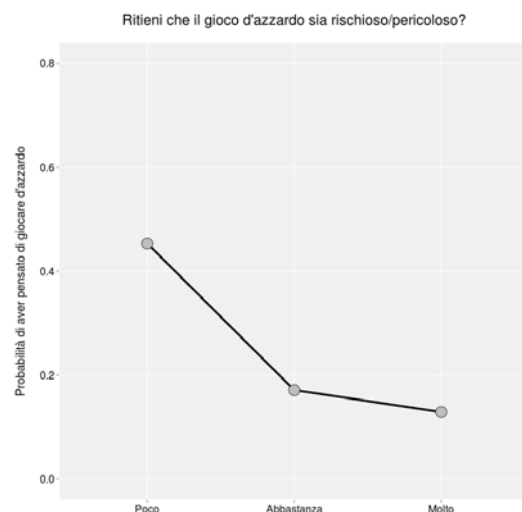


Grafico 2

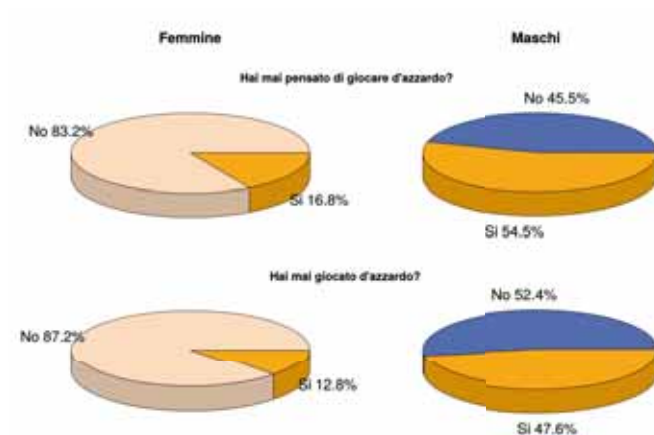


Grafico 1

Mentre l'aspettativa di divertirsi si traduce in una maggiore ideazione di gioco (Grafico 3), ma non nel comportamento di gioco.

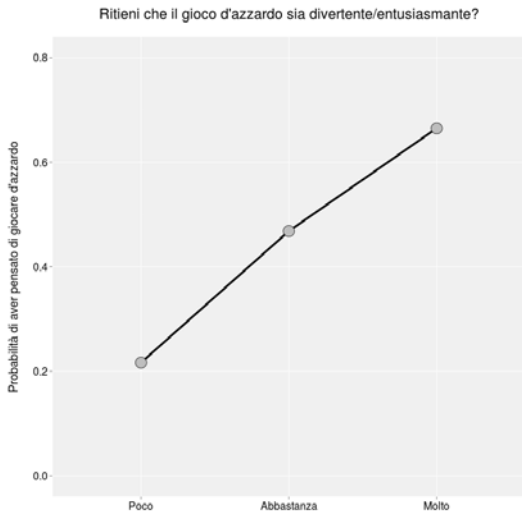


Grafico 3

Variabili Ambientali Distali: Accesso siti web e sale giochi

I ragazzi giocano più spesso d'azzardo quanto più frequentano sale giochi (Grafico 5).

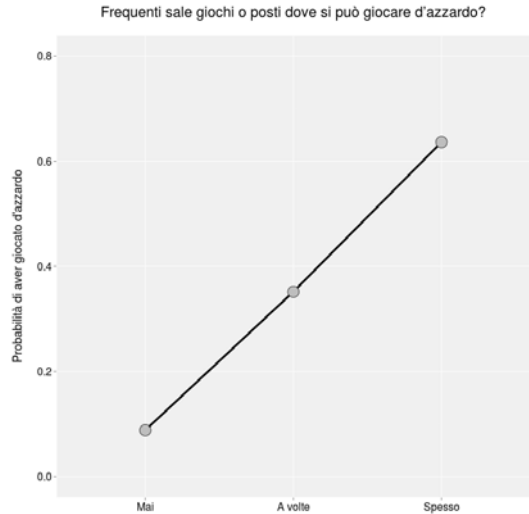


Grafico 5

L'aumento della soddisfazione generale per la qualità della propria vita cala il comportamento di gioco degli adolescenti (Grafico 4).

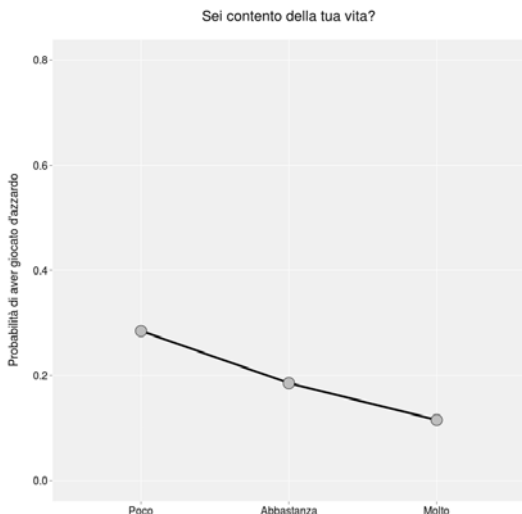


Grafico 4

La frequentazione di siti web in cui è possibile giocare d'azzardo incrementa l'ideazione di gioco (Grafico 6), ma non il comportamento di gioco.

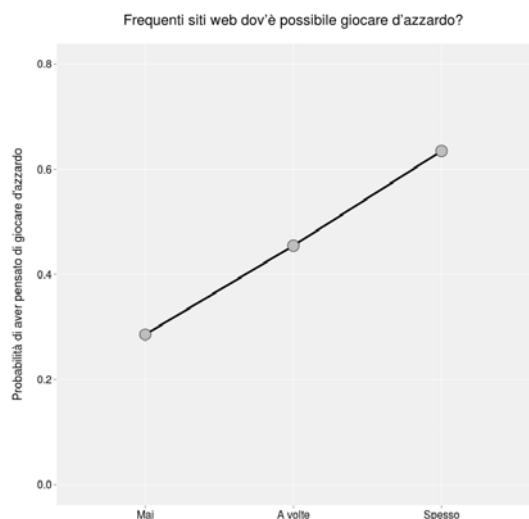


Grafico 6

Variabili Ambientali Prossimali: familiarità nel contesto parentale/amicale e sostegno

L'esposizione degli adolescenti in ambito familiare al giocare d'azzardo incrementa il comportamento del gioco nell'adolescente (Grafico 7).

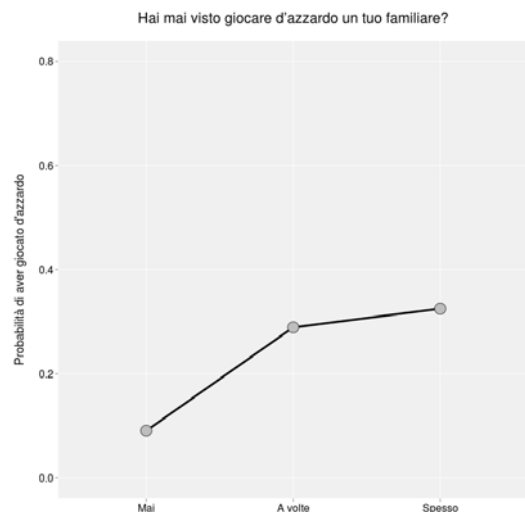


Grafico 7

Lo stesso accade con il gruppo dei pari. Vi è infatti un aumento del gioco da parte degli adolescenti che frequentano amici che giocano d'azzardo (Grafico 8).

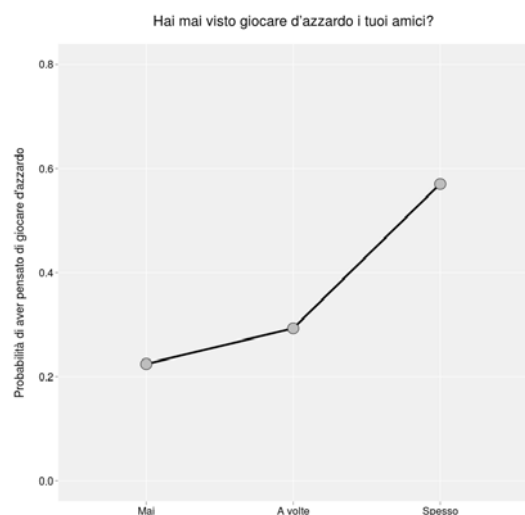


Grafico 8

A questo dato, però, possiamo aggiungere una nuova considerazione. I ragazzi giocano di più se vedono giocare i loro amici, ma riducono il loro comportamento di gioco quando percepiscono il loro sostegno (“quando ho bisogno posso contare sui miei amici) (Grafico 9).

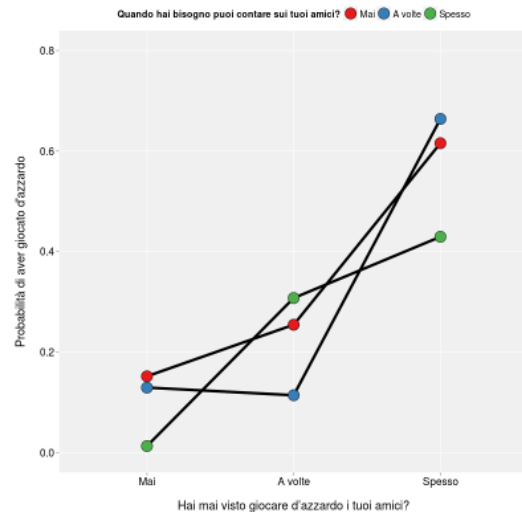


Grafico 9

Conclusione

Dai risultati della nostra indagine è emersa l'influenza di diverse variabili sul pensiero e il comportamento degli adolescenti rispetto al gioco d'azzardo. La variabile genere è risultata predittiva del comportamento di gioco in adolescenza. Numerosi studi hanno mostrato come il gambling sia un'attività molto più diffusa tra i maschi rispetto alle femmine. L'indagine realizzata da NOMISMA (2009) con un campione di 950.000 studenti delle classi quarte e quinte di scuola secondaria superiore, ha riscontrato che il 68% dei partecipanti dichiarava di avere avuto almeno un'occasione di gioco nell'ultimo anno, con una netta prevalenza dei maschi (76%) rispetto alle femmine (61%). Lo studio ESPAD®Italia 2014, condotto dai ricercatori del Reparto di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (IfcCnr), e che ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici superiori

del nostro Paese, rileva una maggiore attrazione al gioco da parte dei ragazzi rispetto alle coetanee (49% vs 30%).

Il bisogno di rischiare è particolarmente intenso in adolescenza, ma nonostante sia un aspetto che fa parte del normale processo di sviluppo, talvolta può esitare nell'utilizzo di condotte pericolose per la propria/altrui salute. Anche il gioco d'azzardo implica scelte che possono comportare dei rischi; di fronte a tali scelte la percezione del rischio svolge un ruolo significativo nel determinare le intenzioni e il comportamento, come evidenziato in letteratura (Spurrier e Blaszczynski, 2013).

Di fatto, così come emerge dalla nostra indagine e come già descritto in letteratura, pare che il coinvolgimento nel gioco d'azzardo possa diminuire all'aumentare della percezione di possibili conseguenze negative (Tao e altri).

La percezione di qualità di vita sembra essere una variabile ancora inesplorata nel campo del gambling; i pochi studi rintracciabili cercano di stabilire se il gioco d'azzardo influisca sulla qualità di vita (Black et al., 2003) e non, al contrario, se la qualità di vita percepita possa influire sul comportamento di gioco. Dalla nostra indagine è emerso che più un adolescente si sente soddisfatto della propria vita e meno gioca.

Oltre a fattori individuali abbiamo considerato l'influenza diretta e indiretta dell'ambiente che circonda l'adolescente.

Nel nostro territorio, come in tutta Italia, vi è stato in questi ultimi anni un forte incremento dell'accessibilità al gioco sia attraverso la costruzione di nuove sale giochi e l'aumento di macchine nei diversi luoghi di frequentazione (tabacchi, bar ecc.) sia su internet.

I dati in letteratura solitamente riguardano l'aumento dei problemi associati al gioco in seguito alla disponibilità dello stesso sul territorio (Reith 2012). Le domande presenti sul nostro questionario hanno considerato strettamente la frequentazione di sale giochi e siti web, confermando comunque l'aumento del comportamento di gioco d'azzardo da parte degli adolescenti. Chiaramente disponibilità di gioco e frequentazione di sale giochi potrebbero essere variabili legate, quindi la loro relazione sarebbe da approfondire.

Per quanto riguarda l'ambiente prossimo all'adolescente abbiamo considerato l'ambiente familiare e amicale. Inoltre è stata valutata l'influenza della percezione di sostegno sia da parte dei familiari che da parte del gruppo dei pari. I risultati della nostra indagine confermano la predittività della variabile familiarità con il gambling. Questa relazione è già stata ampiamente documentata (es. Vachon et al., 2004; Langhinrichsen-Rohling et al., 2004) e spiega che il comportamento di gioco dei genitori predice un aumento del comportamento di gioco dei figli.

Diversi autori sostengono che l'influenza del gruppo dei pari sia un fattore determinante nell'assunzione di comportamenti rischiosi come il gioco d'azzardo. Magoon e Ingersoll (2006) hanno riscontrato che gli adolescenti che avevano amici coinvolti nel gioco facevano registrare una frequenza di gioco significativamente maggiore di chi non li aveva. Indagando la relazione tra imitazione di una serie di comportamenti a rischio dei pari, tra cui il gioco d'azzardo, e comportamento problematico di gioco, Wickwire et al. (2007) hanno messo in evidenza che i modelli comportamentali dei pari esercitavano un potere predittivo significativo e positivo sia sulla frequenza di gioco che sulla problematicità ad esso associata.

Viene quindi confermato quanto già emerso in letteratura rispetto all'aumento del gioco da parte degli adolescenti che frequentano amici che giocano d'azzardo. Lo stesso gruppo dei pari può nello stesso tempo ridurre il comportamento se l'adolescente percepisce sostegno.

Il gruppo dei pari possiede delle caratteristiche in grado di offrire delle risposte al bisogno di identità del singolo, soprattutto durante l'adolescenza. (Palmonari, 2001). Molto spesso per essere accettati e confermati nelle proprie scelte, ci crea all'interno del gruppo un elevato grado di conformismo. I condizionamenti da parte del gruppo dei pari sono una forza onnipotente, il cui potere può essere osservato pressoché in ogni dimensione del comportamento adolescenziale, come la decisione di come vestirsi, quale musica ascoltare, quale linguaggio adottare, a quali valori aderire, come gestire il tempo libero (Santrock, 2007). Queste influenze possono avere effetti positivi per il benessere degli adolescenti.

Si possono ad esempio sviluppare comportamenti pro-sociali (come iscriversi ad una associazione di volontariato, aiutarsi a fare i compiti scolastici), oppure prevenire comportamenti disadattivi, come fumare o bere alcolici, grazie alla manifesta approvazione da parte di amici e compagni di classe. Tuttavia, il gruppo dei pari rinforza molto più frequentemente i comportamenti disadattivi, rispetto a quelli positivi. Questi, a loro volta, potrebbero tradursi in comportamenti antisociali quali furti e vandalismo, abuso di droghe e alcolici o giocare d'azzardo.

I principali risultati dell'indagine sembrano indicare l'utilità di insistere, negli interventi di prevenzione, sull'incremento della percezione dei rischi legati al gioco e della coesione/senso di sostegno percepiti nel gruppo dei pari.

Inoltre, essendo il gruppo dei pari una variabile di rilievo per l'adozione del comportamento di gioco, appare utile svolgere gli interventi di prevenzione nei luoghi di aggregazione degli adolescenti come le scuole e i contesti di socializzazione tra pari.

Bibliografia

- A.P.A. (American Psychiatric Association) (2014), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Black, Donald W. M.D., Moyer, Trent M.D. & Schlosser, Steven M.A.T. (2003). Quality of life and family history in Patological Gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease, Volume 191 - Issue 2 - pp 124-126.*
- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 365, 319-330.
- Cotte, J. (1997). Chances, trances and lots of slots: Gambling motives and consumption experiences. *Journal of Leisure Research*, 29(4), 380-406.
- ESPAD@Italia 2014 studio: gioco d'azzardo tra i 15-19enni.
- Ferris, J., Wynne, H. & Single, E. (1999). Measuring problem gambling in Canada: Final report - Phase 1. For the Inter-Provincial Task Force on problem gambling.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R., & Rohling, M. L. (2004). Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 23-46. doi:10.1023/B:JOGS.0000016702.69068.53.
- Magoon, M. E., & Ingersoll, G. M. (2006). Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 1-22. doi: 10.1007/s10899-005-9000-6.
- Molde, H., Pallesen, S., Bartone, P., Hystad, S., & Johnsen, B. H. (2009). Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old high-school students in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 55-64. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00667.x.
- Palmonari, A. (2001) L'adolescenza, Bologna, il Mulino.
- Progetto SPS-DPA 2013/2014: Indagine sul consumo di sostanza psicotrope e gioco d'azzardo e sui fattori di rischio per l'assunzione di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni.
- Rapporto Nomisma 2009, Gioco e giovani.
- Reith, G. (2012). Beyond addiction or compulsion: the continuing role of environment in the case of pathological gambling. *Addiction*, 107: 1736-1737
- Santrock, John (2007). *Adolescence*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Shead, N., Callan, M. J., & Hodgins, D. C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 536-541.
- Spurrier e Blaszczynski (2013). Risk perception in Gambling: A systematic Review. In *Journal of gambling behavior*.
- Tao, V. Y. K., Wu, A. M. S., Cheung, S. F., & Tong, K. K. (2011). Development of an indigenous inventory GMAB (Gambling Motives, Attitudes and Behaviors) for Chinese gamblers: An exploratory study. *Journal of Gambling Studies*, 27 (1), 99-113.
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent gambling: Relationship with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 398-401. doi: 10.1037/0893-164X.18.4.398.
- Wickwire, E. M., Whelan, J. P., Meyers, A. W., & Murray, D. M. (2007). Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 35, 179-190. doi:10.1007/s10802-006-9065-4.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.
- Wood RT, Griffiths MD (2014). Understanding Positive Play: An Exploration of Playing Experiences and Responsible Gambling Practices. *Journal of Gambling Studies*.

Interventi a favore di detenuti autori di reati di violenza contro donne: il progetto sperimentale “Romper il silenzio”

Marika Massara*, Emanuela Soleti**, Lidia De Leonardis***

*psicologa-psicoterapeuta Cooperativa Comunità S. Francesco, Lecce

**psicologa-psicoterapeuta Cooperativa Crisi, Bari

***Direttrice Casa Circondariale Bari e sezione Altamura

Riassunto

Il presente contributo intende presentare il progetto “Romper il silenzio” avviato e tutt’ora in corso presso la Casa Circondariale di Bari, destinato a detenuti autori di violenza sulle donne. La riflessione da cui parte il progetto è che esistono misure atte a sostenere le vittime di violenza, ma non c’è, ad oggi, una presa in carico globale del maltrattante. Che individuo si restituisce al territorio? Quali comportamenti saranno messi in atto da parte di un maltrattante che rientra nel contesto di provenienza? “Romper il silenzio” intende fornire una risposta a queste domande, sperimentando un modello possibile di trattamento intramurario, psicoterapeutico e psicosociale, individuale e in gruppo, utile a favorire l’acquisizione di consapevolezza circa il reato, promuovere processi di cambiamento e che ambisca ad essere efficace nella prevenzione della recidiva.

Parole chiave: *violenza, reati sessuali, maltrattamento, trattamento intramurario*

Introduzione

La Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, sottoscritta dagli stati membri ad Istanbul nel 2011, definisce la violenza nei confronti delle donne come *“una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata”*.

Gli stati firmatari si impegnano ad adottare tutte le misure necessarie per prevenire e combattere

ogni forma di violenza contro le donne, fornendo una risposta globale al fenomeno e riconoscendo nell’articolo 16 l’importanza di istituire specifici programmi di intervento di carattere preventivo e di trattamento rivolti agli autori di atti di violenza domestica, *“per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti.”* Viene, inoltre, richiesto agli stati firmatari di adottare ogni misura necessaria per istituire o sostenere programmi di trattamento per prevenire la recidiva, in particolare per i reati di natura sessuale.

L’obiettivo del lavoro con gli autori di tali reati è di incoraggiarli ad adottare un comportamento non violento, aiutandoli a diventare consapevoli delle loro azioni e ad assumersi le loro responsabilità, onde evitare future recidive.

Negli ultimi anni anche l’Italia ha iniziato ad impegnarsi nell’attivare tali programmi d’intervento con gli autori di violenza, la cui importanza è ormai riconosciuta a livello internazionale. All’interno di questi interventi si collocano anche i programmi di trattamento intramurario rivolti ai detenuti in espiazione di pena.

Ricordiamo che con l’emanazione della legge 354 del 26 luglio 1975 si è data applicazione al dettato dall’art. 27, 3° comma Costituzione in cui viene enunciato il principio secondo cui *“le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*.

La pena deve avere per tutti i detenuti, ed anche per gli autori di questa tipologia di reati, una funzione rieducativa, garantendo che possano fruire nel periodo di esecuzione della pena, di situazioni

che favoriscano l'avvio di un percorso personale di riflessione e cambiamento.

Va ricordato che non esiste un'unica tipologia di autore dei reati di violenza e maltrattamento, ma si tratta di una categoria eterogenea, che, considerata dal punto di vista giuridico comprende i reati di violenza sessuale di cui all'art. 609 c.p.; i reati di maltrattamenti contro familiari o conviventi di cui all'art. 572 c.p. e i reati di atti persecutori e *stalking* di cui all'art. 612 bis del codice penale, modificati nel Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93 convertito in Legge 15 ottobre 2013, n. 119.



Nell'art. 5 della legge sopracitata, anche l'Italia recepisce le indicazioni provenienti dalla Convenzione di Istanbul, specificando, tra le finalità perseguite dal piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, il *“promuovere lo sviluppo e l'attivazione, in tutto il territorio nazionale, di azioni, basate su metodologie consolidate e coerenti con linee guida appositamente predisposte, di recupero e di accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva”*.

E' necessario, quindi, per impostare un trattamento rieducativo, attivare un intervento specialistico e individualizzato con un approccio multidisciplinare.

Le condotte antisociali violente sono caratte-

zzate da tipicità del pensiero, negazione e minimizzazione del danno arrecato alla vittima e sospensione delle capacità empatiche. Il progetto *“Romper il silenzio”* si focalizza su questi elementi del funzionamento psicologico del maltrattante partendo dalla loro valutazione al fine di individualizzare il trattamento..

Il progetto

Con convenzione sottoscritta a gennaio 2015, presso la Casa Circondariale di Bari e la sede distaccata di Altamura il Cav *“Il Melograno”* di Conversano, gestito da Cooperativa Comunità S.

Francesco, ed il Cav di Bari *“Luna nel pozzo”*, gestito da Cooperativa Crisi, hanno iniziato le attività del progetto sperimentale *“Romper il silenzio”* piano di Interventi locali della Città Metropolitana di Bari per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno della violenza contro le donne e i minori.

Il progetto, inserito nel Progetto di Istituto della Casa Circondariale di Bari nell'anno 2011,

prevede il raggiungimento dell'obiettivo di prevenire eventuali recidive attraverso il potenziamento della capacità di interazione interpersonale e l'integrazione socio-lavorativa dei detenuti autori di reati di violenza. L'equipe multidisciplinare del progetto è composta dalle seguenti figure professionali psicologo-psicoterapeuta; psicodiagnosta; assistente sociale; educatore; esperto della comunicazione.

Destinatari

Al momento dell'avvio operativo del progetto nel maggio 2015, si registrava la presenza di 367 detenuti in Bari, di cui 101 definitivi più 24 con posizione mista con definitivo, per un totale di 125 definitivi, compresi quelli del circuito AS/3.

Nella sezione “protetti” della Casa Circondariale di Bari erano presenti n. 54 individui con reati di violenza sulle donne, 24 definitivi e 30 non definitivi. Nello specifico: n. 4 sono stati trasferiti prima del colloquio iniziale; n. 1 detenuto ha rifiutato il primo colloquio; n. 49 detenuti hanno effettuato i primi colloqui individuali. Tra questi: n. 1 detenuto ha rifiutato di partecipare al progetto, n. 3 sono stati esclusi per incompatibilità, n. 5 sono stati scarcerati, n. 17 sono stati trasferiti successivamente al primo colloquio e n. 2 hanno avuto la detenzione domiciliare.

Le fasi del progetto

Il progetto si è sviluppato nel corso di 12 mesi secondo queste fasi operative:

1. Attività di monitoraggio e mappatura dei detenuti. Prima raccolta dei dati attraverso una scheda che, oltre ai dati anagrafici, è servita ad acquisire le seguenti informazioni: scolarità; rapporto con la scuola e con lo studio (ha terminato il ciclo di studi o si è interrotto? se si è interrotto, motivazione); occupazione; precedenti esperienze lavorative; attitudini professionali; attitudini personali; famiglia; reato; patologie/uso di sostanze; rapporti con i familiari; rapporti con la vittima.

2. Colloqui individuali condotti dalle psicologhe-psicoterapeute e sottoscrizione del consenso informato. Questa fase è finalizzata all'accoglienza del detenuto e all'indagine relativa alla motivazione. Nello specifico, la fase iniziale dell'attività è consistita nella conduzione del primo colloquio con ciascuno dei detenuti segnalati dall'equipe trattamentale. Tale colloquio aveva lo scopo, concordato e condiviso dall'equipe di progetto, di rilevare la motivazione del detenuto alla partecipazione alle attività progettuali, sia in forma di colloqui di sostegno psicologico individuale che di laboratori di gruppo; di verificare la presenza dei requisiti necessari alla compilazione della batteria psicodiagnostica (grado di istruzione, età, padronanza della lingua italiana) e, di raccogliere il consenso informato, all'interno del quale erano spiegate le attività del progetto, definendo e precisando il contesto, gli strumenti e

gli operatori ed anche l'impegno e le modalità di adesione all'intervento. Tutti i colloqui sono stati preceduti dalla lettura del fascicolo sintetico contenente la posizione giuridica del partecipante. A seguito di primo colloquio è stata completata la parte anamnestica contenente informazioni sulla famiglia, sulla frequenza dei colloqui con i familiari, con la relazione con la vittima e con le osservazioni dell'operatore.

3. Assessment. Successivamente ai colloqui iniziali ed alla sottoscrizione del consenso informato, si è proceduto alla somministrazione degli strumenti Psychopathic Personality Inventory Revised (PPI-R) e COPE-NVI a cura dello psicodiagnosta per la valutazione dell'assetto cognitivo ed emotivo dei partecipanti. Tale scelta metodologica è stata motivata dalla maggiore maneggevolezza e semplicità di utilizzo da parte dei fruitori di questi ultimi due strumenti, oltre al dato che rappresentano questionari meglio capaci di fornire informazioni relativamente ai costrutti afferenti il coping (fronteggiamento delle situazioni) e la personalità psicopatica (aspetti emotivi, cognitivi e relazionali), quindi alcuni tra gli aspetti sui quali le attività di progetto si focalizzano.

Il PPI-R, che valuta i tratti di personalità del soggetto attraverso l'indagine di quei comportamenti e di quelle peculiarità cognitive, emotive e percettive che si intrecciano e costituiscono un corpus caratteristico nella psicopatologia. Il test è costituito da otto scale di contenuto:

- Egocentrismo machiavellico (ME) che misura la propensione a manipolare gli altri per obiettivi personali e una visione cinica, severa e strumentale della natura umana.
- Anticonformismo ribelle (RN) che misura la tendenza verso la non convenzionalità, atteggiamenti contro l'autorità e la resistenza alle norme sociali.
- Esternalizzazione della colpa (BE, che misura la percezione del soggetto verso il mondo esterno, di quanto lo avverta ostile e quanto reputi le altre persone responsabili dei propri problemi.
- Mancanza di pianificazione (CN) che misura la propensione alla mancanza di pia-

nificazione e la tendenza ad ignorare considerazioni prudenti, optando per soluzioni alternative.

- Influenza sociale (SOI) che misura la propensione ad essere affascinanti, attraenti e abili nell'influenzare gli altri.
- Mancanza di paura (F) che misura la mancanza di ansia anticipatoria riguardo danni fisici e l'aspirazione ad intraprendere attività rischiose.
- Immunità allo stress (STI) che misura la tendenza a mantenere la calma di fronte a stimoli ansiogeni e la mancanza di tensione sotto pressione.
- Freddezza emotiva (C) che misura l'assenza di legami e di sentimenti profondi come senso di colpa, empatia, nonché l'incapacità di mantenere nel tempo relazioni con altre persone.

COPE-NVI, uno strumento atto a misurare gli stili di coping come le Strategie di Evitamento, l'Attitudine Positiva, l'Orientamento al Problema, il Sostegno Sociale e l'Orientamento Trascendente.



4. Attivazione di gruppi di lavoro a cura della psicologa e dell'esperto di comunicazione (in contemporanea alla prosecuzione dei colloqui individuali) che hanno avuto l'obiettivo di offrire

un contesto fortemente finalizzato su una tematica specifica.

All'interno degli stessi gruppi sono state utilizzate tecniche a mediazione artistica oltre a specifiche metodologie psicologiche, educative e sociali atte al raggiungimento dell'obiettivo di prevenire eventuali recidive attraverso il potenziamento della capacità di interazione interpersonale e l'integrazione socio-lavorativa dei detenuti autori di reati di violenza.

Il potenziamento della capacità di interazione interpersonale, si è realizzato attraverso le attività dei seguenti gruppi:

- gruppo gestione del conflitto- Modalità: attività di gruppo, giochi di ruolo e visione di film. Obiettivi: gestione dello stress e della collera, identificare le fonti di stress e collera. Identificare modi di gestione appropriati.
- gruppo abilità sociali- Modalità: attività di gruppo. Obiettivi: migliorare la competenza sociale e la stima di sé, diminuire l'isolamento, migliorare le modalità di comunicazione e confronto.
- gruppo prevenzione recidiva (per i soli detenuti definitivi)- Modalità: attività di gruppo. Obiettivi: affrontare la problematica del reato attraverso la revisione critica; identificare il ciclo di aggressione e i segni precursori di un passaggio all'atto, identificare e verificare le strategie di evitamento appropriate per ciascuna delle tappe del ciclo.

I gruppi sono sin dall'inizio stati incentrati sullo sviluppo di quelle capacità personali ritenute dall'OMS essenziali per il conseguimento e per il mantenimento di una condizione di benessere

psicologico e sociali. L'assenza di queste capacità è, inoltre, considerata un importante fattore di rischio di recidiva per gli autori di reati sessuali.

La metodologia adottata prende spunto dal training esperienziale proposto da Kolb e Fry().

In ogni fase del percorso psicoeducazionale vengono svolte attività relative a singole capacità personali. In ciascuna unità del training si parte dalla presentazione di una situazione stimolo concreta a cui segue una riflessione guidata sull'esperienza vissuta, una fase informativa rispetto alla componente da potenziare, delle situazioni semi-strutturate finalizzate al consolidamento delle informazioni teoriche ricevute e un momento in cui i partecipanti forniscono un feedback relativo all'incontro.

Parallelamente alle attività psico educazionali si sono svolte attività di matrice espressiva. Le abilità/tematiche che sono già state oggetto di intervento sono, in ordine cronologico, le seguenti:

La comunicazione di qualità-Gli stili comunicativi-La comunicazione verbale e non verbale-L'ascolto attivo-La comunicazione espressiva-Le emozioni: riconoscimento, espressione e le loro determinanti.Ciascuna tematica è stata sviluppata in uno o più incontri.

5. Attività inerenti l'attivazione delle competenze lavorative a cura dell'educatore e dell'assistente sociale. Attraverso incontri individuali e di gruppo, in cui sono stati coinvolti per primi i detenuti prossimi alla scarcerazione, è stata effettuata l'analisi delle abilità e delle potenzialità personali, familiari e del contesto socio-ambientale di previsto rientro; orientamento al lavoro, preparazione di un curriculum, informazioni sulle agenzie sociale e di avviamento all'impiego ed alla formazione professionale.

E' stato effettuato un ciclo di incontri finalizzati all'introduzione al mondo del lavoro (analisi delle abilità e delle potenzialità personali, familiari e del contesto socio-ambientale di previsto rientro; orientamento al lavoro, preparazione di un curriculum, informazioni sulle agenzie sociale e di avviamento all'impiego ed alla formazione professionale).

Tenuto conto che con il termine orientamento formativo si indicano tutte quelle attività mirate a permettere agli individui di riconoscere e sviluppare le proprie attitudini, capacità e competenze, l'orientamento abbraccia quindi tutte le fasi dell'esistenza permettendo così al singolo di

operare scelte consapevoli, esercitare un controllo sulla propria vita e di realizzarsi positivamente ed efficacemente a livello personale, sociale e professionale.

Importante è stata l'attività conoscitiva dei fabbisogni e bisogni possibile grazie ad incontri laboratoriali e colloqui individuali: analisi dei fabbisogni e bisogni individuali; - laboratorio di "ri-orientamento"; - relazione con le realtà territoriali.

Si precisa che ogni attività è stata attuata in piena sinergia e coordinamento con gli operatori penitenziari, con i quali si sono condivise informazioni e aggiornamenti sull'andamento dei reciproci interventi.

Stato Dell'Arte

Attualmente si sta concludendo l'ultima fase nella Casa Circondariale di Bari e si sta procedendo all'analisi dei dati raccolti. Il progetto è in fase di attuazione nella sezione distaccata di Altamura, con parziali modifiche degli interventi, tenuto conto delle specificità del contesto di detenzione. Per l'intero progetto ci si avvale del monitoraggio dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Sezione di Criminologia e Psichiatria forense.

Bibliografia

- Giulini P., Xella C.M. (2011) *Buttare la chiave? La sfida al trattamento per gli autori di reati sessuali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Kolb D. A., Fry R. (1975), *Toward an applied theory of experiential learning*, in C. Cooper (ed.) *Theories of Group Process*, London: John Wiley
- Petrucelli I., Pedata L.T. (2008), *L'autore di reati sessuali. Valutazione, trattamento e prevenzione della recidiva*, Franco Angeli Editore, Milano
- Sica C., Magni C., Ghisi M., Altoè G., Sighinolfi C., Chiri L.R., Franceschini S. (2008) *Coping Orientation to Problems Experience (COPE- NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, (2008) 14, 1: 27- -53
- Scott O. Lilienfeld, Michelle R. Widows (2005) *PPI-R: Psychopathic personality inventory-revised/ adattamento italiano a cura di La Marca S., Berto D., Rovetto F.* (2008), Giunti O. S., Firenze

Metodologie e strumenti dello psicologo in ambito forense: una analisi preliminare

A. Bianco*, L. Cavallo**, A. Curci*, M. Dell'Olio***, I. Grattagliano°,
G. Latilla°, S. Nuzzo°, E. Soleti*

*Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione Università Aldo Moro di Bari

**Psicologa-Psicoterapeuta

***Dirigente Psicologo Asl Bt

°Dipartimento Interdisciplinare di Medicina Università degli Studi Aldo Moro di Bari

°°Psicologo-Psicoterapeuta, Giudice onorario presso il Tribunale di Bari

°°°Dirigente Psicologo Asl Lecce

Riassunto

L'ambito giuridico rappresenta uno spazio multidisciplinare complesso. Lo psicologo che opera in questo contesto, pur impiegando strumenti e metodologie proprie, in piena autonomia scientifica, è chiamato ad agire in uno spazio radicalmente diverso dal setting clinico. Il presente contributo di ricerca ha l'obiettivo di rilevare le aree di operatività degli psicologi pugliesi in ambito giuridico, gli strumenti e i metodi più largamente diffusi nella pratica professionale in tale contesto, la formazione specifica e i bisogni formativi emergenti.

Parole chiave: psicologia forense, metodologia, strumenti di valutazione, bisogni formativi

Introduzione del Presidente Dott. Antonio di Gioia

Lo psicologo che opera in ambito giuridico-forense, in bilico fra l'oggettività del sistema legale e la soggettività del sistema umano, agisce in una delicata area interdisciplinare che richiede il possesso di conoscenze peculiari per essere un buon tecnico, una chiara consapevolezza dei limiti deontologici e dei poteri di iniziativa legati al ruolo, nonché la capacità di utilizzare un linguaggio che faciliti la comprensibilità del proprio operato alla committenza.

Proprio la delicatezza e la complessità del ruolo ha stimolato la passata consiliazione a costituire il **Gruppo di studio sulla pratica professionale degli psicologi in psicologia forense**, che, nella elaborazione e attuazione di un completo programma informativo e formativo, ha previsto la realizzazione di una ricerca in merito alla pratica professionale degli psicologi in ambito forense.

La ricerca è stata finalizzata all'individuazione

di buone prassi nell'attività professionale e alla programmazione di interventi che rispondano alle esigenze di formazione specialistica.

Il Gruppo di studio e di ricerca ha elaborato un questionario di rilevazione dal titolo **“Metodologie e strumenti dello Psicologo in ambito forense”**, con l'obiettivo di acquisire informazioni su metodi e strumenti maggiormente impiegati dagli psicologi che operano in ambito civile, penale e canonico, il cui lavoro conclusivo è di seguito presentato a cura dalla dott.ssa L. Cavallo, in collaborazione con gli altri componenti del gruppo di studio e di ricerca, dott.ssa A. Bianco, prof.ssa A. Curci, dott.ssa M. Dell'Olio, prof. I. Grattagliano, dott. G. Latilla, dott. S. Nuzzo, dott.ssa E. Soleti.

La presente ricerca si inserisce in un percorso di continuità che, in qualità di Presidente di questo Ordine degli psicologi della Puglia, ho inteso perseguire in collaborazione con tutti i consiglieri, partendo dalla costituzione, nel 2014, della Commissione di Psicologia Forense coordinata dalla Dott.ssa Emanuela Soleti, promotrice del convegno *“Dalla consulenza psicoforense al trattamento degli offender: questioni di metodo”* tenutosi a Bari il 17 novembre 2015.

La commissione, inoltre, incentiva il proprio cammino progettuale attraverso la collaborazione con altri gruppi di lavoro composti da psicologi esperti nell'ambito della psicologia giuridica e forense, al fine di consolidare il ruolo e le funzioni tradizionali e non dello psicologo, in una prospettiva di alta qualificazione della psicologia giuridica, quale, ad esempio, la produzione di linee guida che possano promuovere l'identità professionale dello psicologo con un percorso specialistico in Psicologia Giuridica e Forense.

Introduzione

Nel panorama della letteratura italiana sono presenti diversi studi sull'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici in ambito forense, sembrano invece mancare dei lavori sulla metodologia e sull'uso degli strumenti in senso più ampio. La presente rilevazione intende mettere in luce le metodologie e gli strumenti che lo psicologo utilizza nella sua pratica forense e quale è la sua formazione in tale ambito.

Metodo

Il gruppo di ricerca in psicologia forense costituitosi nell'ambito dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia nel 2012, ha elaborato un questionario di rilevazione sugli ambiti e le relative metodologie e strumenti impiegati nelle valutazioni psicologiche forensi con l'intento di descrivere le prassi operative e di definire più chiaramente il ruolo degli psicologi in tale ambito d'intervento. Il questionario, costituito da domande a risposta aperta e domande a risposta chiusa, è stato suddiviso in 6 sezioni al fine di consentire una maggiore accuratezza nella raccolta delle informazioni.

La sezione A raccoglie dati socio demografici e informazioni circa la formazione professionale in ambito forense, la sezione B rileva le tipologie di incarico svolte nei diversi ambiti della psicologia forense, le sezioni C e D indagano rispettivamente la metodologia e gli strumenti psicodiagnostici utilizzati in ambito forense, la sezione E rileva il giudizio sui rapporti tra professionisti in ambito forense ed infine la sezione F invece ha lo scopo di rilevare i bisogni formativi in questo ambito.

Il questionario, compilato in maniera anonima, accompagnato da una lettera di presentazione i cui si spiegava l'obiettivo della rilevazione, è stato inviato tramite mail agli iscritti all'Ordine degli Psicologi Puglia. Su un totale di 3039 soggetti contattati, sono stati compilati, nel periodo luglio 2012-gennaio 2013, 405 questionari; di questi 18 sono stati esclusi dall'analisi dei dati poiché incompleti.

Risultato

Commento sezione A: dati sociodemografici

Il campione è costituito prevalentemente da

donne (87,6%); l'età media è pari a 36.02 anni ($DS_{età}=9,4$; età minima 24 anni - età massima 62anni). Il 58,7% dei rispondenti ha tra i 24 e i 34 anni. Il 69,9% del campione risulta essere laureato tra il 2001 e il 2010. Tra i rispondenti 162 soggetti hanno conseguito una specializzazione quadriennale.

Nel grafico n° 1 sono riportate le percentuali inerenti la posizione lavorativa del campione.

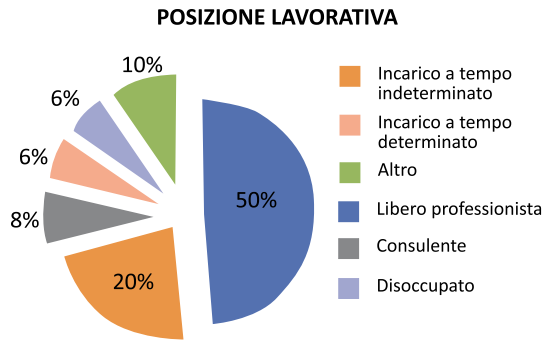


Grafico 1: Posizione lavorativa ricoperta

Per quanto riguarda la formazione in ambito forense nel Grafico n°2 sono riportate in tabella le percentuali.

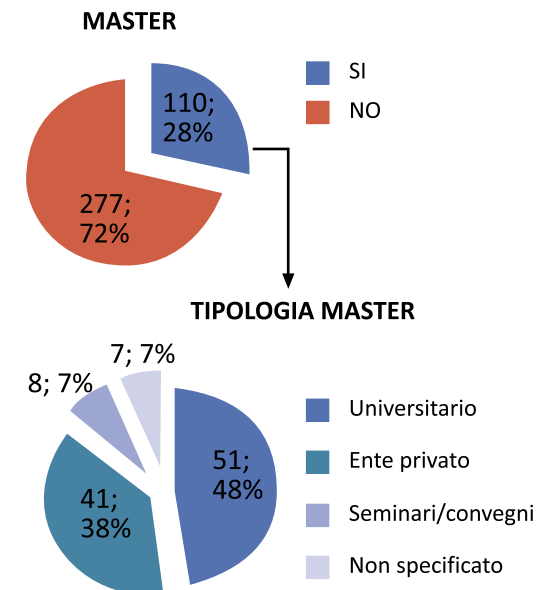


Grafico 2: Formazione post universitaria in ambito forense

Su 381 rispondenti, 22 professionisti hanno pubblicato articoli inerenti la psicologia forense, in particolare tra questi il 63.6% presso riviste del settore. Il 4.9% del campione ha dichiarato di far parte di un gruppo di studio sulla psicologia forense. Nel 46.2% dei casi tali gruppi sono attivi in ambito universitario. Il 4.4% del campione dichiara di ricoprire o di aver ricoperto incarichi di formazione nell'ambito della psicologia forense.

Commento sezione B: esperienze professionali in ambito forense

Nella sezione B veniva chiesto ai partecipanti di rispondere in merito agli incarichi ricoperti in ambito forense. Da un punto di vista sociodemografico il campione è costituito da 101 (87.8%) soggetti di genere femminile e 14 (12.2%), soggetti di genere maschile. L'età media è di 39.20 anni (ds 9,75); l'età minima è 25 anni, l'età massima 62. Il 37.4% del campione ha una età compresa tra i 25-34 anni, il 31.6% tra i 35 e i 44 anni, il 21.9% tra i 45 e i 54 anni, l'8.8% uguale o maggiore a 55 anni. Di questi 115 soggetti il 47% ha dichiarato di aver frequentato un master in ambito forense, il restante 53% non ha una formazione specifica in tale settore. Per quanto riguarda la posizione lavorativa il 55% dei rispondenti che ha esperienze professionali in ambito forense, è libero professionista; il 25% ha un incarico a tempo indeterminato, l'8% svolge incarichi di consulente.

Dei 115 soggetti, il 12,5% (n=48) del campione attualmente ricopre un incarico in ambito forense: tra questi il 15,9% (n=7) da meno di un anno, il 56,8% (n=25) svolge tale attività da 1-5 anni, l'11,4% (n=5) da 6-10 anni e il 15,9% (n=7) da più di 10 anni, 4 soggetti non hanno specificato la durata del loro incarico.

Relativamente agli incarichi di consulenza il campione, potendo segnare più di una risposta per i diversi ambiti, ha così risposto:

- 40 hanno svolto incarichi per il Tribunale/ Procura della Repubblica,
- 9 per la Corte d'Appello
- 10 per la Corte d'Appello sezione Minorile.

Nessuno tra i rispondenti ha riferito di svolgere incarichi presso il Tribunale di Sorveglianza.

Per quanto riguarda il Tribunale/Procura della

Repubblica, emerge che il 43,2% dei rispondenti svolge incarichi in ambito civile, il 40.55% sia in ambito civile che penale, il 5.40% solo in ambito penale, mentre il 2.70 % in ambito civile e canonico, l'8.10% in ambito civile/canonico/penale.

I soggetti che svolgono incarichi presso la Corte d'Appello lavorano prevalentemente (62.5%) in ambito penale, contro il 12.5% che lavora in ambito civile e il 25% che ricopre entrambi gli ambiti.

Presso la Corte d'Appello sez. Minorile la maggior parte dei soggetti (60%) svolge incarichi in ambito penale, il 30% in ambito civile /penale, il 10% in ambito civile.

Le percentuali di risposta per i relativi ambiti vengono di seguito riassunti:

AMBITO	Tribunale/ Procura della Repubblica (n=40)	Corte d'Appello (n=9)	Corte d'Appello sez. Minorile (n=10)
Civile	43.25%	12.5%	10%
Civile/Penale	40.55%	25%	30%
Penale	5.40%	62.5%	60%
Civile/Canonico	2.70%	-	-
Civile/Canonico/ Penale	8.10%	-	-
Totale	100%	100%	100%

Le percentuali riferite alla tipologia di ruolo per ciascun ambito vengono di seguito riportate:

Ruolo	Tribunale/ Procura della Repubblica	Corte d'Appello	Corte d'Appello sezione Minorile	Tribunale di Sorveglianza
CTU/PERITO	36.1%	28.6%	42.8%	NR
CTP	19.4%	42.8%	28.6%	NR
CTU/PERITO +CTP	44.5%	28.6%	28.6%	NR

Nell'ambito della sezione B veniva inoltre chiesto ai partecipanti di indicare se negli ultimi 5 anni avessero svolto altre tipologie in ambito forense.

Su 387 soggetti, 98 (25.32%) hanno risposto affermativamente a questa domanda indicando più di una risposta tra quelle proposte

Va precisato che nell'ambito di tale gruppo, il

31,63% (31 soggetti) aveva indicato di ricoprire anche incarichi in qualità di CTU/CTP.

Nella tabella viene riportato il numero di soggetti per ciascun incarico:

TIPOLOGIA DI INCARICO	N° SS
Ausiliario di PG	10
Ausiliario di CTU	30
Giudice Onorario	13
Consulente presso strutture penitenziarie intra e extracarcerarie	12
Consulente presso Polizia di Stato	4
Consulente presso Carabinieri	4
Consulente presso Guardia di Finanza	1
Consulente presso Esercito	1
Consulente presso studio legale	26
Formatore	9
Collaborazioni con altri professionisti	27
Altro	16

Commento sezione C: metodologia utilizzata

Nella sezione C veniva chiesto ai partecipanti di rispondere in merito alla metodologia impiegata in ambito forense. Il campione esaminato è costituito dai soggetti che avevano indicato di ricoprire incarichi in psicologia forense attualmente e/o di aver ricoperto altro incarico negli ultimi 5 anni (totale 115 soggetti) i quali hanno fornito anche più di una risposta.

Nella tabella sottostante vengono riportati il numero di soggetti per ciascuna metodologia rispetto agli ambiti di applicazione.

	CIVILE	PENALE	MINORILE	CANONICO	TOT.
Colloquio clinico	30	21	22	4	77
Incontri con la famiglia	22	12	22	3	59
Esame documentazione clinica	26	16	19	3	64
Test psicodiagnostici	29	19	22	4	74
Raccolta anamnesi personale	31	21	20	3	75
Raccolta dato storico clinico	27	17	19	3	66
Raccolta anamnesi famigliare	25	13	20	2	60
Indagini ambientali	17	6	14	NR	37
Esame fascicoli giudiziari, rapporti polizia/ carabinieri	26	23	22	NR	71
Esame documentazione prodotta da servizi o altri colleghi	27	23	23	2	75
Osservazione strutturata o semistrutturata	15	11	15	1	42

Relativamente a coloro che si occupano di psicologia forense in ambito civile (34 soggetti) è emerso che in media vengono utilizzate 8,11 strumenti/procedure (ds 2,84) su 11 proposti nel questionario. Quelli meno utilizzati dal campione sembrano essere gli incontri con la famiglia, le indagini ambientali, l'osservazione strutturata o semistrutturata.

Nell'ambito penale i soggetti (29) hanno indicato l'utilizzo di 6,44 strumenti/procedure (ds 3,21) su 11 strumenti/procedure proposti. La procedura più utilizzata sembra essere l'esame dei fascicoli giudiziari, rapporti di polizia, l'esame della documentazione proveniente da altri servizi, il colloquio clinico e l'anamnesi personale.

Per quanto riguarda gli incarichi in ambito minorile i 25 soggetti che hanno fornito una risposta utilizzano mediamente 8,32 strumenti/procedure (ds=3,10). Le procedure più utilizzate sono: colloquio clinico, incontri con la famiglia, test psicodiagnostici, esame documentazione prodotta da servizi o altri colleghi.

Per quanto riguarda gli incarichi in ambito canonico i 5 soggetti che hanno fornito una risposta utilizzano mediamente 5 strumenti/procedure (Deviazione Standard 2,52) su 11 proposti. I più utilizzati sono colloquio clinico e test psicodiagnostici. Non emerge nessuna risposta per indagini ambientali e esame fascicoli giudiziari, rapporti di polizia, carabinieri, forze dell'ordine, dato in linea con la tipologia di incarico.

Suddividendo il campione di 115 soggetti in base alla frequenza (n=54) o meno (n=61) di un master in psicologia forense, e incrociando tale dato con il numero di procedure utilizzato in ciascun ambito emerge che la frequenza di un master si associa ad un maggior numero di procedure.

Commento sezione D: strumenti utilizzati

La sezione D del questionario aveva lo scopo di rilevare gli strumenti psicodiagnostici maggiormente utilizzati dai colleghi in ambito forense.

Di seguito si riporta in tabella il numero e la percentuale di soggetti (campione 115) che hanno fornito una risposta per ciascun ambito:

AMBITO CIVILE		
AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO	9	7.8%
INTERDIZIONE	9	7.8%
INABILITAZIONE	6	5.2%
IMPUGNAZIONE DI UN ATTO	2	1.7%
AFFIDAMENTO DI MINORI IN CASO DI SEPARAZIONE GIUDIZIALE	24	20.9%
AFFIDAMENTO E ADOZIONE DI MINORI IN STATO DI ABBANDONO	10	8.7%
COMPETENZA GENITORIALI	20	17.4%
DANNO BIOLOGICO DI NATURA PSICHICA	13	11.3%
IDENTITA' PSICOSESSUALE	5	4.3%
MALATTIE PROFESSIONALI	6	5.2%
INVALIDITA' PENSIONABILE	3	.6%
INVALIDITA' CIVILE	4	.5%
INFORTUNI SUL LAVORO	2	1.7%
ALTRO	2	1.7%

AMBITO PENALE		
IMPUTABILITA'	7	6.1
PERICOLOSITA' SOCIALE	8	7
CAPACITA' DI TESTIMONIARE	11	9.5
CAPACITA' DI STARE IN GIUDIZIO	7	6.1
CIRCONVENZIONE DI INCAPACE	3	2.6
STALKING	4	3.5
ABUSO E TRASCURATEZZA	8	7
MINORE (IMPUTABILITA'-PERICOLOSITA' SOCIALE)	6	5.2
MOBBING	6	5.2
ALTRO	1	0.9

AMBITO CANONICO		
	N°	%
IMPOTENTIA COEUNDI	1	0.9
INSUFFICIENTE USO DI RAGIONE	2	1.7
GRAVE DIFETTO DI DISCREZIONE DI GIUDIZIO CIRCA I RECIPROCI DIRITTI/DOVERI MATRIMONIALI	2	1.7
INCAPACITA' DI ASSUMERE E MANTENERE GLI ONERI CONIUGALI PER CAUSA DI NATURA PSICHICA	3	2.6
ALTRO	0	

Dall'analisi dei dati emerge che l'ambito che ha ricevuto maggior numero di risposte è l'ambito civile in particolare l'area che riguarda l'affidamento di minori in caso di separazione giudiziale e l'area che riguarda la valutazione delle competenze genitoriali. In ambito penale la maggior parte dei rispondenti si occupa di valutazioni che riguardano la capacità di testimoniare.

Rispetto all' tipologia di test psicodiagnostici (cfr Grafico 3) emerge che i test più utilizzati sono: l'MMPI-2 in 135 casi, il Rorschach in 84 casi, e la WAIS-R in 50 casi, a prescindere dall'ambito di applicazione e le rispettive aree. Si rileva inoltre che in quasi tutti i casi i rispondenti utilizzano una batteria di test costituita minimo da due test.

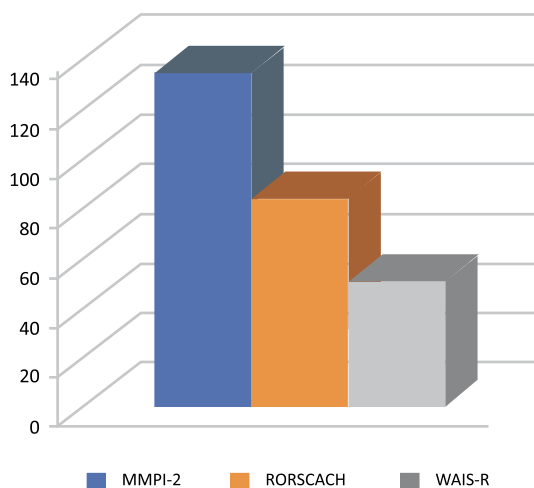


Grafico 3: strumenti psicodiagnostici maggiormente utilizzati

Sezione E: rapporto tra professionisti

Nella sezione E veniva chiesto di esprimere un giudizio sulla qualità dei rapporti tra le diverse figure professionali su una scala da "0" del tutto insoddisfacenti a "5" del tutto soddisfacenti.

Su 115 soggetti mediamente hanno fornito una risposta agli item di questa sezione 43 soggetti.

Conclusioni

Hanno partecipato alla ricerca il 12.73% degli iscritti. Circa il 30% dei rispondenti svolge un in-

DEL TUTTO INSODDISFACENTI....DEL TUTTO SODDISFACENTI

	0	1	2	3	4	5	NR
AVVOCATO		4 8.5%	5 10.6%	17 36.2%	15 31.9%	4 8.5%	2 4.3%
GIUDICE		1 2.2%	3 6.7%	10 22.2%	14 31.1%	10 22.2%	7 15.6%
FORZE DELL'ORDINE		1 2.4%	5 11.9%	7 16.7%	11 26.2%	4 9.5%	14 33.3%
PSICOLOGO	1 2.3%	1 2.3%	5 11.6%	12 27.9%	17 39.5%	5 11.6%	2 4.7%
ASSISTENTE SOCIALE		2 4.5%	7 15.9%	12 27.3%	14 31.8%	4 9.1%	5 11.4%
MEDICO	1 2.3%	2 4.7%	4 9.35	11 25.6%	10 23.3%	5 11.6%	10 23.3%
PUBBLICO MINISTERO		3 7.3%	1 2.4%	3 7.3%	15 36.6%	3 7.3%	16 39%

carico in ambito forense, in particolare:

- 31 (27%) soggetti svolgono solo incarichi di CTU/Perito-CTP,
- 67 (58%) soggetti svolgono altre tipologie di incarico (ausiliario di CTU, collaborazioni con altri professionisti sono gli incarichi più diffusi tra i colleghi)
- 17 (25%) soggetti svolgono sia incarichi di CTP/CTU Perito che altre tipologie.

La maggior parte dei rispondenti svolge il proprio incarico in ambito civile.

Nell'ambito civile vengono indicate il maggior numero di procedure utilizzate (8 su 11 elencate).

Per quanto concerne l'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici l'ambito che ha ricevuto un maggior numero di risposte è l'ambito civile in particolare l'area che riguarda l'affidamento di minori in caso di separazione giudiziale e l'area che riguarda la valutazione delle competenze genitoriali, si evidenzia in queste aree una maggiore specificità nell'utilizzo di test rispetto alle altre aree.

Rispetto alla tipologia di test utilizzati emerge che l'MMPI-2, il RORSCHACH e la WAIS-R sono i test più utilizzati a prescindere dall'ambito di applicazione (civile-penale-canonico) e le rispettive aree.

Si evince un utilizzo integrato dei test nelle

valutazioni psicodiagnostiche nella maggior parte dei casi.

Bibliografia

- Amerio, L. e Grattagliano, I. (2007). Quali test psicodiagnostici nelle consulenze in ambito civile?. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n.6, 1227-1246.
- Robert P. Archer, et al. (2006). A Survey of Psychological Test Use Patterns Among Forensic Psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 84-94.
- Borum, R., e Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 465-473.
- Borum, R., e Grisso, T. (1996). Establishing standards for criminal forensic reports: An empirical analysis. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 24, 297-317.
- Catanesi, R., e Martino, V. (2006). Verso una psichiatria forense basata su evidenze. *Rivista Italiana Di Medicina Legale*, XXVIII, n.6, 1011-1065.
- Ferracuti, F. (2008). *I test mentali in Psicologia Giuridica e Forense*. Ed. Centro Scientifico Editore.
- Fornari, U. (2013). *Trattato di Psichiatria Forense*. UTET.
- Gullotta, G. (2011). *Compendio di psicologia giuridico forense, criminale e investigativa*. Milano Ed. Giuffrè.
- Gulotta, G., e Curci, A. (2010). *Mente società e diritto*. Milano Ed. Giuffrè.

Affettività e legami in Adolescenza: un'indagine qualitativa su brani musicali

Ornella Delcuratolo*, Marianna Matera*, Valentina Padolecchia*, Luigi Perrone*,
Virginia Quaranta*, Mario Varvara*, Anna Maria Cassano**, Pasquale Chianura***

*Psicologo/a, Specializzando/a Istituto Metafora Bari .

**Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta Istituto Metafora, Bari

***Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Istituto Metafora Bari - Centro Ricerca E Terapia Della Famiglia, Del Bambino E Dell'adolescente, Bari

Riassunto

L'adolescenza è la fase della vita in cui si rincorre l'amore con maggiore trasporto. E' a quest'età che lo si scopre realmente. I primi amori vengono vissuti talvolta con intensità, pienezza e idealizzazione della persona amata, ma anche con sofferenza per i momenti di crisi o per la fine del grande amore. L'innamoramento favorisce, in questa tappa evolutiva, l'approfondimento della conoscenza di sé e degli altri e lo sviluppo delle proprie potenzialità relazionali. Tale esperienza totalizzante avvia il processo di svincolo dalla propria famiglia e funge da catalizzatore delle relazioni con il mondo esterno. L'amore è una relazione a due nella quale appare centrale il rispetto per l'altro e l'accettazione delle reciproche diversità ed entrambi i partner coinvolti sono in grado di dare e di ricevere. È un rapporto paritario e non competitivo, caratterizzato da solidarietà e compartecipazione.

Parole chiave: *adolescenza, legami d'amore, dipendenza, musica, analisi qualitativa.*

In ogni rapporto affettivo è presente una componente di dipendenza che può essere definita sana, ma se diventa un "legame che stringe" o una "dolorosa ossessione", l'amore può trasformarsi in un'abitudine a soffrire fino a esitare in una vera e propria dipendenza.

Se si pensa alla precarietà delle istituzioni relazionali tradizionali, urge il bisogno di una relazione simbiotica che dia l'illusione di protezione e cura da parte dell'altro. Pur trattandosi di un fenomeno articolato e complesso, ancora oggi di difficile connotazione, la dipendenza affettiva sembra costituire, dal punto di vista clinico, un quadro psicopatologico in cui il rapporto d'amore è vissuto come condizione stessa della propria esistenza (Sussman, 2010). Essa si caratterizza per

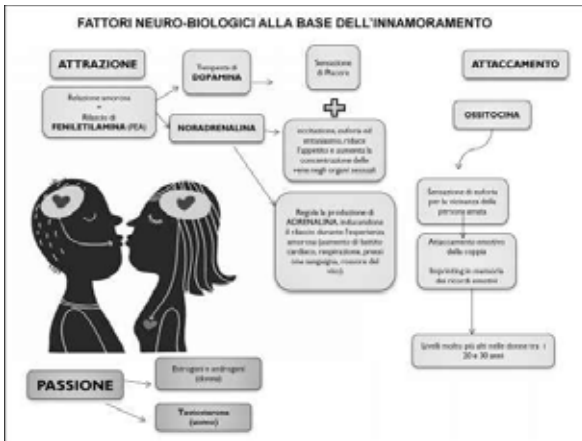


l'assoluta dedizione all'altro e la progressiva riduzione dei propri spazi di indipendenza, nonché per la perdita di interesse per ciò che non riguarda l'oggetto d'amore, fino allo sviluppo di sintomatologie ansioso-depressive e idee ossessive.

Più variabili interagiscono nella gestione delle relazioni e dell'affettività. Per meglio comprendere origini e distorsioni di un sentimento complesso come l'amore, dovremmo considerarlo nella sua processualità bio-psico-sociale e analizzarlo da diverse angolazioni.

Fattori biologici

Quando ci innamoriamo si attiva una vera e propria tempesta di ormoni e neurotrasmettitori responsabili delle sensazioni fisiche e dei comportamenti che mettiamo in atto nelle diverse fasi del rapporto, ovvero Attrazione, Passione e Attaccamento. Alla luce dei più recenti studi e dati di neuroimaging, i meccanismi neurofisiologici e i circuiti neurali coinvolti nell'innamoramento sarebbero simili a quelli alla base delle dipenden-



Sviluppo relazionale

Il nostro modo di vivere l'affettività è frutto dei processi di interiorizzazione dei rapporti con le figure d'accudimento che, come in una sorta di imprinting intergenerazionale, influenzano in modo consistente le relazioni affettive future. Una responsività inadeguata del caregiver comporta lo sviluppo di un Attaccamento Insecure nell'infanzia e la costruzione di Modelli Operativi Interni rigidi, basati su conoscenze distorte di sé e dell'altro, difficili da modificare. La strategia difensiva che viene messa in atto in tali circostanze comporta una minimizzazione o, al contrario, un'iperattivazione del bisogno di attaccamento. Questo atteggiamento si protrae in età adulta, caratterizzandosi per stili relazionali insicuri (distanziante o preoccupato) che derivano da quelli infantili. Ciò si traduce, nel corso dello sviluppo, nell'implementazione di strategie Esternalizzanti ed Internalizzanti che possono esitare in vere e proprie psicopatologie.

ze da sostanze. In entrambi i fenomeni, infatti, si assiste ad un'iperattivazione dell'Area Ventrale Tegmentale, dello striato ventrale (Nucleo Accumbens) e della Corteccia Prefrontale e ad una compromissione dei processi decisionali. In termini neurobiologici, quindi, il processo alla base dell'innamoramento è molto simile a quello della fame, della sete o al desiderio di droga da parte di un tossicodipendente. Nei soggetti dipendenti si riscontra una sopravvalutazione dell'oggetto del desiderio che si tramuta in un vero e proprio bisogno, percepito come vitale. Il controllo corticale, divenuto insufficiente per tenere conto del contesto e delle conseguenze, invia al cervello informazioni imperiose che corrispondono ad un impulso incontrollabile.

Gli adolescenti, sfruttando ai massimi livelli l'area prefrontale (associata all'impulsività) per svolgere processi di pensiero anche semplici, hanno più difficoltà a gestire situazioni impreviste o particolarmente stressanti, poiché le risorse della stessa corteccia prefrontale potrebbero esaurirsi rapidamente. Questo aspetto spiegherebbe lo scarso controllo degli impulsi tipico di questa età e, di conseguenza, la maggiore tendenza ad esporsi a situazioni rischiose e a vivere le relazioni amoroze con modalità assimilabili alla love addiction.

Fattori psicologici

L'amore si esplica sempre in un contesto relazionale e coinvolge aspetti strutturali della personalità, come il senso di sé (l'identità) e la sfera emozionale. Pertanto, due aspetti inestricabilmente legati tra loro sono lo sviluppo relazionale, a partire dalle prime relazioni significative, e lo sviluppo emotivo.

Nel caso di attaccamento evitante, il bambino tende a sviluppare strategie alternative di distanziamento e inibizione dell'espressione emotiva, per ridurre la frustrazione data dall'indisponibilità della figura di attaccamento ed aumentare il senso di sicurezza. Tale strategia può diventare col tempo un meccanismo anticipatorio che sposta l'attenzione del bambino dagli stimoli in grado di attivare l'attaccamento verso gli oggetti inanimati, consentendogli di mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza "accettabile" con il caregiver.

Nel caso di attaccamento ambivalente, invece, l'imprevedibilità della risposta favorisce l'emergere di espressioni emozionali esagerate.

Tuttavia, l'attaccamento insicuro, sebbene rappresenti un fattore importante, è aspecifico per l'aumento del rischio di numerose forme di disagio in situazioni in cui siano presenti altri fattori di rischio (contesto familiare e sociale poco supportivo, esperienze cumulative di disadattamento successive ai primi anni di vita).

Sviluppo emotivo

Attraverso la capacità di autoregolazione affettiva, l'individuo è in grado di esperire ed esprimere le proprie emozioni, regolandone la loro intensità anche a fronte di stimoli particolari, quali

eventi nuovi o stressanti.

Il sistema di regolazione affettiva è un sistema interattivo che si sviluppa secondo una successione temporale ben definita: dalla regolazione diadica delle emozioni (il bambino insieme al caregiver impara a modulare anche gli affetti più disturbanti) alla graduale interiorizzazione di tale competenza, fino alla capacità di autoregolazione delle emozioni. Se in questo processo di sviluppo non è stato possibile introiettare tale funzione, se il nutrimento affettivo e relazionale è stato carente, insufficiente o avvelenato, l'unica strada possibile è quella di trovare fuori da sé un mezzo per sopravvivere ad un'ondata emotiva travolgente, di fronte alla quale l'individuo sente di non avere argini sufficientemente forti. Si rivolgerà quindi ad un "oggetto" esterno (alcol, droghe ...) o ad un'altra persona, perpetuando così la strategia disfunzionale appresa.

Pattern familiari

Altro fattore influente, e spesso sottovalutato, nel prefigurare traiettorie di sviluppo più o meno favorevoli nella giovane generazione alle prese con la transizione alla vita adulta, è il rapporto con la famiglia di origine e con la storia familiare. La famiglia costituisce una sfera privata in cui l'individuo apprende i suoi pattern di comportamento e quel repertorio di emozioni necessario ad interesse le proprie trame relazionali. I compiti di sviluppo non risolti della coppia coniugale possono riverberare delle difficoltà nell'area genitoriale, pertanto spesso avviene che alcuni bisogni affettivi del sottosistema filiale vengano disattesi, elusi, squalificati. Il senso di inadeguatezza e di evanescenza del legame di accudimento può portare i figli a cercare relazioni affettive non equilibrate,



in cui si pongono in una condizione di dipendenza rispetto all'altro.

La condivisione, il rispecchiamento emotivo e l'esperienza di sicurezza nell'ambiente familiare hanno pertanto un'influenza decisiva sullo sviluppo affettivo del bambino e sulle sue rappresentazioni del sé e dell'oggetto. Il Sé viene ad essere in parte costituito proprio attraverso le interazioni con l'ambiente sociale (Fonagy&Target, 2001). Ciò è ancor più vero in adolescenza, quando inizia il processo di svincolo e i modelli di riferimento sociale sono promossi principalmente dal gruppo dei pari e dai media e sono spesso incarnati da personaggi dello "star system" e dai social network.

Fattori socio-culturali

Nel saggio "Amore liquido" Zygmunt Bauman riflette sulla sorte delle relazioni umane nella modernità liquida, quella fase dell'età contemporanea che si caratterizza per lo stato mutevole e instabile di ogni sua forma organizzativa. Secondo il sociologo polacco, il comportamento umano, incluso quello amoroso, è una costruzione storica, legata alla cultura e alle esigenze sociali del tempo in cui si vive. Una cultura consumistica come quella attuale sarebbe sfavorevole all'amore, mentre celebra l'istante e la soddisfazione immediata, ottenuta prima ancora di desiderare. Tuttavia, si decide ancora di investire nelle relazioni, cercando prima di tutto sicurezza, «una mano nel momento del bisogno, un sostegno nel dolore, compagnia nella solitudine, soccorso nei guai, consolazione nella sconfitta e plauso nella vittoria».

Indagine qualitativa

A partire da queste considerazioni, ci siamo chiesti come la società influenzi la rappresentazione dei legami amorosi, soprattutto in adolescenza, quando si consolida la propria dimensione relazionale.

Il presente lavoro nasce da un'indagine qualitativa sui modelli relazionali proposti dai media, con particolare attenzione alla musica ascoltata dai teenager. L'ascolto attento della musica permette all'individuo di sospendere temporaneamente lo stato di attivazione ed il controllo delle proprie emozioni tipico dello stato di veglia, similmente a quanto accade nel sogno o nell'ipnosi.

Se è vero che le canzoni contengono lampi di

biografie e sono un altro modo di raccontare una storia, l'ascoltatore partecipa emotivamente alla vicenda narrata attraverso:

la proiezione, che gli consente di spostare all'esterno qualità, desideri e sentimenti che egli non riconosce o rifiuta

l'identificazione, ovvero l'assimilazione di attributi, valori e caratteristiche dei personaggi.

Il soggetto, abbandonandosi così ai processi psichici innescati dal brano, soddisfa impulsi che la realtà non ammette. In questo modo divengono possibili effetti di tipo catartico e suggestivo. Per l'effetto catartico, egli sperimenta un appagamento psichico del desiderio. Per l'effetto suggestivo, egli è indotto ad accettare più facilmente i modelli relazionali proposti nel brano, la cui ricerca potrebbe riproporsi, in forme differenti, anche nella vita reale.

Con l'intento di comprendere cosa ascoltano gli adolescenti italiani e verificare se nelle rappresentazioni d'amore proposte nei testi delle canzoni da loro preferite fossero presenti elementi di dipendenza, abbiamo svolto un'indagine qualitativa su un campione di 269 testi di canzoni italiane e straniere, tratte dalle classifiche dell'anno 2014-2015 e pubblicate da 16 siti nazionali specializzati in musica (MTV, I-tunes, Spotify ...).

Metodologia e strumenti

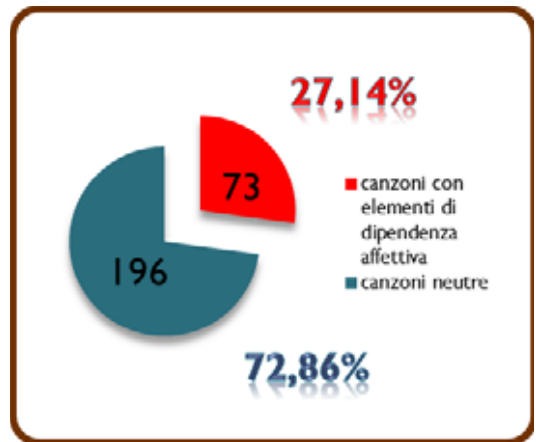
Assemblate le classifiche in un unico elenco, sono stati analizzati tutti i testi musicali. Per ogni testo musicale è stata effettuata un'accurata lettura e analisi qualitativa dei contenuti da parte di due valutatori indipendenti (doppio cieco), attraverso uno strumento creato appositamente, al fine di selezionare i brani contenenti almeno tre frasi che propongono l'idea di un amore con tratti di dipendenza dalla persona amata (cut off: ≥ 3 frasi).

Su 73 brani individuati è stata effettuata un'ulteriore analisi qualitativa, usufruendo di una griglia di valutazione costruita ad hoc sulla base delle caratteristiche della Love Addiction, così come definite da Giddens (1995): "ebbrezza", "tolleranza", "astinenza", "incapacità di controllare il proprio comportamento", "perdita dell'io", "paura ossessiva di perdere la persona amata".

Alcuni esempi:

Ebbrezza

lo ti guardo e perdo il fiato; quando tu mi guar-



di mi sobbalza il cuore [...] Tu mi guardi e mi porti in un'altra dimensione (Bailando, E. Iglesias) / Mi stai portando in alto, dove non sono mai stata prima, mi trattengo, voglio solo urlare, dammene di più tu sei solo un nascondiglio, solo un'emozione hai lasciato fuggire il mio cuore, al di là del significato [...] tu mi mandi un brivido e la spina dorsale che potrebbe traballare (Hideaway, Kiesza)

Tolleranza

Non è mai abbastanza, no non è mai abbastanza [...] mi convinci che di te non ne avrò mai abbastanza (Non è mai abbastanza, Modà)

Astinenza

Perché è di me che hai bisogno ed io ho bisogno di te (Come una favola, Raf) / Dimmi perché quando penso, penso solo a te, dimmi perché quando amo, amo solo te, dimmi perché quando vivo, vivo solo in te (Grande amore, Il Volo).

Incapacità di controllare il proprio comportamento

Non mi capisco perdo il controllo faccio paura addirittura anche a me stesso (Dimmelo, Modà)

Perdita dell'io

Si io sarò la tua donna, sì sarò la tua bambina, sì io sono tutto quello che mi dirai quando sarai pronto (David Guetta, Hey Mama)

Paura ossessiva di perdere la persona amata

Lasciarti sempre in allerta a chiederti, "Oddio, chi è?". Io mi ubriaco di gelosia ma tu tornerai indietro ogni volta dopo essertene andato perché tesoro, sono un incubo vestito da sogno (Blank Space, Taylor Swift)

Da un successivo confronto è emersa una concordanza molto alta tra i due valutatori (98%)

sull'assegnazione dell'etichetta ad ogni frase ritenuta saliente ai fini dell'indagine.

I dati raccolti sono stati inseriti in un grafico che mostra la percentuale di canzoni che evocano un'idea di amore come dipendenza, nutrimento, fonte di vita.

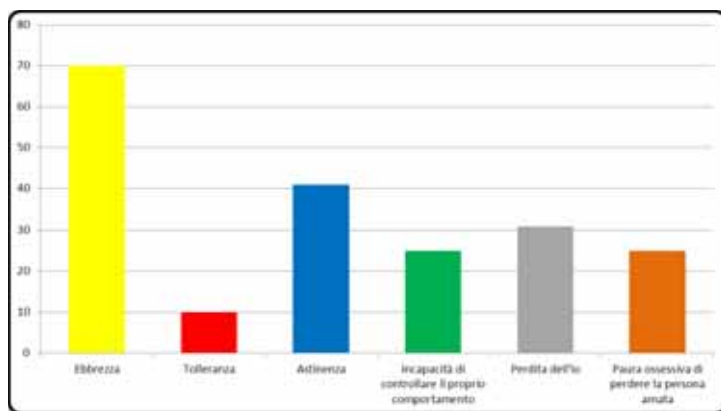
I risultati mostrano che l'“ebbrezza” e l'“astinenza”, vissuti psicologici centrali nella Love Addiction, sono le tematiche maggiormente ricercate nei brani ascoltati dai teenager.

In linea con l'ipotesi secondo cui gli adolescenti avrebbero una rappresentazione dei legami d'amore con caratteristiche di dipendenza, tali vissuti emotivi sono rintracciabili in tutte le forme di addiction:

- l'ebbrezza può essere facilmente correlata alla sensazione di gratificazione che un tossicodipendente vive in seguito all'assunzione della sostanza psicotropa;
- l'astinenza nella relazione amorosa è, invece, sovrapponibile allo stato depressivo e agitato presente nelle crisi di astinenza da sostanze.

Considerazioni conclusive

La musica è uno strumento utilizzato per veicolare emozioni e significati, che sappiamo essere davvero presente e quasi indispensabile nella vita degli adolescenti contemporanei, così detti “generazione always on line”. Nella presente indagine qualitativa abbiamo constatato quanto sia alta la percentuale di testi musicali in cui vi è una rappresentazione dell'amore connotato piuttosto che sul continuum sulla dicotomia “gratificazione/perdita” dell'Altro. Sarebbe quindi interessante comprendere quale e quanta ricaduta possa avere sugli adolescenti tale rappresentazione del legame amoroso. Abbiamo rilevato quindi che i temi musicali più proposti risultano legati alle peculiarità biologiche, psicologiche e socio-culturali che contribuiscono al percorso di costruzione del Sé. Per i clinici, per gli educatori, per gli adulti in genere, pensiamo quindi che altri possano essere i modi di conoscere gli adolescenti e di “ascoltarli”, forse anche attraverso la musica che essi stessi ascoltano.



Bibliografia

- Ammanniti, A. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Baldascini, L.(1993). *Vita da adolescenti*, Franco Angeli, Milano.
- Bauman, Z. (2006). *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Editori Laterza.
- Bonino, S. (1999). Il rischio nell'adolescenza: tra sesso e affetti, in *Psicologia Contemporanea* (153), 20-27.
- Bonino, S. (1999). Il rischio nell'adolescenza: tra volante e ottovolante, in *Psicologia Contemporanea* (154), 18-25.
- Fonagy, P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina.
- Lingiardi, V. (2005). *Personalità dipendente e dipendenza relazionale: aspetti diagnostici, descrittivi e dinamici*, in Caretti V., La Barbera D., *Le dipendenze*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Giddens, A. (1995). *La trasformazione dell'intimità*, Il Mulino, Bologna.
- Pietropoli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pietropoli, C. & Aime, M.(2014). *La fatica di diventare grandi*, Einaudi, Torino.
- Rigliano, P. (a cura di) (1998). *Indipendenze. Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*, EGA Editore, Torino.
- Sabbagh, L. (2007). *Cervelli ribelli*, in *Mente e Cervello*, V (26), 44-51.
- Scabini E., Cigoli V. (2000). *Il familiare*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Sussman, S. (2010). *Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. Sexual Addiction & Compulsivity*
- Vegetti Finzi, S., & Battistin A. M. (2000). *L'età incerta. I nuovi adolescenti*, Mondadori Editore, Milano.

Le paure del bambino e il vissuto di malattia

Mariagrazia Carone*, Micaela Caragiulo**, Maria Luisa Comes***, Valeria Viviana Valenzano****

*Psicologa, Psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Terapia Relazionale per i casi con Problematiche di Conflitto Sociale c/o U.O.C. Psichiatria Universitaria Policlinico Bari

**Psicologa interna ai fini di ricerca U.O.C. Psichiatria Universitaria Policlinico Bari

***Psicologa Specializzata in Psicologia Clinica

****Psicologa

Riassunto

Poiché il *gioco* costituisce un'attività essenziale dello sviluppo fisico, emotivo e sociale per il bambino, è stato da noi utilizzato per aiutare i bambini a capire che cosa accade e perché durante una visita medica o un ricovero ospedaliero, riducendo così la paura, la tensione, l'ansia e la frustrazione relativi agli stessi, per trasformare il contatto con il medico da esperienza subita a momento di interazione e di attività.

Presso l'“Ospedale dei Pupazzi”, i bambini possono portare i loro amici e compagni di gioco fidati (peluches e bambolotti) perché vengano curati da medici-pupazzologi così da dimostrare loro che le malattie e la lotta contro di esse è parte della vita di ogni giorno e può essere sperimentata in modo tutt'altro che terrorizzante o angosciante.

Il presente lavoro mira ad indagare cosa spaventa i bambini relativamente al vissuto di malattia e di cura e se la “Bear Therapy” possa servire ad alleviare tali paure, se sia cioè un efficace strumento metodologico per prevenire il disagio legato all'estraneità dell'ambiente medico-ospedaliero, offrendo percorsi cognitivi che permettono ai piccoli di avvicinarsi e sperimentare “indirettamente”, attraverso l'uso di oggetti a loro familiari (pupazzi e bambole) questa realtà sconosciuta e tanto temuta.

Partendo dal presupposto che il *disegno* rappresenta per i minori un mezzo di espressione molto efficace per rappresentare le proprie paure e angosce, si è ipotizzato che, mettendo a confronto i disegni di bambini che avevano partecipato al progetto con quelli di coetanei che non avevano avuto tale opportunità, fosse possibile verificare che il gruppo sperimentale avesse potuto maturare una concezione più consapevole e più serena del percorso terapeutico.

Parole chiave: Bear Therapy, Sanità, Paure

Introduzione

La paura appartiene alle esperienze fondanti dell'esistenza umana e riguarda per primi coloro che si affiancano alla vita: i bambini. Si tratta di

un'emozione intensa, legata a un oggetto specifico, che si scatena ogni qualvolta la propria incolumità è messa a repentaglio.

La paura svolge una funzione protettiva di salvaguardia della sopravvivenza: grazie alla sua attivazione ci si prepara psicologicamente e cognitivamente ad affrontare una situazione percepita come minacciosa. Può succedere però che diventi patologica, provocando effetti paralizzanti che ostacolano la maturazione del bambino. Questo perché le paure, che il bambino vive in modo viscerale ed emotivamente intenso, si mescolano con fantasie arcaiche provenienti dall'inconscio, che necessitano di essere individuate ed elaborate affinché egli possa acquisire fiducia in se stesso.

Le paure infantili variano a seconda dell'età del soggetto e i possibili oggetti fobici sono pressoché illimitati in ogni età. Tuttavia, alcuni di essi appaiono con maggiore frequenza in un determinato momento dello sviluppo.

La fase della scolarizzazione è quella in cui emergono timori legati a fenomeni e personaggi immaginari (fantasmi, mostri) e fanno la loro comparsa alcune paure che permangono anche in età adulta, come la paura di essere criticati, del fallimento sociale, e quella di ferirsi fisicamente: la paura delle malattie, alle quali spesso si accompagna quella dell'ospedale e del dottore, diventa per il bambino una preoccupazione reale.

Le prime ricerche sulle reazioni dei bambini nei confronti dell'ospedalizzazione risalgono agli anni cinquanta e proseguono per mezzo secolo fino ai nostri giorni. Da tali studi è emerso che le paure più frequenti dei bambini riguardano: punture, interventi chirurgici, separazione, abbandono, solitudine.

La paura è strettamente legata al senso di perdi-

ta di controllo sulla realtà. Ciò che si teme quindi è da un lato il dolore fisico, a cui non ci si può sottrarre. In molti casi, infatti, il dottore-adulto, che spesso per il bambino rappresenta un estraneo, viene associato a un vissuto di dolore fisico: è il caso degli specialisti che praticano degli esami medici invasivi, ma anche la più comune “puntura”, che rappresenta qualcosa che rompe lo spazio personale del bambino e penetra la sua pelle infliggendo dolore.

A ciò si associa il timore di essere abbandonati dagli adulti di riferimento. Soprattutto per i bambini, inoltre, entrano in gioco ulteriori elementi che concorrono alla nascita di sentimenti ostili nei confronti di medici e ospedali, quali un ambiente poco accogliente, un’immagine inquietante del personale medico e paramedico causata dal modo di vestire, l’utilizzo di mezzi, termini e strumenti ignoti e misteriosi. Tutto ciò, determina lo sviluppo di un rapporto di tensione con il medico che può anche influire sulla qualità del trattamento.

I bambini per superare i momenti difficili hanno bisogno di imparare da altri a gestire le difficoltà e a sopportare l’angoscia: se lasciati soli difficilmente riescono a farlo. La sofferenza e la paura sono esperienze della vita a cui non possiamo sottrarci: tuttavia, se elaborate adeguatamente, possono promuovere la crescita psicologica, aumentando l’autonomia e la sicurezza. E’ importante che il bambino, in base alla sua età, venga informato su ciò che gli sta accadendo e gli verrà fatto: la mancanza di informazioni provoca ansia e paura. Il piccolo va coinvolto, condividendo con lui ogni momento difficile, spiegandogli per esempio che gli faranno una iniezione, ma che se lui sta calmo anche il dolore sarà minore.

E’ compito degli specialisti dell’area psicologica e medica promuovere e diffondere iniziative di sostegno al bambino, al fine di contrastare l’insorgere di paure e ansie potenzialmente dannose per il suo benessere psicofisico. Si può aiutare il bambino ad affrontare e a superare le sue paure offrendogli, attraverso il **gioco** la possibilità di sperimentare “indirettamente” ciò che teme, per far sì che attraverso il *transfert* proietti su un oggetto

esterno i propri sentimenti e il proprio disagio.

Questo è il presupposto su cui si basa la Bear Therapy.

Bear therapy

Il progetto “Ospedale dei Pupazzi” è stato ideato nell’Europa del nord da alcuni studenti di Medicina (nell’ambito della F.M.S.A., International Federation of Medical Students Associations, O.N.G. riconosciuta dalle Nazioni Unite), e importato in Italia dal S.I.S.M. (Segretariato Italiano Studenti Medicina, associazione no-profit fondata nel 1970 che si occupa della formazione culturale, scientifica, umana e sociale dello studente di Medicina).

I “pupazzologi”, tutti volontari, seguono un preciso iter di formazione, che prevede lezioni da parte di Pediatri Ospedalieri e Neuropsichiatri Infantili, nonché un tirocinio presso lo studio di un Pediatra di Famiglia. Devono infatti essere preparati circa la semeiotica nel bambino (che sarà quella utilizzata per visitare i pupazzi), le patologie più frequenti in Pediatria e le loro caratteristiche cliniche, e devono conoscere le peculiarità emotivo - relazionali dei bambini con cui si confronteranno.

Il progetto è rivolto alla società in genere: la cui tematica centrale è la relazione medico-paziente nel contesto della professione pediatrica, ma anche nella professione medica in generale. La dimensione medica, osservata a volte con interesse e curiosità, a volte con timore o diffidenza, è comunque spesso poco conosciuta nelle sue dinamiche specifiche, e pertanto è fonte di dubbi, insicurezze e credenze errate. Molti bambini, in età sia prescolare che scolare, dimostrano infatti paura nei confronti di medici, ospedali e strumenti diagnostici, che in genere è da ascrivere a un ambiente poco accogliente, al modo di porsi del personale medico e paramedico (compresa la divisa), la mancanza di strumenti e tecniche che siano specifici per i bambini e attirino la loro attenzione. Tutto ciò determina lo sviluppo di un rapporto teso con i sanitari che può significativamente influire sulla qualità del trattamento.

Avvalendosi del fatto che il gioco costituisce, un'attività essenziale per lo sviluppo fisico, emotivo e sociale dei bambini, si è ricorsi allo stesso per aiutarli a capire che cosa accade, e perché, durante una visita medica o un ricovero ospedaliero, così da ridurre la paura, la tensione, l'ansia e la frustrazione di questi momenti. La finalità è quella di trasformare così il contatto con il medico da esperienza subita a momento di interazione e attività.

Poiché il bambino fa proprie le conoscenze e i sentimenti delle sue figure di riferimento è fondamentale il supporto delle stesse per far crescere nei piccoli una maggiore conoscenza e una migliore disposizione nei confronti del medico e dell'ambiente ospedaliero.

Il progetto relativo all' "Ospedale dei Pupazzi" ha come tematica centrale la relazione medico-paziente.

Gli obiettivi che si propone di raggiungere sono quelli di:

1. Promuovere nei bambini, una maggiore conoscenza circa i concetti di malattia, cura e realtà medico-ospedaliera, superando l'attuale tendenza alla negazione di queste problematiche e l'alone di mistero e paura che spesso le circonda.
2. Aiutare i piccoli a superare eventuali paure o pregiudizi nei confronti di medici e ospedali (usando i loro pupazzi come oggetti transazionali): far sviluppare in loro l'idea dell'ospedale come un luogo di cura e non di punizione.
3. Insegnare ai bambini qualche nozione medica di base (es. concetti di anatomia, fisiologia, iter diagnostico-terapeutico). Spesso infatti spaventa ciò che non si conosce: le malattie e la loro cura fanno parte della vita di tutti i giorni e esserne informati aiuta ad affrontarle meglio.
4. Sensibilizzare gli studenti che portano avanti come operatori il progetto sull'importante problematica del rapporto con il paziente, attraverso percorsi formativi tenuti da psicologi.

5. Coinvolgere nel progetto i genitori e gli insegnanti affinché supportino i bambini nel processo di elaborazione di una nuova concezione di dimensione medica.

Presso l'"Ospedale dei Pupazzi" i bambini possono portare i loro amici e compagni di gioco fidiati (peluches e bambolotti) perché vengano curati dai "medici-pupazzologi". È possibile per loro seguire l'intero corso di una visita in ospedale fatta sui pupazzi e non su loro stessi (dall'accettazione alla visita agli accertamenti diagnostici, fino alla terapia).

L'intento è dunque quello di dimostrare ai bambini che le malattie e la lotta contro di esse è parte della vita di ogni giorno e può essere sperimentata in modo tutt'altro che terrorizzante o angosciante.

Il nostro studio

Il progetto "Teddy Bear Hospital", è stato proposto in Italia per la prima volta nel 2005 e chiamato "Ospedale dei Pupazzi" (ODP). Nel 2007 è finalmente approdato presso il S.I.S.M. sede locale di Bari, all'interno del quale si è svolto l'intero progetto, riscuotendo un grande successo tanto da essere riproposto nel 2008.

La Dott.ssa Mariagrazia Carone, psicologa e psicoterapeuta, si è occupata della preparazione sotto il profilo psicologico al ruolo di "Pupazzo-logi", ex-ante e in-itinere, degli studenti di Medicina, attraverso: incontri formativi, discussioni, simulazioni, brainstorming, lezioni frontali di Psicologia Infantile e dello Sviluppo. Durante l'intera durata del progetto, ha accompagnato i giovani studenti nella loro esperienza pratica di "pupazzo-logi", qualora vi fossero dubbi, incertezze, fragilità emotive che facilmente possono crearsi durante lo svolgimento di questo ruolo delicato.

In occasione del secondo progetto abbiamo voluto approfondire l'efficacia dell'iniziativa, attraverso una ricerca.

Ipotesi di lavoro e strumenti

Indagare circa cosa spaventa i bambini, partendo dal presupposto che si teme anche ciò che non

si conosce.

Si ritiene l'OdP un efficace strumento metodologico per prevenire il disagio legato all'estraneità dell'ambiente medico-ospedaliero, in quanto offre ai bambini percorsi cognitivi che permettono loro di avvicinarsi e sperimentare "indirettamente", per esempio attraverso l'uso di oggetti a loro familiari (pupazzi o bambole), questa realtà sconosciuta e tanto temuta.

Partendo dal presupposto che il "disegno" rappresenta per i minori un mezzo di espressione molto efficace per trasferire sul foglio le proprie paure e angosce, si ipotizza che mettendo a confronto i disegni di bambini che hanno partecipato al progetto con quelli che non hanno avuto tale opportunità, sarà possibile verificare che il gruppo sperimentale abbia potuto maturare una diversa concezione dell'ospedale.

La "consegna" mirava pertanto a far emergere la concezione che i bambini avevano dell'ospedale.

Le "domande" a cui si è cercato di dare risposta attraverso l'indagine sono: "Come immaginano l'ospedale i bambini?", "Che tipo di paure incute il pensiero di un ipotetico ricovero?", "Cosa spaventa di più?"

Campione

La ricerca-progetto è stata effettuata attraverso la valutazione psicologica dei disegni di:

1. 20 bambini frequentanti il terzo anno di scuola materna (Bari) d'età compresa tra i 5 anni e i 5 anni e 6 mesi, (**GRUPPO Sperimentale**).
2. 27 bambini della stessa età che non hanno partecipato all'iniziativa, appartenenti a un'altra scuola materna (Altamura), (**GRUPPO DI CONTROLLO**).

La risposta attesa a seguito della valutazione dei disegni post-intervento didattico è stata: i bambini più consapevoli temono di meno l'ospedale e simili.

Strumenti

L'espressione figurativa ha un ruolo molto

importante nella programmazione delle proposte progettuali che coinvolgono i bambini. Il linguaggio grafico infatti è uno dei primi, fondamentali strumenti per manifestare, attraverso segni che permangono visibili nel tempo, la propria presenza e comunicare con gli altri: un mezzo per rappresentare la percezione di sé e del mondo e la rielaborazione fantastica della realtà. Il linguaggio grafico si sviluppa di pari passo con l'evoluzione complessiva del bambino, ne stimola la crescita sul piano espressivo e comunicativo, fino a permettere la manifestazione di uno "stile personale" riconoscibile. E' dunque uno strumento prezioso per valorizzare le caratteristiche personali di ciascun bambino attraverso la prassi della creatività e l'esercizio della autonomia individuale. Scarabocchi e disegni dei bambini sono materiali preziosi per "leggere" il percorso di crescita dei bambini, attraverso l'evoluzione dei segni, delle forme e della composizione: veri e propri elementi di una grammatica e di una sintassi del linguaggio grafico-figurativo.

Comprendere i meccanismi e l'evoluzione dell'espressione figurativa permette di approfondire la conoscenza dei bambini attraverso le fasi della loro crescita evolutiva. Per conoscere a fondo le caratteristiche dei singoli bambini occorre adottare una metodologia corretta, che si fonda sull'osservazione delle azioni, iniziative, sperimentazioni che caratterizzano il momento creativo.

Disegnare diventa un momento di espressione creativa ed insieme di comunicazione, per illustrare significati astratti e raccontare il mondo reale e quello dell'immaginazione.

L'arte dei bambini è un'impresa umana eccezionale, che si pone come testimonianza della capacità di rappresentare il mondo attraverso un mezzo espressivo e che lascia un segno tangibile delle intenzioni, dei desideri, delle ansie e in generale degli stati d'animo e dell'esistenza dell'autore.

Il disegno è un atto carico di significato: può essere considerato anche come l'inizio della costruzione del linguaggio scritto, che poi, con lo

sviluppo cognitivo, diventerà comunicazione. Il disegno, a partire dai tre, quattro anni, diventa comunicazione complessa e strutturata che coinvolge in modo attivo il bambino per il quale, ora, il mondo diventa “dominabile” in quanto può essere limitato entro i bordi del suo foglio. Il bambino, così, manifesta sentimenti, gelosie, ansie, paure, desideri potendo muovere i personaggi a suo piacimento, ingrandendoli, annullandoli, cancellandoli ... Nell’analisi dell’arte infantile si attribuisce valore soprattutto alla spontaneità e alla libertà che caratterizzano le opere pittoriche dei bambini. Rappresentando pensieri e sentimenti in modo semplice e diretto, i piccoli artisti mostrano una “visione originale” della realtà. Essi infatti hanno una mente curiosa, una percezione superiore della realtà e una ricchezza di immaginazione capace di afferrare i misteri della natura e vedere le cose come realmente sono, senza pregiudizi.

La creatività in età infantile va assumendo sempre maggiore importanza all’interno del panorama psicologico. Oggi si presta grande attenzione ai disegni infantili, in quanto permettono di rappresentare i vissuti dell’autore, ma anche di modificare aspetti della vita reale e di rielaborarli attraverso opportuni meccanismi di difesa.

Oltre al disegno, si è ritenuto utile avvalersi di un altro strumento, da utilizzare con i genitori dei bambini del gruppo sperimentale, al fine di valutare il feedback del progetto sui loro figli.

Si è deciso, dunque, di somministrare loro un questionario, elaborato dagli studenti di medicina che hanno organizzato l’evento, distribuito dai pupazzologi alcuni giorni prima dell’iniziativa, suddiviso in tre parti:

I. comprendeva domande finalizzate all’inquadramento del nucleo familiare del bambino (età dei genitori, loro livello di istruzione, ecc ...)

II. suddivisa in due sezioni:

- (A) riguardante l’atteggiamento del bam-

bino nei confronti della Sanità prima della partecipazione al progetto

- (B) inerente l’esperienza vissuta con la partecipazione all’iniziativa. Tale sezione era stata compilata il giorno stesso del progetto e consisteva in una raccolta dei racconti e delle impressioni dei bambini

III. era stata compilata dai genitori nel momento in cui i bambini avevano avuto un incontro con il mondo della Sanità (pediatra di famiglia, ospedale, etc. successivamente alla partecipazione alla Bear Therapy), al fine di confrontare le loro reazioni prima e dopo l’esperienza.

I Risultati

Il disegno

Tabella 1 Gruppo Sperimentale

Variabili	Risultati partecipanti
Nella rappresentazione della persona malata tra i colori usano anche il rosso ed il nero	8/20
Rappresentano un’altra figura accanto al bambino ¹ .	15/20
Raffigurano l’ambulanza	6/20
Raffigurano sussidi terapeutici	5/20
Disegnano l’ospedale	4/20
Raffigura il buco nell’albero	1/20
Accompagnano il disegno scrivendo frasi che esprimono valutazioni positive ²	7/20
Esprime il concetto che la trasgressione delle prescrizioni date dal medico procura dei problemi ³	1/20

Tabella 2 Gruppo di Controllo

Variabili	Risultati partecipanti
nella rappresentazione della persona malata tra i colori usano anche il rosso ed il nero	8/27

¹ 9 casi è un medico, 2 casi è la madre, 4 casi è presumibilmente un sanitario.

² “Io e mamma aspettiamo il dottore” (1 volta)

“Il dottore va a visitare” (2 volte)

“ Il dottore che cura” (2 volte, di cui una “Questo bam-

bino ha la gola malata, questa dottoressa molto gentile la sta curando”).

³ “La bambina ha rifiutato il bastone ed è caduta una seconda volta”.

rappresentano un'altra figura accanto al bambino.	1/27
raffigurano l'ambulanza	1/27
raffigurano sussidi terapeutici	0/27
disegnano l'ospedale	0/27
raffigura il buco nell'albero	0/27
accompagnano il disegno scrivendo frasi che esprimono valutazioni positive	0/27
esprime il concetto che la trasgressione delle prescrizioni date dal medico procura dei problemi	0/27

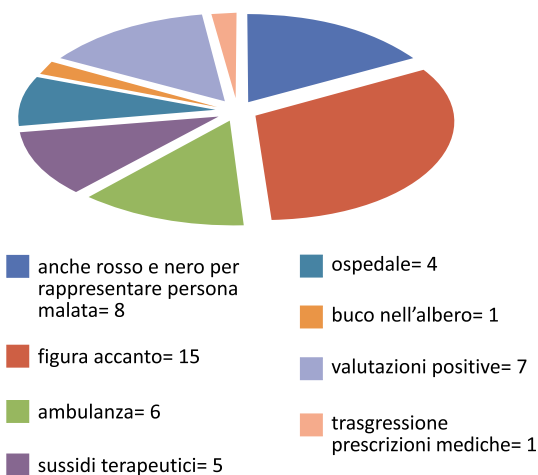


Figura 1 Gruppo Sperimentale

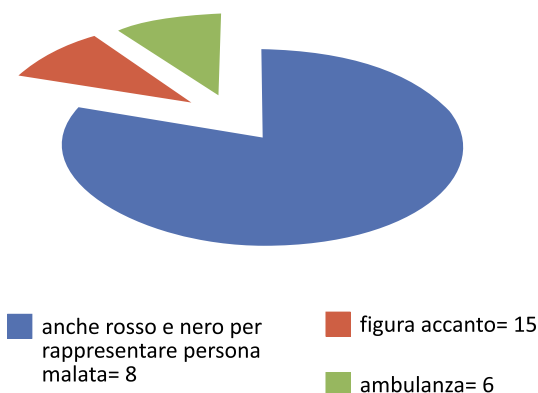


Figura 2 Gruppo di Controllo

Il questionario

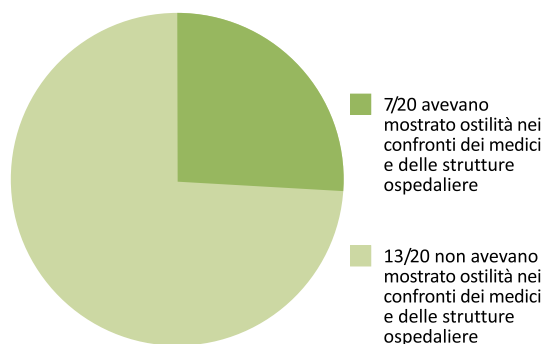
Il questionario è stato somministrato esclusivamente ai genitori del Gruppo Sperimentale, al fine di valutare il feedback del progetto cui avevano partecipato i loro figli.

L'analisi dei dati è stata effettuata solo sulla domanda, ritenuta più significativa per valutare la qualità e gli effetti del progetto. La stessa valutazione si riferisce al periodo antecedente alla messa in opera del progetto.

1. "Avete mai notato in vostro figlio un atteggiamento di ostilità nei confronti dei medici e delle strutture ospedaliere?" (sezione A, seconda parte).

RISULTATI
7/20 Avevano mostrato ostilità nei confronti dei medici e delle strutture ospedaliere.

Figura 3 Disposizione dei soggetti del Gruppo Sperimentale in risposta al quesito n. 1

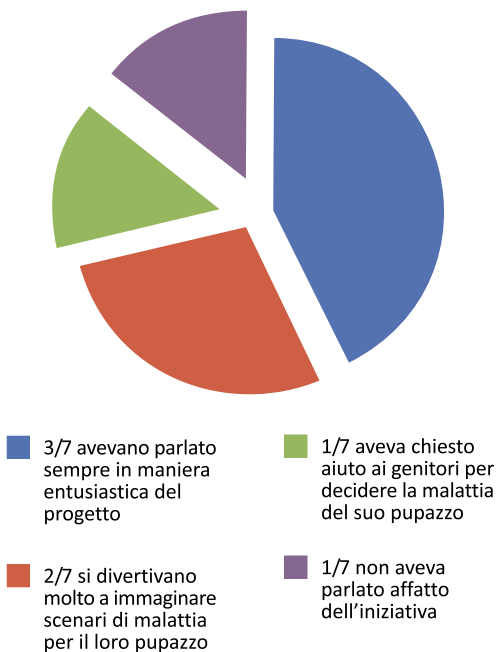


A questo punto si è deciso di focalizzare l'attenzione su questo sottocampione di 7/20 per ricercare eventuali cambiamenti indotti dalla partecipazione alla Bear Therapy, sottoponendo i seguenti quesiti:

2. "Come vostro figlio ha vissuto la preparazione a questo progetto?" (sezione B, seconda parte).

RISULTATI
3/7 avevano parlato sempre e in maniera entusiastica del progetto.
2/7 si divertivano molto a immaginare scenari di malattia per il loro pupazzo.
1/7 aveva chiesto aiuto ai genitori per decidere la malattia del suo pupazzo.
1/7 non aveva parlato affatto dell'iniziativa.

Figura 4 Disposizione dei soggetti del Gruppo Sperimentale in risposta al quesito n. 2

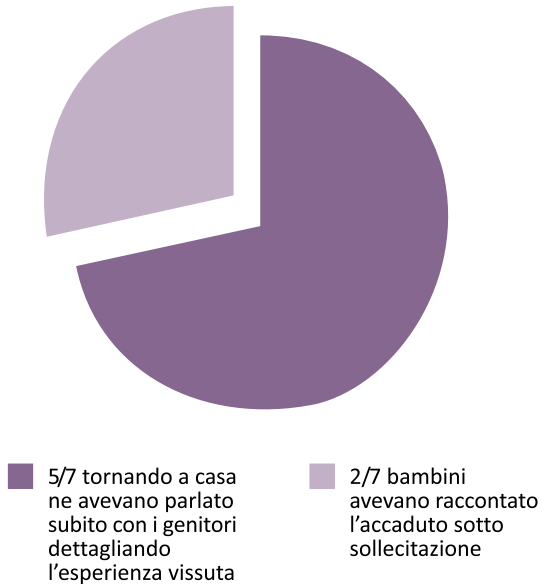


Il fatto che nessun genitore avesse segnalato come risposta: “Sembrava terrorizzato dall’idea di dover partecipare all’iniziativa”, lasciava supporre un buon lavoro da parte delle insegnanti nell’illustrare il progetto, precedentemente alla sua messa in opera, nel trattare argomenti riguardanti la malattia, l’ospedale, il medico.

3. “Quando avete visto vostro figlio al ritorno dall’Ospedale dei Pupazzi, qual è stata la sua reazione?” (sezione B, seconda parte)

RISULTATI
5/7 tornando a casa ne avevano parlato subito con i genitori dettagliando l’esperienza vissuta.
solo 2 bambini avevano raccontato l’accaduto sotto sollecitazione.

Figura 5 Disposizione dei soggetti del Gruppo Sperimentale in risposta alla domanda n. 3



Le seguenti risposte non hanno avuto alcuna preferenza:

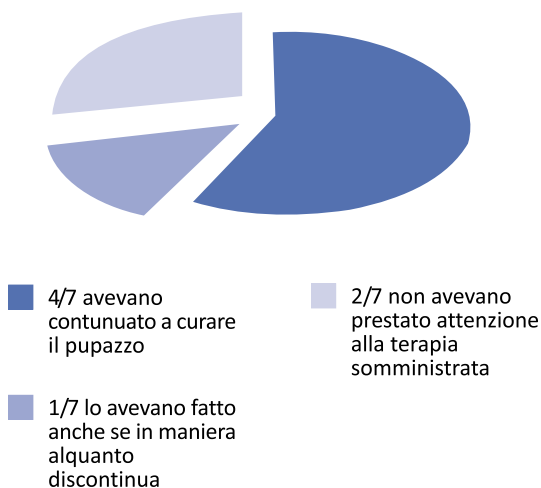
- | |
|--|
| - “Non ha voluto assolutamente parlare anche dopo richiesta dei genitori”. |
| - “Ha parlato dell’Ospedale dei Pupazzi ma senza particolare entusiasmo e come una delle tante esperienze di quella giornata”. |

Infine:

4. “Nei giorni immediatamente successivi, il vostro bambino ha continuato a curare il pupazzo come descritto dai pupazzologi?” (terza parte)

RISULTATI
4/7 avevano continuato a curare il pupazzo.
1/7 lo avevano fatto anche se in maniera alquanto discontinua.
2/7 non avevano prestato attenzione alla terapia somministrata.

Figura 6 Disposizione dei soggetti del Gruppo Sperimentale in risposta al quesito n. 4

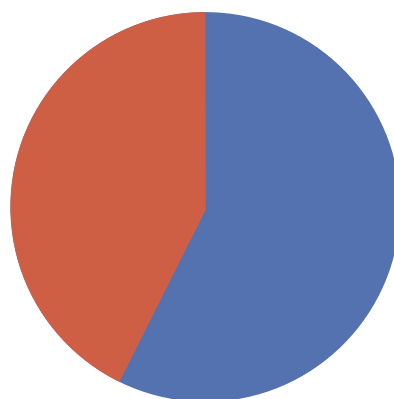


5. “Vostro figlio ha espresso un cambiamento di opinione nei confronti dei medici e delle strutture ospedaliere?” (terza parte)

RISULTATI
4/7 avevano assunto un atteggiamento di tipo migliorativo.
3/7 avevano continuato a mostrarsi ostili.

Conclusioni riassuntive

Consapevoli della non generalizzabilità statistica dei risultati per le dimensioni ridotte del campione, possiamo affermare che il nostro studio offre risultati che confermano gli esiti positivi del progetto riscontrati in altre ricerche di portata



- 4/7 avevano assunto un atteggiamento migliorativo
- 3/7 avevano continuato a mostrarsi ostili

più ampia.

Dall’analisi dei disegni è emerso che tale iniziativa è servita:

- a rendere meno traumatica per il bambino l’idea di malattia (rosso e nero come colori predominanti nella rappresentazione della persona malata sono presenti in percentuale maggiore nel gruppo di controllo);
- a indurgli la consapevolezza di poter ricevere aiuto (sussidi terapeutici, ambulanza, ospedale presenti in percentuale maggiore nei disegni eseguito dal gruppo sperimentale);
- a non farlo sentire da solo nella gestione della malattia (presenza nel disegno del medico, dei sanitari e della madre in percentuale decisamente maggiore nel gruppo sperimentale);
- a fornirgli un buon concetto di medico come figura che cura e accoglie (maggior numero di verbalizzazioni positive rispetto ai sanitari nel gruppo sperimentale);
- a comunicargli l’idea che la trasgressione delle prescrizioni mediche fa incorrere in problemi (verbalizzazioni gruppo sperimentale).

Dall’analisi delle risposte ai questionari forniti dai genitori si rileva inoltre che il progetto è servito:

- a rendere familiare il mondo della Sanità (medici e ospedali) ai bambini (racconti spontanei ed entusiastici circa l'esperienza vissuta);
- a promuovere il role-playing anche a casa (i bambini continuano a curare il pupazzo);
- a migliorare l'atteggiamento nei confronti dei medici e delle strutture ospedaliere (solo 3/7 bambini continuano a mostrarsi ostili).

L'utilizzo del disegno come strumento d'indagine ha consentito l'espressione, sul piano grafico, di quelle parti del Sé del bambino inconscie e pertanto da lui non comunicabili sul piano verbale, palesando le idee erranee e distorte rispetto all'ospedale e alla malattia.

I bambini hanno paura di ciò che non conoscono e soprattutto di tutto quello che potrebbe farli sentire soli, impotenti e non amati. Promuovere, pertanto, iniziative di conoscenza e sperimentazione attiva di ciò che incute loro paura può favorire un'evoluzione positiva nell'atteggiamento verso l'oggetto fobico, fondamentale al fine di ridurre il disagio e migliorare la qualità di un eventuale trattamento sanitario.

I bambini sono stati resi più sicuri e capaci di far fronte a eventuali malattie in modo sereno, più fiduciosi di poter essere aiutati e sostenuti in maniera affidabile.

Bibliografia

AA.VV., *Bambini in ospedale - Servizio Educativo Scolastico*, Associazione Gioco e Studio in Ospedale, Genova, 1997.

Ackerman, M., & Colin-Benoit, E. (2008). *Teddy Bear clinic* (Article in Frech); *Rev Med Suisse*, 4(155):1118-9.

Bloch, Yh., & Toker, A. (2008). *Doctor, is my teddy bear okay? The "Teddy Bear Hospital" as a method to reduce children's fear of hospitalization*. *Isr Med Assoc J.*, 10(8-9):597-9.

Capurso, M., & Trappa, M. (2005). *La casa delle punture-La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*. Magi, Roma.

Capurso, M., & Trappa, M. (2002). *Le paure dell'ospedale in bambini di età scolare*. Vol. 2 n. 8, Ott, 2002.

Castellazzi, V. L., & Nannini, M. F. (1992). *Il disegno della figura umana come tecnica proiettiva*. Las.

Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). *The world of the child: a world of play even in the hospital*. *J Pediatric Nurs*.

Hu Li Za Zhi (2004). *Reducing fear in preschool children during clinical examination*.

Kanisza, S. (1998). *L'ascolto del malato, problemi di pedagogia relazionale in ospedale*. Milano, Guerini e Associati.

Luciani, R. (2002). *Che ci faccio in ospedale?*. Giunti progetti educativi, Firenze.

Machover, K. (1980). *Il disegno della figura umana*. O.S., Firenze.

Mambriani S. (1992). *La comunicazione nella relazione d'aiuto*. La cittadella, Assisi.

Mangini, M.T., & Rocca, M.L. (1996). *Cappe Gialle - Metodi del gioco in ospedale*. ETHEL Editoriale Giorgio Mondadori, Milano.

Perricchi, C. (1984). *Il bambino malato*. La cittadella, Assisi.

Piaget, J. (1966). *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*. Boringhieri, Torino.

Porter, B. (2008). *The teddy bear hospital*. *Isr. Med. Assoc J.*

Riccardi, R., Rubbini, & Paglia, P. (2008). *Sono malato dammi un foglio grande*. Esvier Masson.

Robertson, J. (1976). *Bambini in ospedale*. Milano, Feltrinelli.

Shilder, P. (1990). *Immagine di sé e schema corporeo*. Franco Angeli Milano, tr. It.

Tognazzo, D.P. (1999). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Giunti Editore.

Toker, A., Urkin, J., & Bloch, Y. (2002). *Role of a medical student's association in improving the curriculum at a faculty of health sciences*. *Med. Teach*.

Trappa, M. (2000). *I bambini e l'ospedale. Itinerari, percorsi, proposte per conoscere l'ospedale. Quaderno operativo per i bambini del primo ciclo della scuola elementare*. Pietro Chegai Editore. Firenze.

Ugazio, V., Pogliani, A., & Sindoni, G. (1989). *Gli effetti dell'ospedalizzazione della malattia in bambini di età prescolare*. Vita e Pensiero, Milano.

Vico G. (1986). *Il bambino malato e la sua educazione*. Brescia.

Zimmermann, P.G., & Santen L. (1997). *Teddy says "hi": Teddy bear clinics revisited*. *Emerg Nurs*.

Neuroscienze e tempo: i meccanismi neurali che regolano la discriminazione delle informazioni temporali

Fabiana Nuccetelli

*Psicologa e Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale ad indirizzo Neuropsicologico
Esperta in Neuroscienze Cognitive e Riabilitazione Psicologica*

Riassunto

L'abilità di processare le informazioni temporali in modo accurato è cruciale per la sopravvivenza degli individui ed è parte della struttura intellettuale attraverso la quale diamo senso al corso temporale degli eventi nella nostra vita. Il nostro cervello deve stimare il passaggio di breve intervalli di tempo al fine di eseguire azioni estremamente complesse come, ad esempio, la coordinazione motoria. D'altra parte è fondamentale per la realizzazione delle attività in cui è necessario stimare il passare del tempo (secondi o minuti). Il modo in cui il cervello elabora e costruisce una rappresentazione mentale dello scorrere del tempo sembra essere un fenomeno molto complesso. Studi di psicologia sperimentale hanno fornito molti spunti interessanti sulla codifica ed elaborazione neurale degli intervalli temporali e studi di neuroscienze hanno cercato di chiarire le strutture cerebrali e i processi cognitivi coinvolti nella percezione del tempo. Un nuovo quadro sta emergendo da studi che provengono da modelli animali, soggetti sani e pazienti con malattie neurologiche. Nel complesso questi studi mostrano che specifiche regioni cerebrali sono coinvolte nell'elaborazione degli intervalli di tempo in funzione del compito da svolgere, della durata e delle caratteristiche dello stimolo.

***Parole chiave:** tempo, percezione, cervello, basi neurali, discriminazione temporale.*

I modelli di processamento del tempo

Lo studio degli aspetti cognitivi legati alla percezione del tempo inizia negli anni settanta (Hicks et al., 1977; Matell e Meck, 2000; Thomas e Weaver, 1975). Generalmente si fa riferimento a due ambiti teorici: "the Attentional Counter Theory" e "the Internal Clock Theory". I modelli appartenenti al primo approccio teorico (Hick et al., 1977; Thomas e Weaver, 1975) propongono l'esistenza di un temporizzatore cognitivo che attraverso un'operazione di conteggio determina

la capacità soggettiva di stimare gli intervalli di tempo. La stima degli intervalli è un processo che richiede attenzione, di conseguenza, se ci sono processi che competono a livello attentivo, la stima temporale può risultare deficitaria andando a determinare una sottostima o una sovrastima del tempo. Secondo i modelli del secondo approccio (Internal Clock Theory) (Matell e Meck, 2000), esiste un sistema di valutazione del tempo basato sull'attività di molteplici aree cerebrali. All'interno di tale approccio sono presenti due modelli di processamento del tempo: i modelli degli oscillatori e la teoria scalare del timing (Scalar Timing Theory - STT).

All'interno dei "modelli degli oscillatori" è stato proposto il modello dell'orologio interno di Treisman (1963), secondo il quale la percezione e la produzione di intervalli temporali avviene tramite un pacemaker temporale che fornisce un'informazione di timing flessibile. Esso è composto da due parti: un'unità che oscilla e un'unità di calibrazione. L'oscillatore produce un output a frequenza costante (una serie di pulsazione), mentre il calibratore le ridimensiona grazie alle influenze esterne e alle richieste del compito (Fig. 1). Secondo Poeppel (1996) se si sostiene che, come affermato da Treisman, le onde cerebrali oscillino con una frequenza attorno ai 40 HZ, allora è possibile ipotizzare che il pacemaker sia un meccanismo che regola le attività di diverse regioni neurali coinvolte nel processamento del tempo.

Il modello scalare del timing di Gibbon (1977) ha le stesse componenti principali del modello di Treisman: un pacemaker, un accumulatore (working memory) e un comparatore. Gibbon ha sviluppato ulteriormente il modello inserendo un interruttore che ha

INTERNAL CLOCK MODEL

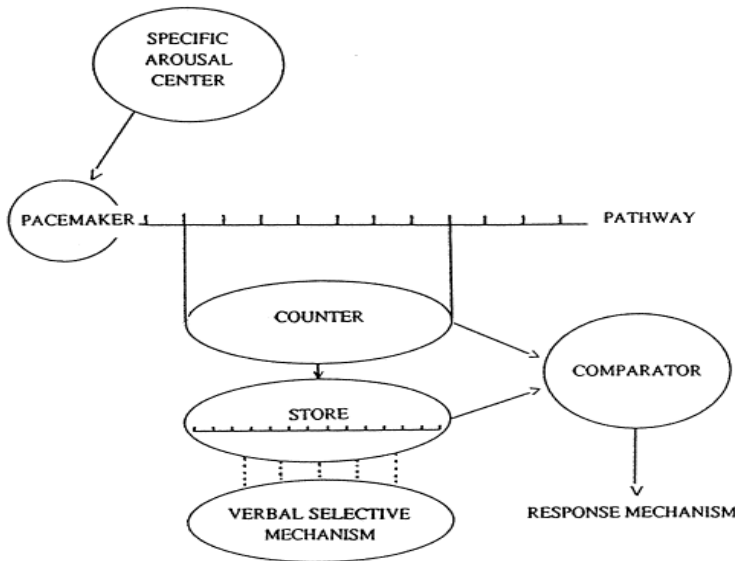


Fig. 1: Modello dell'orologio interno della Treisman (1963).

la funzione di permettere alle pulsazioni di raggiungere o meno l'accumulatore. L'interruttore agisce in tre modi diversi, tramite la modalità della corsa (run mode), la modalità dell'evento (event mode) e la modalità dell'interruzione (stop mode) (Gibbon e Church, 1984). Il run mode funziona come un timer, nell'event mode, invece, l'interruttore rimane spento per un periodo di tempo fisso, che non dipende dalla durata dello stimolo, fungendo da contatore. Lo stop mode, funziona solo in parte come l'event mode perché l'interruttore è acceso per la durata dello stimolo, per poi inattivarsi successivamente.

Il processo di valutazione del tempo si compone di tre fasi: nella prima fase (clock) il pacemaker genera le pulsazioni che attraverso un portale entrano nell'accumulatore di memoria di lavoro. Nella seconda fase (memory stage) il valore immagazzinato nella memoria di lavoro viene trasferito verso una memoria referenziale di maggior durata. Nella terza fase (decision stage) un comparatore, tramite l'uso di una regola di confronto, decide quando il contenuto della working memory è lo stesso di quello della memoria referenziale (semantica) e se coincide ha inizio la risposta (Fig. 2).

Il modello di Gibbon (1977), rispetto al modello di Treisman (1963), sembra offrire diversi vantaggi, poiché fornisce una misura diretta, è utilizzabile su diversi animali e in diversi tipi di compiti, distingue con chiarezza gli stadi dell'orologio interno, consentendo così

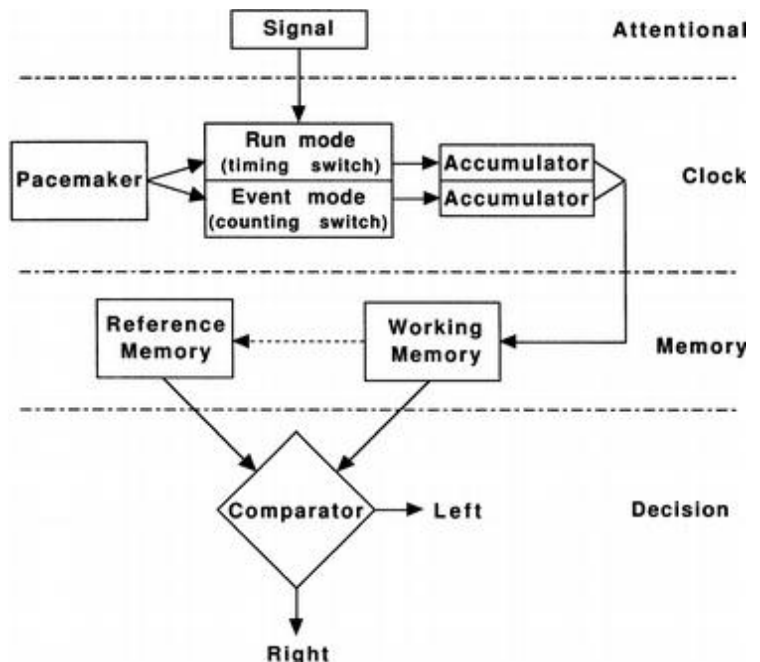


Fig. 2: Struttura del modello scalare proposta da Gibbon (1977).

di poter mappare cerebralmente i moduli da cui è composto, e permette di fare predizioni verificabili.

Le basi neurali della percezione del tempo

I meccanismi neurali sottostanti l'elaborazione del tempo sono oggetto di molte discussioni. Verso la fine dello scorso secolo, vennero condotti i primi studi relativi alle basi neurali dell'elaborazione temporale. Tali studi hanno riguardato la comprensione del ritmo circadiano, ovvero il timer biologico che regola il ciclo giorno-notte. Nei mammiferi l'orologio circadiano che guida i ritmi metabolici e comportamentali è situato nel nucleo sovrachiasmatico dell'ipotalamo anteriore (Moore e Eichler, 1971; Stephan e Zucker, 1972). Da un punto di vista funzionale tale nucleo risulta in stretta relazione con la ghiandola pineale, uno dei principali regolatori dell'attività circadiana ormonale (Lewy, 1983). Gli stimoli ambientali in grado di guidare gli orologi biologici sono stati definiti sincronizzatori o *Zeitgeber*. A partire dagli anni '70 altre ricerche hanno mirato ad individuare l'orologio biologico per intervalli di tempo più brevi. Anche in questo caso è stato ipotizzato un solo organo deputato a tale funzione. Al contrario, i modelli distribuiti hanno suggerito che l'informazione temporale venga processata in diverse aree cerebrali a seconda del tipo di compito (Gallistel e Gelman, 1992).

Oggi si ritiene che il cervello misuri gli intervalli di tempo che hanno una durata inferiore al secondo attraverso un modello distribuito, come è stato proposto da studi che hanno confrontato le prestazioni di soggetti con deficit cognitivi con quelle di pazienti sani (Harrington et al., 1998, Harrington e Haaland, 2006; Koch et al., 2002). A tale proposito, è stato riportato che soggetti con lesione dell'area prefrontale dorsolaterale sottostimano intervalli temporali di secondi, questo è una forte indicazione del ruolo della corteccia prefrontale nell'elaborazione di stimoli con una durata inferiore al secondo (Koch et al., 2002). Inoltre, Wittmann ha mostrato come pazienti con lesioni della corteccia parietale sottostimano la durata temporale di stimoli superiori al secondo

(Wittmann et al., 2008). Nel loro insieme, i risultati di questi studi dimostrano come non esiste un unico meccanismo per l'elaborazione di informazioni temporali (inferiori o superiori al secondo). Infatti, le informazioni temporali sono codificate da una complessa rete cerebrale, probabilmente perché è necessario integrare diverse informazioni contemporaneamente per stimare il passare del tempo (Coull, 2004).

La complessità dei sistemi neurali attivati nella percezione del tempo è stata evidenziata anche da studi di neuroimaging che documentano il coinvolgimento sia di aree corticali, in particolare di quelle frontali e parietali, sia l'attivazione di strutture sottocorticali, come i gangli della base e il cervelletto.

Vi sono essenzialmente quattro scale temporali che sembrano essere rilevanti per i comportamenti umani: microsecondi, millisecondi, secondi e ritmi circadiani (Mauk e Buonomano, 2004). L'intervallo di tempo del secondo è cruciale nei processi decisionali, mentre il millisecondo è necessario per il controllo e l'esecuzione di complesse attività motorie (prestazioni artistiche, come la realizzazione di brani musicali e il ballo) e per il linguaggio.

È stato proposto che l'elaborazione temporale di intervalli di tempo di millisecondi e secondi può dipendere da diverse reti neurali che mediano processi cognitivi differenti (Gibbon et al., 1997; Ivry e Spencer 2004). A tal proposito, Michon (1985) ha sostenuto che intervalli temporali di circa 500 millisecondi sono mediati cognitivamente, mentre intervalli più brevi (microsecondi) sono presumibilmente non accessibili al controllo cognitivo.

Rammesayer e Lima (1991), in un primo tentativo di fornire prove sperimentali alla base di due distinti meccanismi di temporizzazione in funzione della durata dell'intervallo, hanno trovato che l'elaborazione temporale di intervalli da 50 a 100 millisecondi non era influenzata da un compito cognitivo secondario, mentre l'elaborazione di intervalli temporali di un secondo era notevolmente compromessa dal compito secondario ed era, quindi, considerato di natura sensoriale e fuori dal controllo cognitivo. Anche studi più recenti, che

hanno previsto l'utilizzo di altre metodiche sperimentali, sono in linea con queste evidenze.

Studi di neuroimaging hanno fornito prove circa l'esistenza di due sistemi temporali neurali differenti per l'elaborazione di intervalli brevi e lunghi. Il timing per intervalli brevi è legato a processi di natura prevalentemente automatica, mentre il timing per intervalli lunghi è il risultato di un'elaborazione cognitiva legata a processi complessi e consapevoli, dipendente da sistemi neuronali che sono coinvolti anche nei processi di attenzione e memoria (Lewis e Miall 2003). Altre evidenze che sottolineano l'esistenza di processi distinti per intervalli temporali brevi e lunghi sono fornite da studi che utilizzano la stimolazione magnetica transcranica (Transcranial Magnetic Stimulation- TMS). Koch et al. (2007) dimostrano che la percezione di stimoli temporali superiori al secondo è legata all'attività della corteccia prefrontale, mentre il cervelletto è deputato all'elaborazione di intervalli di tempo più brevi.

Le strutture sottocorticali

L'importanza del cervelletto e dei gangli della base nella percezione del tempo è ben documentata. Diversi studi finalizzati a descrivere i substrati organici sottostanti le funzioni di internal timing, hanno messo in evidenza che il cervelletto e i gangli della base sono importanti strutture cerebrali deputate all'elaborazione delle informazioni temporali (Ivry e Hazeltine, 1995; Ivry et al., 1988; Ivry e Spencer, 2004).

Il cervelletto è una struttura che media il processo di temporizzazione nel range dei millisecondi, mentre il circuito fronto-striatale (gangli della base, area motoria supplementare, corteccia frontale e parietale inferiore) è maggiormente coinvolto nell'elaborazione di informazioni temporali più lunghe, che vanno dai secondi ai minuti (Malapani et al., 2002; Pastor et al., 1992). All'interno di tale quadro anatomico-funzionale, è probabile che diversi aspetti dell'informazione temporale siano mediati dall'attività di reti neurali interconnesse che permettono di elaborare le informazioni temporali in differenti circostanze e per lo svolgimento di diversi compiti.

Il cervelletto

Il cervelletto, ipotizzato come la sede dell'orologio interno, opera sia sui domini motori sia su quelli percettivi e misura precise relazioni temporali tra eventi (Ivry, 1996). Evidenze circa il ruolo cerebellare nell'elaborazione temporale, provengono da studi su pazienti con lesioni cerebellari che mostrano un danno nella loro abilità di giudicare la durata, ma non l'intensità di uno stimolo uditivo (Ivry e Keele, 1989). Nel dominio motorio le lesioni neo-cerebellari determinano un aumento nella variabilità a un compito di tapping ripetitivo, nel quale viene chiesto ai partecipanti di riprodurre movimenti periodici delle dita per eseguire una determinata sequenza temporale (Spencer et al., 2003). L'aumento della variabilità è stato attribuito a un'alterazione del sistema interno di timing (Franz et al., 1996).

Studi ulteriori mostrano, in pazienti cerebellari, deficit nell'eseguire compiti in cui è necessario stimare la durata (circa 500 millisecondi), senza necessariamente eseguire il movimento (Mangels et al., 1998). Le evidenze più convincenti, a supporto del ruolo cerebellare nella stima del tempo, derivano da ricerche sulla forma semplice di condizionamento senso-motorio dell'ammiccamento (eyeblink). Infatti, in pazienti con lesione cerebellare si osserva un alterato o assente condizionamento di ammiccamento (Woorduff- Pak et al., 1996).

Malapani et al. (1998) riportano che pazienti con lesione focale del cervelletto (corteccia e nuclei basali) hanno una prestazione superiore in compiti di stima temporale nel range del secondo rispetto a pazienti con lesioni del cervelletto mesiale e del verme. Ulteriori prove del coinvolgimento del cervelletto laterale nel controllo neurale di intervalli temporali sono emerse da recenti studi che utilizzano tecniche di Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation- rTMS). Con questo approccio, Oliveri et al. (2005, 2007) hanno indotto l'eccitabilità della corteccia cerebellare, allo scopo di indagare se modifiche nell'attività neurale cerebellare possono interferire sui compiti specifici di temporizzazione. I risultati di questi studi hanno fornito una prova diretta del coinvol-

gimento del cervelletto nella percezione di intervalli di tempo inferiori al secondo; d'altra parte, è stata rilevata un'assenza del coinvolgimento cerebellare nella percezione di durate superiori al secondo (Koch et al., 2007). Tali risultati sono in linea con le proposte che ipotizzano diversi sistemi neurali coinvolti nell'elaborazione di tempi superiori o inferiori al secondo (Lee et al., 2007).

Sulla base di queste prove, Koch et al. (2007a) hanno osservato che rTMS cerebellare può alterare l'elaborazione di stimoli temporali (millisecondi) attraverso l'inibizione transitoria delle cellule del Purkinje o di gruppi di interneuroni del lobulo posteriore e superiore del cervelletto laterale. A questo proposito, prove aggiuntive relative al coinvolgimento cerebellare nell'elaborazione del tempo, emergono da studi su animali che dimostrano come le cellule del Purkinje si attivano durante l'acquisizione e la codifica del timing (Kotani et al., 2003).

Dal punto di vista neuro-anatomico, studi di neuroimaging funzionale in adulti sani mostrano che i lobuli cerebellari più posteriori e superiori (incluso il lobo anteriore IV e V) sono attivati durante le attività motorie di temporizzazione (Jueptner et al., 1995; Smith et al., 2003).

Una distinzione ulteriore è stata avanzata sulla base degli studi su pazienti in cui il cervelletto posteriore sembrava coinvolto nella cognizione non-motoria, mentre il cervelletto anteriore coinvolto nelle funzioni motorie (Schmahmann e Sherman, 1996; Exner et al., 2004). Molteplici lavori indicano che il cervelletto posteriore fornisce la rappresentazione della tempistica relativa agli eventi più salienti, la determinazione dell'insorgenza dei movimenti e la durata di uno stimolo soprattutto negli intervalli più brevi (Ivry et al., 2002).

Sviluppi recenti nell'ambito delle neuroscienze hanno dimostrato l'esistenza di deficit relativi alla percezione del tempo in soggetti con sindrome da deficit di attenzione e iperattività (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder- ADHD). A tal proposito, Castellanos et al. (2001) hanno riportato un ridotto volume del cervelletto in bambini ed adolescenti con diagnosi di ADHD rispetto a soggetti di controllo, suggerendo un coinvolgimento del cervelletto nella percezione del tempo (Ivry,

1996; Ivry e Fiez, 2000; Ivry e Spencer, 2002).

I gangli della base

Studi su animali volti all'individuazione di un orologio interno hanno evidenziato un ruolo centrale dei gangli della base nel processamento di intervalli temporali di millisecondi e secondi. Inoltre, anche studi di neuroimaging su soggetti umani sani hanno dimostrato che l'elaborazione del tempo è strettamente correlata all'attività dei gangli della base (Coull et al., 2004; Hinton e Meck 2004; Jahanshahi et al., 2006; Nenadic et al., 2003; Rao et al., 1997).

Molteplici studi hanno dimostrato come la somministrazione di farmaci dopaminergici nel ratto e negli umani altera i processi di timing (Rammsayer, 1997). Nello specifico, gli antagonisti dopaminergici (ad esempio, aloperidolo) determinano un rallentamento dell'orologio, provocando una sottostima della durata degli intervalli temporali in compiti di stima temporale e una sovrastima quando viene richiesto di riprodurre il tempo passato. Al contrario, somministrazioni sistemiche di agonisti dopaminergici (ad esempio, amfetamina o cocaina) determinano un quadro opposto al precedente. Tali dati forniscono prove del ruolo del sistema dopaminergico e dei gangli della base nel processamento dell'informazione temporale. La stretta correlazione tra sistema dopaminergico e percezione del tempo lascia ipotizzare che pazienti affetti dal morbo di Parkinson (Parkinson Disease- PD) possano presentare alterazione nel senso del tempo. Effettivamente, un gran numero di studi su pazienti parkinsoniani ha riportato una difficoltà nel processamento di intervalli temporali che vanno da pochi secondi a minuti, suggerendo che i circuiti fronto-striatali siano cruciali per la stima temporale di tali intervalli. Questi deficit risultano essere presenti solo quando i pazienti sono privi di terapia dopaminergica (Malapani et al., 2002; Pastor et al., 1992). Inoltre,

Koch et al. (2005) hanno osservato che pazienti parkinsoniani con danno emisferico destro sovrastimano gli intervalli più corti, mentre pazienti con danno emisferico sinistro presentano anche una sottostima degli intervalli lunghi. Gli autori hanno interpretato questi risultati attribuendo ai

gangli della base di destra il ruolo per il recupero mnemonico degli intervalli temporali (Koch et al., 2005). Perbal et al. (2005) hanno dimostrato che i pazienti parkinsoniani, in un compito di riproduzione di un intervallo temporale (stimoli da 5 a 38 secondi), hanno una performance molto variabile rispetto al gruppo di controllo, a causa di una difficoltà di memorizzazione.

Koch et al. (2009), esaminando le prestazioni all'interno di una sessione di pazienti parkinsoniani senza terapia L-dopa, in un compito di riproduzione del tempo (stimoli da 500 millisecondi a 2 secondi) hanno trovato una sottostima per l'intervallo di tempo di 2 secondi, ma la loro riproduzione di intervalli di tempo più brevi (millisecondi) risultava comparabile al gruppo di controllo. Al contrario, quando i medesimi intervalli di tempo venivano presentati in sessioni separate, i pazienti con PD non mostravano alcun evidente deficit di stima temporale per entrambi gli intervalli di tempo. Questi dati sembrano indicare che il tempo di elaborazione cognitiva in pazienti con PD è accurata per intervalli di tempo che rientrano nei 2 secondi e che i deficit di temporizzazione, in questo range temporale, emergono solo quando si determina un aumento del carico cognitivo.

In conclusione, gli studi riportati sembrano indicare che la disfunzione dei gangli basali che caratterizza i pazienti affetti da PD, altera la percezione del tempo quando gli intervalli testati sono più lunghi di pochi secondi, poiché è richiesto il coinvolgimento di ulteriori funzioni cognitive, come la memoria di lavoro e l'attenzione.

Le strutture corticali

L'elaborazione cognitiva del tempo sembra dipendere da una vasta rete corticale (Gibbon et al., 1997; Harrington et al., 1998a, b; Koch et al., 2002, 2003; Lewis e Miall, 2006; Mimura et al., 2000; Pouthas et al., 2000; Smith et al., 2003).

Noe et al. (2001) hanno rilevato, in uno studio condotto su scimmie mediante tomografia a emissione di positroni (Positron Emission Tomography- PET), che la stima del tempo è altamente correlata sia con l'attivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale sia con quella della corteccia parietale inferiore. Il coinvolgimento

delle aree prefrontali e parietali nell'elaborazione temporale di stimoli di breve durata (millisecondi) era già stato proposto da Harrington et al. (1998a, b). In particolare uno studio di Selemon e Godmann (1988) hanno evidenziato che pazienti con lesione emisferica destra sia del lobo parietale sia della corteccia prefrontale presentavano deficit di temporizzazione; al contrario, pazienti con lesioni delle stesse regioni ma dell'emisfero sinistro non mostravano alterazioni nel funzionamento dei processi temporali. In accordo con questi risultati, l'importanza del circuito fronto-parietale è ampiamente sottolineata anche dagli studi condotti su soggetti adulti con ADHD.

I lobi frontali

La corteccia prefrontale, secondo il modello del processamento dell'informazione Scalar Timing Theory (STT), è la sede dei meccanismi che regolano l'orologio interno (Miall, 1996). Tuttavia, non è chiaro il preciso contributo del lobo frontale nella percezione del tempo, poiché tale area cerebrale è implicata in diverse funzioni cognitive (attenzione, memoria e pianificazione) che possono risultare deficitarie a seguito di una sua lesione (Shimamura, 1994). Infatti, l'alterazione della percezione temporale può risultare da un cattivo funzionamento di tutti i processi di esecuzione e di pianificazione che vengono alterati a seguito di un danno dei lobi frontali (Durstewits, 2004).

Le teorie che indagano il ruolo della corteccia prefrontale nel processamento del tempo si sono basate principalmente sulla registrazione dell'attività di singoli neuroni nei primati (Niki e Watanabe, 1979). Questi studi hanno identificato un sottoinsieme di cellule, situato nella corteccia prefrontale delle scimmie, che dimostrano una risposta neurale sostenuta durante l'intervallo (ritardo) tra uno stimolo e una risposta. Niki e Watanabe (1979) hanno suggerito che questo pattern di scarica neuronale potesse servire a misurare la durata del ritardo. Analogamente Miall (1996) ha suggerito che l'accumulo di attività nella corteccia prefrontale durante un ritardo potesse riflettere un meccanismo di conteggio interno.

Una visione più generale di queste scariche

neuronali prevede che queste siano associate al mantenimento dell'attività della rappresentazione interna nella memoria di lavoro, in modo tale da permettere all'organismo di compensare i gap tra l'input sensoriale e l'output motorio (Fuster, 1990).

Diamond (1990) ipotizza che la rappresentazione primaria della durata dovrebbe essere generata in un'altra sede del cervello e la corteccia prefrontale diventerebbe utile per mantenere questa rappresentazione attiva e libera dalle interferenze durante un periodo di ritardo. Dunque, l'attivazione della corteccia prefrontale non implica un suo coinvolgimento nella capacità generale del processamento del tempo, ma piuttosto il ruolo che l'attenzione e la memoria di lavoro giocano nella percezione del tempo (Harrington et al., 1998). I modelli della percezione del tempo sui topi confermano il ruolo della corteccia frontale per quanto riguarda le componenti della memoria e dell'attenzione nella percezione del tempo (Diamond, 1990).

È stato riportato che la rTMS della corteccia prefrontale destra in individui sani altera la percezione di intervalli temporali di stimoli che vanno dai 5 ai 15 secondi (Koch et al., 2003). Anche uno studio di risonanza magnetica funzionale (functional Magnetic Resonance Imaging- fMRI) ha riportato il coinvolgimento della corteccia prefrontale in compiti di timing (Lewis e Miall, 2003).

I lobi parietali

Diversi risultati provenienti da studi effettuati con fMRI e condotti su pazienti con lesioni cerebrali hanno indicato il lobo parietale come sede dell'elaborazione temporale, spaziale e numerica (Ashbridge et al., 1997; Basso et al., 1996; Harrington e Haaland, 1999).

Leon e Shadlen (2003) hanno recentemente dimostrato il ruolo della corteccia parietale nel circuito di processamento del tempo, registrando l'attività neuronale delle scimmie in un compito di discriminazione di intervalli temporali.

L'attività dei neuroni della corteccia parietale inferiore sembra riflettere i processi decisionali implicati nella percezione del tempo. Tale attiva-

zione indica che l'elaborazione temporale è essenziale per pianificare e programmare adeguati comportamenti motori da compiere in risposta a stimoli ambientali (Sawamura et al., 2002).

Dati a sostegno dell'interazione fra spazio e tempo, nei lobi parietali, sono stati forniti da uno studio neuropsicologico di Basso et al. (1996), da cui risulta una compresenza di deficit spaziali e temporali nell'emeleggenza spaziale (neglect). Questo autore ha analizzato la prestazione di un paziente con neglect in un compito di discriminazione di stimoli visivi di breve durata (300 ms vs 700 ms). Da questo studio è emersa una distorsione nella percezione temporale in direzione di una sovrastima della durata degli stimoli presentati nello spazio negletto, ovvero nel lato sinistro dello schermo.

Recentemente, testando pazienti con danno cerebrale destro in compiti di riproduzione verbale, Danckert et al. (2007) hanno evidenziato che i pazienti con negligenza spaziale sono risultati i più compromessi nel compito, mostrando una sotto-stima degli intervalli di tempo rispetto a soggetti sani e a soggetti con danno cerebrale destro. In aggiunta, i pazienti con neglect hanno generalmente lesioni parietali inferiori destre e mostrano frequentemente ammiccamenti attentivi prolungati, suggerendo il ruolo della corteccia parietale nel processamento degli aspetti temporali degli stimoli (Husain et al., 1997).

Interazione spazio-temporale nel cervello umano

Molte attività della vita quotidiana richiedono l'integrazione delle dimensioni temporali e spaziali. La ricerca di meccanismi cognitivi comuni per queste operazioni, nonché le strutture cerebrali comuni che permettono di elaborare il "dove" e il "quando" relativo agli stimoli, è un tema di rilevante interesse per le neuroscienze cognitive. Le interazioni spazio-temporali nel cervello umano destano interesse sia nei ricercatori che indagano l'elaborazione temporale sia in coloro che studiano l'elaborazione spaziale.

Studi di fMRI (Rao et al., 2001), elettroencefici (Electroencephalography- EEG) (Mohl e Pfurtscheller, 1991) e di neuropsicologia (Har-

rington e Haaland, 1999) hanno dimostrato che la corteccia parietale inferiore destra (right Inferior Parietal Cortex- rIPC) è importante per la percezione del tempo e per l'integrazione delle informazioni spazio-temporali (Assmus et al., 2003).

Studi di neuroimaging mostrano che compiti di timing attivano più frequentemente la corteccia prefrontale dorsolaterale (Dorsolateral Prefrontal Cortex- DLPFC) rispetto a qualsiasi altra area del cervello (Lewis e Miall, 2003), anche se prove recenti suggeriscono l'implicazione della corteccia parietale destra nel circuito sotteso alla percezione del tempo (Battelli et al., 2008; Buetti et al., 2008; Lewis e Walsh, 2005). Prove sulle interazioni spazio-temporali, nel sistema cognitivo, derivano da studi psicofisici, studi neuropsicologici in pazienti con danni cerebrali focali e studi di neuroimaging su soggetti sani in compiti spaziali e temporali.

In una recente serie di esperimenti, Vicario et al. (2007) hanno osservato l'influenza dei fattori spaziali in compiti di stima temporale. La manipolazione dell'attenzione spaziale verso lo spazio di destra o di sinistra, tramite stimolazione optocinetica, è in grado di influenzare direzionalmente compiti spaziali anche in soggetti sani (Sandor et al., 2000). Su questa base, gli autori hanno testato gli effetti della stimolazione optocinetica sulla comparazione di diversi intervalli di tempo che venivano presentati al centro, a destra o a sinistra. I risultati principali hanno mostrato che l'attenzione diretta verso l'emispazio di destra induce sovrastima del tempo, mentre l'attenzione diretta verso l'emispazio di sinistra induce una sottostima temporale.

Tempo, spazio e quantità numerica

Il ruolo della corteccia parietale non si limita al processamento del tempo, infatti tale area è coinvolta in diversi processi cognitivi, come la stima della quantità e della numerosità (van Rossum, 2001). Nieder e Miller (2004) hanno dimostrato che nei primati i neuroni selettivi per l'elaborazione di quantità sono primariamente situati nella corteccia parietale, suggerendo che tale area è la fonte primaria del processamento della numerosità.

In uno studio successivo, sono state esplorate

le interazioni tra spazio, tempo e grandezza numerica. Indipendentemente dalla natura degli stimoli visivi (cifra o punti), i soggetti hanno sottostimato la durata degli stimoli visivi presentati nello spazio di sinistra, hanno sovrastimato la durata temporale degli stimoli visivi nello spazio di destra, mentre gli stimoli numerici presentati al centro dello schermo hanno determinato una sottostima o una sovrastima delle durate temporali in maniera direttamente proporzionale alla grandezza dei numeri (Vicario et al., 2008). Oliveri et al. (2008) hanno riportato che l'interazione tra tempo e quantità numerica potrebbe essere mediata da fattori spaziali. I numeri piccoli determinerebbero una sottostima, mentre i numeri grandi determinerebbero una sovrastima della durata percepita. Infatti, è noto che la presentazione di cifre piccole e grandi spinge l'attenzione rispettivamente verso lo spazio di sinistra e di destra (Fischer et al., 2003).

Ulteriori prove confermano la relazione tra numeri e spazio, dimostrando l'esistenza dell'effetto Spatial Numerical Association of Response Codes (SNARC) che mostra come numeri piccoli (ad esempio 1 o 2) sono associati con lo spazio di sinistra mentre numeri grandi (ad esempio 8 o 9) sono associati con lo spazio di destra lungo una linea numerica mentale (Dehaene et al., 1993).

Walsh (2003) ha proposto un modello nel tentativo di riunire a livello neuronale la percezione del tempo, dello spazio e della quantità: la teoria della magnitudo (A Theory Of Magnitude-ATOM). In particolare, propone che i domini dello spazio, del tempo e dei numeri condividano le stesse proprietà e gli stessi meccanismi di elaborazione, all'interno di un sistema unico e sovramodale localizzato nella corteccia parietale inferiore. La funzione di quest'area del lobo parietale sarebbe quella di codificare ed elaborare le informazioni sulle grandezze del mondo esterno al fine di utilizzarle per l'azione.

Un'altra fonte di evidenza relativa alla stretta associazione tra numeri e spazio proviene dai deficit congiunti di tipo spaziale e numerico che si osservano frequentemente in pazienti con lesioni a livello parietale. I pazienti con neglect presentano contemporaneamente deficit spaziali e nume-

rici che si riflettono in una distorsione nella rappresentazione della linea numerica mentale, in un compito di bisezione di intervalli numerici (in cui viene chiesto di indicare in modo approssimativo il numero che costituisce il punto centrale di un dato intervallo) (Zorzi et al., 2002). I soggetti con neglect individuano tale punto centrale in numeri più grandi rispetto alla metà effettiva, ovvero posizionati sulla destra nell'ipotetica linea mentale numerica. La loro risposta mostra un'analogia con la deviazione sistematica verso destra riscontrata nei compiti di bisezione di linee, sebbene nel caso degli intervalli numerici la richiesta dello sperimentatore e la risposta del soggetto vengano formulate in una forma verbale non spaziale (Zorzi et al., 2002).

Doricchi et al. (2005) in un recente lavoro hanno riscontrato che solo alcuni pazienti con neglect (3 pazienti su 11) avevano una deviazione ipsilesionale significativa nella bisezione degli intervalli numerici più lunghi (9, 7, e 5 cifre). Inoltre, nel compito di bisezione delle linee fisiche le prestazioni degli stessi pazienti non erano significativamente diverse da quelle ottenute dal gruppo di controllo. Al contrario, i pazienti con neglect che nel compito di bisezione della linea fisica avevano le deviazioni ipsilesionali significativamente maggiori, nel compito di bisezione della linea mentale numerica non presentavano deviazioni significative. Da tali dati emerge chiaramente che vi è una doppia dissociazione tra le prestazioni dei pazienti nel compito di bisezione di linee fisiche e in quello di bisezione di intervalli numerici. Inoltre si è rilevato che la deviazione nella bisezione degli intervalli numerici è associata a lesioni delle aree prefrontali coinvolte nella working memory spaziale.

Percezione del tempo e memoria di lavoro

La consapevolezza del trascorrere del tempo è intrinsecamente correlata alla memoria. La maggior parte dei modelli di ricerca riconosce, alla base dell'elaborazione del tempo, un legame tra percezione del tempo e memoria. All'interno del modello di processamento dell'informazione Scalar Timing Theory (STT) la memoria di lavoro as-

sume la forma di un processo (accumulatore) che raccoglie le ipotesi neurali del pacemaker, coinvolto, dunque nella percezione del tempo (Gallistel e Gelman, 1992).

Un recente studio ha sostenuto che il nostro cervello è in grado di misurare il tempo mediante le medesime aree cerebrali (dorsolaterali e prefrontali) coinvolte nella memoria di lavoro (Lewis, 2006). Recentemente, è stato ipotizzato che il timing per intervalli brevi sia automatico, riflettendo l'utilizzo di processi associati alla produzione di movimenti appresi (Lewis e Miall, 2003a), mentre più lungo è l'intervallo temporale più il timing richiederebbe un'elaborazione cognitiva dipendente dalla memoria di lavoro.

Nello specifico, la memoria di lavoro risulta essere rilevante nel giudicare le durate temporali maggiori di 1 secondo (Mangels et al., 1998; Rubia et al., 1998). Woehrle e Magliano (2012) suggeriscono che vi sia un legame tra la capacità della memoria di lavoro e la percezione del tempo. I ricercatori hanno coinvolto un campione di 99 studenti dividendoli in funzione della loro capacità di memoria di lavoro in due gruppi: soggetti con elevata o bassa capacità di working memory. Ai partecipanti è stato richiesto di impegnarsi nella risoluzione di problemi matematici, chiedendo loro contemporaneamente di valutare soggettivamente il tempo trascorso in tale attività. I risultati hanno evidenziato come i soggetti con maggiori capacità di memoria di lavoro tendano a valutare soggettivamente inferiore il tempo impiegato nella risoluzione del compito rispetto ai soggetti con bassa capacità di memoria di lavoro.

Secondo gli autori gli individui con migliori capacità di working memory sarebbero in grado di focalizzare la loro attenzione quasi interamente sullo svolgimento del problema matematico (task primario), portando benefici alla performance matematica e prestando meno attenzione al trascorrere del tempo; viceversa, i partecipanti con scarsa capacità di memoria di lavoro allocano una parte della loro attenzione sulla valutazione soggettiva dello scorrere del tempo risultando quindi più accurati nella percezione di tale variabile, a scapito però della performance matematica. Un limite dello studio è riscontrabile nella scelta di

non indagare lo stato emotivo dei soggetti alle prese con problemi matematici e di non considerare possibili mediazioni di questa variabile sulla funzionalità della memoria di lavoro (Woehrle e Magliano, 2012).

Tempo, memoria di lavoro e corteccia prefrontale

Diversi studi hanno sottolineato come la corteccia prefrontale (PreFrontal Cortex- PFC) risulta essere coinvolta sia della stima del tempo (specialmente per gli intervalli di secondi) sia della memoria di lavoro (Koch et al., 2002, 2003; Mangels et al., 1998).

Mangels et al. (1998) hanno utilizzato un compito di discriminazione di intervalli di tempo che variano, con durata dai 400 millisecondi ai 4 secondi, in gruppi di pazienti colpiti da ictus con lesione del corteccia prefrontale o del cervelletto. I pazienti con lesioni neo-cerebellari commettono errori di discriminazione sia negli intervalli di breve durata (400 millisecondi) sia in quelli di lunga durata (4 secondi). Al contrario, i pazienti con danno frontale mostrano un deficit significativo soltanto nel giudicare gli intervalli più lunghi. Inoltre, i pazienti con lesione prefrontale destra hanno mostrato un'alterazione significativa nel determinare il punto di uguaglianza soggettivo, non osservata nei pazienti neo-cerebellari o nei soggetti di controllo, suggerendo che tale deficit possa riflettere un allungamento sistematico della durata in relazione alla memoria.

Koch et al. (2002) hanno descritto un soggetto di 49 anni la cui risonanza magnetica cerebrale ha mostrato una lesione ischemica del lobo frontale destro. Nelle sue attività quotidiane, il paziente ha riportato delle difficoltà nella stima della durata degli eventi che venivano infatti sottostimati. Quando gli è stato richiesto di stimare la durata degli intervalli di tempo tra i 5 e i 90 secondi mostrava meno accuratezza rispetto al gruppo di controllo, nella valutazione degli intervalli più lunghi, dimostrando una chiara tendenza a sottovalutare il tempo reale (Koch et al., 2002).

Al contrario, Jones et al. (2004) in uno studio con TMS hanno dimostrato l'influenza della corteccia motoria supplementare (Supplementary

Motor Area- SMA) e della corteccia prefrontale dorsolaterale (Dorsolateral Prefrontal Cortex-DLPFC) nei processi di temporizzazione. In generale, i risultati hanno mostrato che i soggetti sottovalutavano la durata degli intervalli più lunghi (2 secondi in media). La stimolazione cerebrale, durante la fase di riproduzione del compito, ha permesso di rilevare un'attivazione della DLPFC destra durante la discriminazione di intervalli lunghi. Per contro, non sono stati osservati effetti della DLPFC destra e della SMA in relazione agli stimoli brevi (500 millisecondi in media). In conclusione, gli autori propongono che la TMS applicata sulla DLPFC destra interferisce con i processi di memoria, il che implica che intervalli lunghi sono più vulnerabili rispetto agli intervalli brevi (Jones et al., 2004).

Studi di neuroimaging, durante compiti di temporizzazione, hanno permesso di osservare l'attivazione della DLPFC destra più frequentemente di qualsiasi altra area del cervello (Lewis e Miall, 2003a). Da numerosi studi, tale area risulta fortemente associata alla memoria di lavoro (Goldman e Rakic, 1995; Passingham e Sakai, 2004). Questi risultati sottolineano che la DLPFC, implicata nella memoria di lavoro, è essenziale anche per l'elaborazione cognitiva del tempo (Lewis e Miall, 2006). Pertanto, l'attività della DLPFC sembra aumentare in compiti di temporizzazione a seconda della durata dello stimolo e del carico cognitivo.

Bibliografia

- Assmus, A., Marshall, J.C., Ritzl, A., Noth, J., Zilles, K., & Fink, G.R. (2003). Left inferior parietal cortex integrates time and space during collision judgments. *Neuroimage*, 20, 82-88.
- Ashbridge, E., Walsh, V., & Cowey, A. (1997). *Temporal aspects of visual search studied by transcranial magnetic stimulation. Neuropsychologia*, 35, 1121-1131.
- Basso, G., Nichelli, P., Frassinetti, F., & di Pellegrino, G. (1996). *Time perception in a neglected space. Neuroreport* 7, 2111-2114.
- Battelli, L., Walsh, V., Pascual-Leone, A., & Cavanagh, P. (2008). *The 'when' parietal pathway explored by lesion studies. Current Opinion Neurobiological*, 18(2):120-126.
- Bueti, D., Walsh, V., Frith, C., & Rees, G. (2008). *Different brain circuits underlie time processing for*

- action and perception*. Journal Cognitive Neuroscience, 20, 204–214.
- Castellanos, F. X., Solanto, M. V., Arnsten, A. F. T. (2001). *Stimulant Drugs and ADHD: Basic and Clinical Neuroscience*. Oxford Univ. Press, New York, 243–258.
- Coull, J. T., Vidal, F., Nazarian, B. e Macar, F. (2004). *Functional anatomy of the attentional modulation of time estimation*. Science 303, 1506–1508.
- Danckert, J., Ferber, S., Pun, C., Broderick, C., Striemer, C., Rock, S., Stewart, D. (2007). *Neglected time: impaired temporal perception of multisecond intervals in unilateral neglect*.
- Dehaene, S., Bossini, S., e Giraux, P. (1993). *The mental representation of parity and number magnitude*. Journal of experimental Psychology: General, 122, 371–396.
- Diamond, A. (1990). *The development and neural bases of memory functions as indexed by the A. not-B and delayed responses tasks in human infants and infants monkeys*.
- Doricchi, F., Guariglia, P., Gasparini, M., e Tomaiuolo, F. (2005). *Dissociation between physical and mental number line bisection in right hemisphere brain damage*. Nature Neuroscience, 8: 1663–1665.
- Durstewitz, D. (2004). *Neural representation of interval time*. Neuroreport, 15, 745–749.
- Eilers, R.E., Bull, D.H., Oller, D.K., Lewis, D. (1984). *The discrimination of vowel duration by infants*, Journal of the Acoustical Society of America, 75, 1213–1218.
- Exner, M., Vacata, V., Hornei, B., Dietlein, E., e Gebel, J. (2004). *Household cleaning and surface disinfection: New insights and strategies*. J. Hospital Infect., 56: 570–575.
- Fischer, M.H., Castel, A.D., Dodd, M.D., Pratt, J. (2003). *Perceiving numbers causes spatial shifts of attention*. Nature Neuroscience, Vol. 6, Number 6.
- Franz, E.A., Ivry, R.B., e Helmuth, L.L. (1996). *Reduced timing variability in patients with unilateral cerebellar lesions during bimanual movements*. Journal of Cognitive Neuroscience, 8, 107–118.
- Fuster, J.M. (1990). *Role of the prefrontal cortex in delay tasks: Evidence from reversible lesion and unit recording in the monkey*. In H.S. Levin, H.M. Eisenburg, e A.L. Benton (Eds.), *Frontal Lobe Function and Dysfunction*. New York: Oxford University Press, 59–71.
- Gallistel, C.R., e Gelman, R. (1992). *Preverbal and verbal counting and computation*. Cognition, 44, 43–74.
- Gibbon, J., e Church, R.M. (1984). *Source of variability in an information processing theory of timing*. In H.L. Roitblat, T.G. Bever, e H.S. Terrace (Eds.), *Animal cognition*. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 465–488.
- Gibbon, J., Malapani, C., Dale, C. L. e Gallistel, C. (1997). *Toward a neurobiology of temporal cognition: advances and challenges*. Curr. Opin. Neurobiol. 7, 170–184.
- Goldman-Rakic, P.S. (1995). *Cellular basis of working memory*. Neuron 14, 477–485.
- Harrington, D.L., Haaland, K.Y., e Knight, R.T. (1998). *Cortical Networks underlying mechanism of time perception*. Journal of Neuroscience, 18, 1085–1095.
- Harrington, D.L., Haaland, K.Y. (1999). *Neural underpinnings of temporal processing*. Reviews in the Neurosciences, 10, 91–116.
- Hinton, S. C. e Meck, W. H. (2004). *Frontal–striatal circuitry activated by human peak-interval timing in the supraseconds range*. Brain Res. Cogn. Brain Res. 21, 171–182.
- Husain, M., Shapiro, K., Martin, J., e Kennard, C. (1997). *Abnormal temporal dynamics of visual attention in spatial neglect patients*. Nature, 385, 154–156.
- Ivry, R. B., Keele, S.W. e Diener, H. C. (1988). *Dissociation of the lateral and medial cerebellum in movement timing and movement execution*. Exp. Brain Res. 73, 167–180.
- Ivry, R.B., e Keele, S.W. (1989). *Timing functions of the cerebellum*. Journal of Cognitive Neuroscience, 1, 136–152.
- Ivry, R.B. (1996). *The representation of temporal information in perception and motor control*. Current Opinion in Neurobiology, 6, 851–857.
- Ivry, R. B., Spencer, R. M., Zelaznik, H. N. e Diedrichsen, J. (2002). *The cerebellum and event timing*. Ann. NY Acad. Sci. 978, 302–317.
- Ivry, R. B. e Fiez, J.A. (2000). *Cerebellar contributions to cognition and imagery*. The New Cognitive Neurosciences (2nd ed.). Cambridge.
- Ivry, R. and Hazeltine, R.E. (1995). *The perception and production of temporal intervals across a range of durations: Evidence for a common timing mechanism*. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 21, 1–12.
- Ivry, R.B. e Spencer, R.M.C. (2004). *The neural representation of time*. Current Opinion in Neurobiology, 14, 225–232.
- Jahanshahi, M., Jones, C. R., Dirnberger, G. e Frith, C. D. (2006). *The substantia nigra pars compacta and temporal processing*. J. Neurosci. 26, 12266–12273.
- Jones, C. R., Rosenkranz, K., Rothwell, J. C. e Jahanshahi, M. (2004). *The right dorsolateral prefrontal cortex is essential in time reproduction: an investi-*

- gation with repetitive transcranial magnetic stimulation. *Exp. Brain Res.* 158, 366–372.
- Jueptner, M., Rijntjes, M., Weiller, C., Faiss, J. H., Timmann, D., Mueller, S. P. e Diener, H. C. (1995). *Localization of a cerebellar timing process using PET.* *Neurology*, 45, 1540–1545.
- Koch, G., Oliveri, M., Carlesimo, G.A., Caltagirone, C. (2002). *Selective deficit of time perception in a patient with right prefrontal cortex lesion.* *Neurology*, 59, 1658–1659.
- Koch, G., Olivieri, M., Torriero, S., e Caltagirone, C. (2003). *Understimulation of time perception after repetitive transcranial magnetic stimulation.* *Neurology*, 60, 1844–1846.
- Koch, G., Brusa, L., Olivieri, M., Stanzone, P., e Caltagirone, C. (2005). *Memory for time intervals impaired in left Hemi-Parkinson patients.* *Neuropsychologia*, 43, 1163–1167.
- Koch, G., Olivieri, M., Torriero, S., Lo Gerfo, E., e Caltagirone, C. (2007). *Repetitive TMS of cerebellum interferes with millisecond time processing.* *Experimental brain research. Experimentelle Hirnforschung. Expérimentation cérébrale*, 179, 291–299.
- Koch, G., Olivieri, M., Torriero, S., e Caltagirone, C. (2009). *Neural networks engaged in milliseconds and seconds time processing: evidence from transcranial magnetic stimulation and patients with cortical or subcortical dysfunction.*
- Kotani, S., Kawahara, S. e Kirino, Y. (2003). *Purkinje cell activity during learning a new timing in classical eyeblink conditioning.* *Brain Res*, 994, 193–202.
- Lee, K. H., Egleston, P. N., Brown, W. H., Gregory, A. N., Barker, A. T. e Woodruff, P. W. (2007). *The role of the cerebellum in subsecond time perception: evidence from repetitive transcranial magnetic stimulation.* *J. Cogn. Neurosci.* 19, 147–157.
- Leon, M.I., e Shadlen, M.N. (2003). *Representation of time by neurons in the posterior parietal cortex of macaque.* *Neuron*, 38, 317–327.
- Lewy, A. (1983). *Biochemistry and regulation of mammalian melatonin production.* In: T. Relkin (Ed.), *The pineal gland.* Amsterdam: Elsevier.
- Lewis, P.A., e Miall, R.C. (2003). *Brain activation patterns during measurement of sub-and supra-seconds intervals.* *Neuropsychologia*, 41, 1583–1592.
- Lewis, P.A., Miall, R.C. (2006). *Remembering the time: a continuous clock.* *Trends Cogn Sci* 10, 401–406.
- Lewis, P.A., e Walsh, V. (2005). *Time perception: components of the brain's clock.* *Current Biology*, 15, 390–391.
- Mangels, J. A., Ivry, R.B., e Shimizu, N. (1998). *Dissociable contributions of the prefrontal and neo-cerebellar cortex time perception.* *Cognitive Brain Research*, 7, 15–39.
- Malapani, C., Dubois, B., Rancurel, G. e Gibbon, J. (1998). *Cerebellar dysfunctions of temporal processing in the seconds range in humans.* *Neuroreport* 9, 3907–3912.
- Malapani, C., Deweer, B., e Gibbon, J. (2002). *Separating storage from retrieval dysfunction of temporal memory in Parkinson's disease.* *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1–12.
- Mauk, M. D. e Buonomano, D. V. (2004). *The neural basis of temporal processing.* *Annu. Rev. Neurosci.* 27, 307–340.
- Miall, C. (1996). *Models of neural timing.* In M.A. Pastor, e J. Artieda (Eds.), *Time, Internal Clocks and movement*, vol. 115 (pp. 69–94). Amsterdam: Elsevier.
- Michon, J. A. (1985). *The compleat time experimenter. Time, mind, and behavior* (eds J. A. Michon e J. L. Jackson), 21–52. Berlin, Germany: Springer.
- Mimura, M., Kinsbourne, M., e O'Connord, M. (2000). *Time estimation by patients with frontal lobe lesions and by Korsakoff amnesics.* *Journal of the International NeuroPsychological Society*, 6, 517–528.
- Meck, W. H. (2005). *Neuropsychology of timing and time perception.* *Brain and Cognition*, 58, 1–8.
- Moore, R.Y., e Eichler, V.B. (1971). *Loss of circadian adrenal corticosterone rhythm following suprachiasmatic lesions in rat.* *Brain Research*, 42, 201–206.
- Mohl, W., e Pfurtscheller, G. (1991). *The role of the right parietal region in a movement time estimation task.* *Neuroreport*, 2, 309–312.
- Nenadic, I., Gaser, C., Volz, H. P., Rammsayer, T., Hager, F. e Sauer, H. (2003). *Processing of temporal information and the basal ganglia: new evidence from fMRI.* *Exp. Brain Res.* 148, 238–246.
- Nieder, A., e Miller, E.K. (2004). *A parieto-frontal network of visual numerical information in the monkey.* *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 10001, 7457–7462.
- Niki, H., e Watanabe, M. (1979). *Prefrontal and cingulate unit activity during timing behaviour in the monkey.* *Brain research*, 171, 213–224.
- Oliveri, M., Koch, G., Torriero, S. e Caltagirone, C. (2005). *Increased facilitation of the primary motor cortex following 1 Hz repetitive transcranial magnetic stimulation of the contralateral cerebellum in normal humans.* *Neurosci. Lett.* 376, 188–193.
- Oliveri, M., Torriero, S., Koch, G., Salerno, S., Petrosini, L. e Caltagirone, C. (2007). *The role of transcranial magnetic stimulation in the study of cerebellar cognitive function.* *Cerebellum* 6, 95–101.
- Oliveri, M., Vicario, C.M., Salerno, S., Koch, G., Turriziani, P., Mangano, R., Chillemi, G., e Caltagirone, C. (2008). *Perceiving numbers alters time per-*

- ception. *Neuroscience Letters*, 438,308-311.
- Onoe, H., Komori, M., Onoe, K., Takechi, H., Tsukada, H., e Watanabe, Y. (2001). *Cortical networks recruited for time perception: a monkey positron emission tomography (PET) stud.* *NeuroImage*, 13, 37-45.
- Pastor, M.A., Artiera, J., Jahnsndhahi, M., e Obeso, J.A. (1992). *Time estimation and reproduction is abnormal in Parkinson's disease.* *Brain*, 115, 211-225.
- Passingham, D. e Sakai, K. (2004). *The prefrontal cortex and working memory: physiology and brain imaging.* *Curr. Opin. Neurobiol.* 14, 163-168.
- Perbal, S., Deweer, B., Pillon, B., Vidailhet, M., Dubois, B. e Pouthas, V. (2005). *Effects of internal clock and memory disorders on duration reproductions and duration productions in patients with Parkinson's disease.* *Brain Cogn.* 58, 35-48.
- Poeppel, E. (1996). *Reconstruction of subjective time on the basis of hierarchically organized processing system.* In M.A. Pastor e J. Artieda (Eds.), *Time, Internal Clocks and Movement* (pp. 165-185). New York : Elsevier.
- Pouthas, V., Garnero, L., Ferrandez, A. M. e Renault, B. (2000). *ERPs and PET analysis of time perception: spatial and temporal brain mapping during visual discrimination tasks.* *Hum. Brain Mapp.* 10, 49-60.
- Rammsayer, T. H., Lima, S. D., (1991). *Duration discrimination of filled and empty auditory intervals: cognitive and perceptual factors.* *Percept. Psychophys.* 50, 565-574.
- Rammsayer, T.H., e Classen, W. (1997). *Impaired temporal discrimination in Parkinson's disease : temporal processing of brief durations as an indicator of degeneration of dopaminergic neurons in the basal ganglia.* *International Journal of neuroscience*, 91, 45-55.
- Rao, S.M., Harrington, D.L., Haaland, K.Y., Bobholz, J.A., Cox, R.W., e Binder, J.R. (1997). *Distributed neural system underlying the timing of movements.* *Journal of Neuroscience*, 17, 5528-5535.
- Rao, S.M., Mayer A.R., Harrington, D.L., (2001). *The evolution of brain activation during temporal processing.* *Nat Neurosci* 4(3):317-323.
- Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S., Simmons, A., Andrew, C., e Bullmore, E. (1998). *Prefrontal involvement in "temporal bridging" and timing movement. Nand timing movement.* *Neuropsychologia*, 36, 1283-1293.
- Sandor, P.S., Bachtold, D., Henn, V., Brugger, P. (2000). *Effects of optokinetically induced rotatory self-motion on spatial perception and representation.* *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol* 13(3):188-194.
- Sawamura, H., Shima, K., e Tanji, J. (2002). *Numerical representation for action in the parietal cortex of the monkey.* *Nature*, 415, 918-922.
- Selemon, L. D. e Goldman-Rakic, P. S. (1988). *Common cortical and subcortical targets of the dorso-lateral prefrontal and posterior parietal cortices in the rhesus monkey: evidence for a distributed neural network subserving spatially guided behavior.* *J. Neurosci.* 8, 4049-4068.
- Smith, A., Taylor, E., Lidzba, K., e Rubia, K. (2003). *A right hemispheric frontocerebellar network for time discrimination of several hundreds of milliseconds.* *NeuroImage*, 20, 344-350.
- Schmahmann, J.D. (1996). *From movement to thought: Anatomic substrates of the cerebellar contribution to cognitive processing,* *Human Brain Mapping*, 4 (3), 174-198.
- Shimamura, A.P. (1994). *Memory and frontal lobe function.* In M.S. Gazzinga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*, 803-814. Cambridge, MA : MIT Press.
- Spencer, R. M., Zelaznik, H. N., Diedrichsen, J. e Ivry, R. B. (2003). *Disrupted timing of discontinuous but not continuous movements by cerebellar lesions.* *Science* 300, 1437-1439.
- Stephan, F.K., e Zucker, I. (1972). *Circadian rhythms in drinking behavior and locomotor activity of rats are eliminates by hypothalamic lesions.* *Proceeding of American Natural Academy of Science*, 69, 1583-1586.
- Treisman, M. (1963). *Temporal discrimination and the difference interval : implications for a model of the "internal clock".* *Psychological Monographs*, 77, 1-31.
- Vicario, C.M., Caltagirone, C., Oliveri, M. (2007). *Optokinetic stimulation affects temporal estimation in healthy humans.* *Brain Cogn* 64, 68-73.
- Vicario, C.M., Pecoraro, P., Turriziani, P., Koch, G., Caltagirone C. e Oliveri, M. (2008). *Relativistic compression and expansion od experimental time in left and right space.* *PLoS ONE*, 3: e1716.
- Walsh, V. (2003a). *Time: the back-door of perception.* *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 335-338.
- Wittmann, M. E Paulus, M. P. (2008). *Decision making, impulsivity and time perception.* *Trends Cogn. Sci.* 12, 7-12.
- Woehrle, J., Magliano, J.(2012). *Time flies faster if a person has a high working-memory capacity.* *Acta Psychologica*, 139 (2), 314-319.
- Woorduff-Pak, D., Papka, M., e Ivry, R. (1996). *Cerebellar involvement in eyeblink classical conditioning in humans.* *Neuropsychology*, 10, 443-458.
- Zorzi, M., Pfriftis, K. e Umilta, C. (2002). *Neglect disrupts the mental number line.* *Nature*, 417: 138-139.

Dai bisogni dei pazienti ai bisogni degli operatori sanitari

Un progetto di Ricerca-Intervento del Servizio di Psicologia Ospedaliera dell'ASL TA

*Domenica Caforio**, *Maria Monaco***, *Rosanna Montanaro***, *Antonietta Scafato****,
Salvatore Pisconti^o

*Dirigente Psicologo di I livello presso la Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera ASL TA;

** Psicologo Specialista ambulatoriale presso la Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera ASL TA;

***Direttore Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera ASL TA;

^o Direttore Dipartimento Onco-Ematologico ASL TA

Riassunto

La diagnosi di cancro ed il ricovero in ospedale sono momenti critici per i pazienti ed i loro familiari. La malattia rappresenta un evento stressante per l'individuo, che genera uno sconvolgimento della quotidianità a causa dei trattamenti chirurgici e chemioterapici e degli effetti collaterali ad essi correlati, un'importante crisi dell'identità psicologica derivante dai cambiamenti fisici e dalla minaccia circa il futuro. Questa, per tali ragioni, richiede un intenso sforzo di adattamento.

Il Servizio di Psicologia Ospedaliera dell'ASL TA al fine di strutturare un intervento di sostegno psicologico funzionale al potenziamento dell'adattamento del paziente alla malattia, al miglioramento della sua qualità di vita, del familiare e dell'operatore, ha svolto nel periodo giugno 2014-febbraio 2015, una ricerca sui pazienti afferenti al Dipartimento Onco-Ematologico del P.O. "S.G. Moscati" di Taranto. Nello specifico si tratta di uno studio osservazionale sui bisogni del paziente oncologico ospedalizzato nei reparti di degenza di Oncologia e di Ematologia in fase diagnostica e di trattamento. Il motivo del ricovero poteva coincidere con la prima fase diagnostica, il primo trattamento ed infine il ricovero in acuto, per gli effetti secondari al trattamento.

Parole chiave: *cancro, ricovero, bisogni psicosociali.*

Introduzione

La diagnosi di cancro ed il ricovero in ospedale sono momenti critici per i pazienti e i loro familiari. La malattia rappresenta un evento stressante per l'individuo, che genera uno sconvolgimento della quotidianità a causa dei trattamenti chirurgici e chemioterapici e degli effetti collaterali ad

essi correlati, un'importante crisi dell'identità psicologica derivante dai cambiamenti fisici e dalla minaccia circa il futuro. Questa, per tali ragioni, richiede un intenso sforzo di adattamento.

Scopo

Il Servizio di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'ASL TA ha svolto nel periodo giugno 2014-febbraio 2015 una indagine conoscitiva sui pazienti in trattamento presso il Dipartimento Onco-Ematologico del P.O. "Moscati" di Taranto. Nello studio osservazionale sui bisogni del paziente oncologico ospedalizzato sono stati reclutati pazienti in fase diagnostica, di trattamento o in acuzie per effetti secondari ai trattamenti, ricoverati nei reparti di Oncologia e di Ematologia.

L'obiettivo di tale studio è migliorare l'adattamento del paziente al percorso di cura, la comunicazione e la relazione con il familiare e l'operatore, ai fini di facilitare la compliance terapeutica.

Campione e strumenti

Lo studio osservazionale è stato effettuato su un campione di 100 pazienti, ricoverati nella Struttura di Onco-Ematologia, che previo consenso informato, hanno aderito alla ricerca in forma anonima. Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti: scheda di rilevazione di dati socio-demografici; il NEQ (Needs Evaluation Questionnaire) di Tamburini (2000) per la rilevazione dei bisogni psicosociali.

La scheda anagrafica rileva informazioni circa: sesso, età, titolo di studio, stato civile, numero fi-

gli, occupazione, sito tumorale, fase di malattia, motivo del ricovero.

Il NEQ è composto da 23 item, a risposta dicotomica (Sì/No), relativi a bisogni specifici del paziente oncologico ospedalizzato, che indaga le seguenti 8 aree:

- Informazioni diagnosi e prognosi (item 1 e 2)
- Informazioni esami e trattamenti (item 3 e 4)
- Comunicazione (item 5, 6, 7 e 8)
- Assistenza (item 9, 10, 11, 12, 13)
- Struttura (item 14)
- Aspetti finanziari (item 15, 16)
- Supporto (item 17, 18, 19 e 23)
- Relazioni personali (item 20, 21, 22)

Risultati

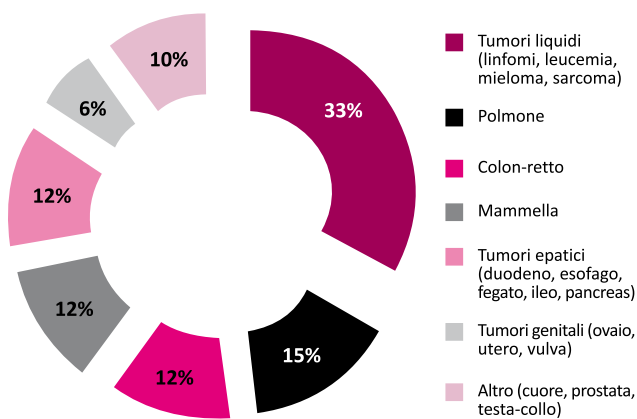
I risultati dell'indagine sono stati elaborati ricorrendo all'analisi statistica *Chi-Quadro X²* ed al programma specifico SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Il campione è composto: 51% donne, 49% uomini, di cui il 64% appartenenti al reparto di Oncologia ed il 36% al reparto di Ematologia. Rispetto alla fase di malattia, il 37% del campione in fase diagnostica, il 63% in trattamento attivo chemioterapico. La discrepanza tra le percentuali di pazienti ricoverati nei due reparti potrebbe essere spiegata dal maggiore turnover di pazienti presso l'Oncologia vs Ematologia (28 gg vs 14 gg di degenza media), per il differente trattamento della patologia.

L'età media del campione è di 59,8 anni (range: 18-80), distribuito in 5 classi di età, Stato civile, Titolo di studio e Occupazione (Tab.1). La mag-

giore incidenza di malattia, 33%, concordemente ai dati AIRTUM (Associazione Italiana Registro Tumori, 2013), si distribuisce nella fascia di età 61-70anni. L'81% del campione risulta coniugato; e mediamente ha conseguito la Licenza Media (48%). Il 48% del campione risulta disoccupato (casalinghe e temporaneamente inoccupati a causa della malattia).

Sede tumorale



Si rileva la presenza di tumori liquidi (linfomi, leucemia, mieloma, sarcoma) per il 33%. Il sito tumorale prevalente è il polmone (15%), seguito dal colon-retto (12%) e dalla mammella (12%). Tumori epatici (duodeno, esofago, fegato, ileo, pancreas) per il 12%. Il restante 10% è caratterizzato da altro (cuore, prostata, testa-collo) (Tab.2). Nel nostro campione l'incidenza del tumore al polmone è al primo posto, rispetto al terzo posto dei dati nazionali AIRTUM, questo è dovuto dall'incidenza dell'inquinamento ambientale che interessa il bacino di utenza (ISS, istituto Supe-

FASCE D'ETÀ	%	STATO CIVILE	%	TITOLO DI STUDIO	%	OCCUPAZIONE	%
18-30 anni	3%	Celibe/nubile	10%	Analfabeta	1%	Disoccupato	48%
31-45 anni	14%	Coniugato	81%	Licenza Elementare	24%	Pensionato	35%
46-60 anni	28%	Separato/divorziato	6%	Licenza Media	48%	Occupato	17%
61-70 anni	33%	Vedovo	3%	Diploma	21%		
>71 anni	22%			Laurea	6%		

Tabella 1. Variabili socio demografiche.

riore di Sanità).

Tabella 2. La frequenza delle patologie tumorali nel campione di studio

Tumori liquidi (linfomi, leucemia, mieloma, sarcoma)	33%
Polmone	15%
Colon-retto	12%
Mammella	12%
Tumori epatici (duodeno, esofago, fegato, ileo, pancreas)	12%
Tumori genitali (ovaio, utero, vulva)	6%
Altro (cuore, prostata, testa-collo)	10%

Dall'analisi della frequenza delle singole risposte al NEQ, si evince che, tra i bisogni psicosocia-

li, nel nostro campione prevale: avere maggiori informazioni circa la prognosi; maggiori informazioni economico-assicurative legate alla malattia (esenzione ticket, invalidità civile, accompagnamento, sgravi fiscali, ecc.); infine si evidenzia il bisogno di sentirsi maggiormente utile alla famiglia (Tab. 3).

Dall'analisi fattoriale e del Chi-quadro (X^2) (Tab. 4 e 5) risulta che sono soprattutto i pazienti ricoverati in acuto, per effetti secondari al trattamento chemioterapico, rispetto ai ricoverati per accertamenti diagnostici, che necessitano di maggiori informazioni (43% vs 26%). Inoltre le donne necessitano di maggiore coinvolgimento nelle scelte terapeutiche (12% donne vs 2% uomini), indice di un ruolo attivo rispetto agli uomini nel percorso di cura. Il 66% del campione lamenta il

	Si	No
1. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi	38%	62%
2. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia condizione futura	66%	34%
3. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo	41%	59%
4. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sui trattamenti	40%	59%
5. Ho bisogno di essere più coinvolto/a nelle scelte terapeutiche	20%	79%
6. Ho bisogno che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili	22%	78%
7. Ho bisogno che i medici siano più sinceri con me	23%	77%
8. Ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici	29%	68%
9. Ho bisogno che alcuni miei disturbi (nausea, vomito, dolore) migliorino	40%	58%
10. Ho bisogno di maggiore aiuto per mangiare, vestirmi ed andare in bagno	21%	78%
11. Ho bisogno di maggior rispetto per la mia intimità	22%	76%
12. Ho bisogno di maggiore attenzione da parte del personale infermieristico	21%	77%
13. Ho bisogno di essere più rassicurato dai medici	31%	66%
14. Ho bisogno che i servizi offerti dall'ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori	50%	50%
15. Ho bisogno di avere maggiori informazioni economico-assicurative legate alla mia malattia (ticket, invalidità, ecc...)	50%	49%
16. Ho bisogno di un aiuto economico	36%	63%
17. Ho bisogno di parlare con uno psicologo	28%	71%
18. Ho bisogno di parlare con un assistente spirituale	23%	77%
19. Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza	46%	54%
20. Ho bisogno di essere maggiormente rassicurato dai miei familiari	21%	79%
21. Ho bisogno di sentirmi maggiormente utile alla mia famiglia	56%	44%
22. Ho bisogno di sentirmi meno abbandonato a me stesso	18%	82%
23. Ho bisogno di essere meno commiserato dagli altri	20%	80%

Tabella 3. Frequenza delle risposte al NEQ.

bisogno di essere informato circa i propri diritti assicurativi e di aiuto economico.

Il nostro campione si dichiara mediamente soddisfatto dei servizi offerti dal luogo di cura, tuttavia necessita di essere migliorata la qualità dei pasti, in particolare in ematologia e per quei pazienti che, a seguito dei chemioterapici, presentano disgeusia, alterazioni del gusto. Più della metà del campione, il 63%, esprime il bisogno di sostegno psicologico, spirituale, indicando come via privilegiata l'opportunità di condividere con i pari l'esperienza di malattia.

Nell'ambito del supporto alla persona, la bassa percentuale, 28% dei pazienti, rivela il bisogno di sostegno psicologico, questo dato può essere spiegato dalla stigmatizzazione di tutto ciò che è "psico". Il paziente stesso è portato a pensare che il ricorso allo psicologo, sia indice di incapacità personale nell'affrontare quello che gli sta accadendo, dunque ammettere sentimenti di debolezza e fragilità rispetto alla malattia, anziché intraprendere un "faticoso" percorso di adattamento alla patologia oncologica.

Inoltre per il 60% emerge il bisogno di relazioni supportive in ambiente familiare e comunitario ed il bisogno di sentirsi utile nella propria famiglia, come lo era prima di ammalarsi. La richiesta consapevole di supporto ed il bisogno di recuperare il proprio ruolo all'interno della propria famiglia, possono essere considerati aspetti specifici della malattia, in cui la programmazione della vita autonoma e della carriera può subire variazioni o essere influenzata dalla presen-

za di una condizione cronica (De Carlo, Senatore Pilleri 2012).

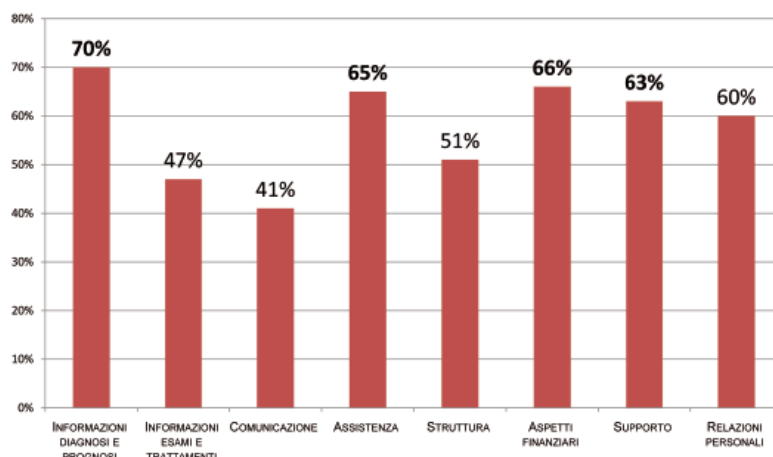
I pazienti affetti da tumore del colon-retto, nel nostro campione, sono risultati quelli che necessitano di maggiore assistenza alla persona.

Tabella 4. Distribuzione delle percentuali tra i fattori costitutivi del NEQ.

Fattori	Bisogno maggiore
Informazioni diagnosi e prognosi	70%
Informazioni esami e trattamenti	47%
Comunicazione	41%
Assistenza	65%
Struttura	51%
Aspetti finanziari	66%
Supporto	63%
Relazioni personali	60%

Tra i bisogni maggiori rilevati nel nostro campione, prevale la richiesta di avere più "Informazioni sulla diagnosi e la prognosi" per il 70% del campione, che richiede anche delucidazioni sugli "Aspetti finanziari" (66%) ad esempio sulla esenzione per patologia, pratiche di invalidità civile

NEQ Needs Evaluation Questionnaire: Fattori



Tra i bisogni, prevale la richiesta di Informazioni sulla diagnosi e la prognosi (70%); seguita da maggiori delucidazioni circa gli Aspetti finanziari (66%) ad esempio sulla esenzione per patologia, pratiche di invalidità civile ed assegno di cura, ecc... Il campione necessita di una maggiore Assistenza (65%) medico-infermieristica per essere rassicurato ed alleviare gli effetti collaterali delle terapie. La richiesta di Supporto, da parte di uno Psicologo, di un Assistente spirituale o di coloro che hanno avuto la stessa esperienza di malattia, è richiesta dal 63% del campione.

	Informazioni diagnosi e prognosi	Informazioni esami e trattamenti	Comunicazione	Assistenza	Aspetti finanziari	Relazioni personali
Sesso	0.044*	0.562	0.052*	0.154	0.564	0.938
Titolo di studio	0.291	0.403	0.686	0.745	0.099*	0.612
Occupazione	0.290	0.664	0.248	0.016*	0.012*	0.381
Reparto di degenza	0.149	0.077*	0.047*	0.019*	0.040*	0.096*
Fase di malattia	0.007*	0.257	0.965	0.917	0.515	0.800
Organo colpito	0.310	0.257	0.161	0.039*	0.447	0.154

Tabella 5. *Chi-quadro* (X^2)

ed assegno di cura, ecc... Al 65% si attesta la richiesta di maggiore “Supporto” da parte di uno Psicologo, di un Assistente spirituale o di coloro che hanno avuto la stessa esperienza di malattia, seguito da maggiore Assistenza (65%) medico-infermieristica per essere rassicurato ed alleviare gli effetti collaterali delle terapie.

Discussione

Dal nostro studio, i pazienti ricoverati in acuto, rispetto ai ricoverati per accertamenti diagnostici ed in trattamento, dichiarano di necessitare di maggiori cure socio-assistenziali. Tale differenza giustifica il fatto che i pazienti dell’Oncologia, ricoverati prevalentemente in acuzie, più dei pazienti onco-ematologici ricoverati per trattamento, dichiarano di necessitare di maggiori informazioni sulle terapie (35% vs 12%); di maggiore dialogo con i medici (33% vs 8%); di maggiore assistenza alla persona (48% vs 17%); di maggiori informazioni circa l’assistenza assicurativa (48% vs 18%); di maggiore sostegno e rassicurazione da parte dei familiari (44% vs 16%). Questi risultati potrebbero essere spiegati in riferimento alle caratteristiche intrinseche alle diverse fasi della malattia.

Nel momento della diagnosi predominano nella persona sentimenti di paura e di angoscia, che possono sfociare in una vera e propria “paralisi emotiva”, con la negazione della patologia stessa. Tale condizione psicologica pregiudica quelle funzioni di auto-regolazione e di relazione-controllo con l’ambiente, affidandosi completamente al curante con comportamenti regressivi. Nel periodo successivo alla diagnosi segue una “reazio-

ne” in cui la persona diventa via via consapevole della malattia, di conseguenza affiorano ulteriori emozioni quali la rabbia, la tristezza, la disperazione. In particolare, nei momenti di “crisi”, in conseguenza agli effetti collaterali del trattamento o per progressione della stessa malattia, la ricerca di cure aumenta, in funzione dei sentimenti di angoscia e preoccupazione dell’efficacia della terapia stessa. Aumenta il bisogno di informazioni relativi alla malattia, alla prognosi, all’efficacia del trattamento ed aumenta il bisogno di maggiore supporto assistenziale. Apparentemente, non aumenta il bisogno dello psicologo, infatti, solo il 28% dei pazienti, rivela il bisogno di sostegno psicologico. Una spiegazione può essere data dalla tendenza della nostra cultura a ripudiare tutto ciò che è sofferenza, indice di fragilità ed anestizzazione delle emozioni. Riscoprirsi fragili ed inadeguati nel proprio ruolo sociale e familiare può essere percepito come indice di incapacità personale nell’affrontare quello che sta accadendo, mentre chiedere l’aiuto dello psicologo significa iniziare un percorso di maggiore consapevolezza della malattia, riconoscere le emozioni e le angosce che la stessa evoca.

Generalmente i sanitari, dinanzi a tale complessità emotiva dei pazienti, tendono a fornire risposte di aiuto utilizzando una loro gerarchia di valori e priorità, non sempre corrispondente a quella del paziente (Tamburini, 2000; SIPO 1992); dall’altra, a volte, il paziente stesso ha difficoltà ad esprimere i suoi reali bisogni, contribuendo a rendere difficoltosa, poco chiara ed efficace la comunicazione e relazione medico-paziente. Per-

tanto scaturisce da questo studio, la necessità di decodificare i bisogni del paziente ricoverato in ogni fase di malattia, al fine di migliorare la comunicazione e la relazione paziente-curante.

A tale proposito obiettivo del nostro studio di ricerca-azione, è quello di promuovere interventi di cura assistenziale che ridiano centralità al paziente nel percorso di cura, coinvolgendo i diversi attori: famigliari, operatori sanitari, e volontari.

Al fine di promuovere un modello di cura individualizzata e rispettosa dei bisogni specifici del paziente e del suo nucleo familiare, si propone un modello di intervento integrato multidisciplinare con i vari operatori sanitari coinvolti nella cura del paziente in ogni fase della malattia.

Nel lavoro di rete le associazioni hanno un ruolo importante nell'accompagnare e soddisfare i bisogni dei pazienti, dei loro familiari e dei curanti, attraverso le seguenti azioni:

Organizzare momenti e spazi informativi per pazienti e familiari.

Conclusioni

La SSD Psicologia Clinica Ospedaliera, all'interno del Dipartimento Onco-Ematologico, dopo aver analizzato le criticità relative ai bisogni di cura dei pazienti, ha programmato dei *focus group* sulle seguenti aree di intervento:

- area della comunicazione-informazione (diagnosi e prognosi);
- area assistenziale, socio-economico e riabilitativa (aspetti finanziari);
- area relazionale (supporto psicologico).

Fornire ai pazienti informazioni chiare e corrette riguardo ai diversi aspetti della malattia, realizzare una buona comunicazione tra il paziente e l'équipe curante; stimolare i pazienti ad un coinvolgimento attivo nella gestione della cura, vuol dire avere un approccio rivolto alla persona malata nella sua globalità.

Bibliografia

- A.A.V.V., Psiconcologia, Masson, Milano, 2002.
 AIRTUM (2013) www.registritumori.it/cms/it/Rapp2013.
 Annunziata, M.A., Muzzatti, B., Altoè G. (2009). A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): a study in the Italian

- context. In *Psychooncology*; 18 (5): 549-553.
 Balint, M., (1956) Medico, paziente e malattia. Feltrinelli, Milano, 1961.
 Biondi, M., Costantini, A., Grassi, L. (1995). La Mente e il Cancro, Il Pensiero Scientifico Ed.Roma.
 Bogliolo, A., Russell-Edu, W., Alloro, G., Ballarini, R., Bocchini, G., Cecere, L., Codonesu, A., Cognetti, G., Montella, M., ISS (Istituto Superiore di Sanità)
 Comba P. et al. Ambiente e salute a Taranto: evidenze disponibili e indicazioni di sanità pubblica.
 Maslach, C. (1994). Maslach Burnout Inventory, Organizzazioni Speciali, Firenze
 Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Beltrami, E., Boeri, P., Borreani, C., Fusco, Karmann, C., Greco, M., Miccinesi, G., Murru, L., & Trimigno, P. (2000). Assessment of hospitalized cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Ann Oncol* 11: 31-37.
 Morasso, G. (1993). L'informazione desiderata. In *Quaderni di Cure Palliative*; 3: 237-238.
 Morasso, G., & Tomamichel, M. (2005). La sofferenza psichica in oncologia. Ed. Carocci, Roma.
 Morucci, M. (2001). La psicologia in ospedale. Un modello di intervento sul paziente organico e sull'organizzazione. In *Quale Psicologia*, 18.
 Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, Atti della IX Giornata Nazionale del Malato Oncologico, Ottobre 2014.
 Ricci, R, Seroppi, P, Trocino, A, Truffelli, R, Cognetti, F, & Truccolo, I. (2005). More information, more choice: an Italian database for oncology patients. National Cancer Research Institute (IST), Genoa. *Annals of Oncology*. Dec;16(12):1962-7.
 SIPO - Italian Psycho-Oncology Society (1992). Consensus development conference: assessment of the quality of life in cancer clinical trial. In *Tumori*, 78: 151-154.
 Tamburini, M., Gangeri, L, Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., Bosisio, M. et al. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. In *BMC Cancer*, 2003; 3-12.
 Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C. et al. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. In *BMC Cancer*; 3: 12.
 Vella, S, De Lorenzo, F. (2011). Manuale per la comunicazione in Oncologia. ISS, IRCCS e AIMaC per il Servizio Nazionale di Accoglienza e Informazione in Oncologia Progetto di Alleanza Contro il Cancro.
 Donati, G.V, Maddalena, R, & Zerla, P, (2010). Migliorare l'umanizzazione dell'assistenza oncologica in Italia: il Progetto HuCare e il ruolo degli infermieri. *Io Infermiere* 5: 66-70.

Il suicidio come uccisione della gioia

Marina Caravella

Dir. Psicologa SPESALASL/FG

Analista Transazionale Didatta e Supervisore Certificato

Riassunto

Il suicidio rappresenta l'uccisione della gioia, emozione che realizza la potenza individuale. La condanna reiterata all'impotenza dell'individuo per aver rotto con l'ordine costituito, come nel mito di Sisifo, comporta una dissociazione dal Sé fino alla perdita del contatto col proprio corpo. Il suicidio si configura, quindi, come una scelta costruita socialmente nei gruppi di appartenenza.

Parole chiave: suicidio, gioia, Sé.

In memoria di Lucia e Gennaro (22 marzo e 1 maggio 2012)

“Sisifo insegna la fedeltà superiore, che nega gli Dei e solleva i macigni [] Ogni granello di quella pietra, ogni bagliore minerale di quella montagna, ammantata di notte, formano, da soli, un mondo. Anche la lotta verso la cima basta a riempire il cuore di un uomo. Bisogna immaginare Sisifo felice.” Camus A., *Il Mito di Sisifo*, 2012 p. 121.

Per introdurre il tema suicidio voglio riferirmi alla nostra vita emotiva, individuando innanzi tutto quali sono le emozioni di base. Gioia e tristezza sono l'evoluzione delle reazioni fisiologiche di piacere e dispiacere che abbiamo provato all'inizio della vita infantile e che, con lo sviluppo affettivo - cognitivo, si sono strutturate, in relazione a molteplici risposte ambientali e culturali, in emozioni e sentimenti più intensi e complessi.

L'etimologia sanscrita *Yui* del termine gioia, che significa unione dell'anima individuale con lo spirito dell'universo, ci fa comprendere come questa emozione vitale sorregga il processo d'integrazione mentale necessario al mantenimento della propria identità. La gioia è realizzazione del desiderio, costruzione del proprio potenziale umano nel contatto vitale con il mondo.

Damasio (2003) parla, riprendendo Spinoza,

di carattere mentale dei sentimenti, riconoscendo che vi è un feeling brain, in cui la gioia farebbe scaturire la coscienza partecipando al processo integrativo corpo - mente fissando gestalt che costituiscono la memoria con il suo significato esistenziale. Il Sé primario, nel contatto con l'ambiente, svilupperà gli adattamenti necessari alla costruzione delle funzioni superiori (compresa la riflessività) e le connessioni delle reti neurali del cervello, lungo le direttive del piacere (gioia) e del dolore (tristezza).

Altri studi di neurofisiologia (Goleman (1996) e Le Doux (1997) per citare solo quelli più conosciuti) suffragati da indagini di brain imaginig, confermano che emozioni e sentimenti sono ontologicamente il nucleo portante della mente che costituiscono, il Sé emozionale, o proto Sé che evolverà, attraverso il contatto con l'ambiente esterno, nel Sé nucleare relazionale e il Sé autobiografico, capace di consapevolezza spazio-temporale ed in grado di dare significato agli stimoli interiori ed esterni.

I neuroscienziati riferiscono che il proto Sé sembra far parte del più antico cervello rettiliano (nuclei della base tra midollo e cervelletto) in cui è coinvolta anche la prima corteccia matura e l'ipotalamo, stazione di smistamento tra realtà percepita ed organi. Tali aree danno il senso del corpo che vive.

La prima integrazione del Sé è quindi corporea: tra fisicità e senso di tale fisicità (Fantini M., 2014). Il corpo si muoverà nell'incontro/scontro con il mondo sviluppando gli adattamenti necessari alla sopravvivenza e le funzioni affettivo - cognitive superiori con possibilità di “sviluppi traumatici”, intesi come “condizioni di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi che ripetendosi con effetti cumulativi” (Farina e Liotti, 2011, p. 33), possono, a causa della condizione di *insottraibilità*, provocare una dissociazione della struttura della personalità e, a prescin-

dere dall'assetto precedente della stessa, possono coinvolgere il corpo come esito di una condizione d'impotenza continua.

Gioia, costruzione del potenziale umano

Durante il processo di sviluppo individuale e di socializzazione umana s'impara cosa sentire, come sentire e il modo in cui manifestare sentimenti all'interno dei gruppi d'appartenenza, nell'assunzione di ruoli che si costruiscono nelle relazioni (Caravella M., 2014). Così la primitiva polarità piacere/dispiacere dell'infante dell'epoca senso-motoria si può trasformare nelle relazioni familiari e di gruppo in gioia strutturante, come prospettiva di espressione della propria potenza, o tristezza distruggente, come blocco della potenza corporea e psichica nel congelamento del nucleo del vero Sé, sommerso da un falso Sé di matrice sociale. Il falso Sé è un adattamento al contesto d'appartenenza, adottato come risposta alla frustrazione di bisogni vitali. I bisogni vitali includono il raggiungimento di uno scopo (esistere, essere accettato e compreso, essere autonomo, affidarsi ad un amico o ad un gruppo di persone ecc. ecc.).

Le emozioni partecipano quindi ai processi organizzativi attraverso i quali costruiamo il nostro Sé (= Identità e Ruoli), insieme ai cosiddetti "processi paralleli" e a quello che Eric Berne, nella sua analisi transazionale, definisce copione che riduce, insieme ai giochi, la potenza degli individui e dei gruppi in cui gli altri "sono oggetti prevalentemente da manipolare" (Berne, 1986).

La gioia, tra tutte le emozioni utili, è fondamentale perché determina la motivazione a muoversi durante tutto l'arco della nostra esistenza. Provare gioia non solo facilita la maturazione delle strutture del cervello, che sostengono il rapporto individuo - realtà (sistema limbico e aree della corteccia superiore) attraverso la costruzione di connessioni neurali a rete, ma serve ad attivare le endorfine, che riportano all'equilibrio il corpo e la mente.

La gioia è connessa al desiderio e ci inonda quando lo appaghiamo. Reagiamo, infatti, con gioia quando realizziamo le nostre aspettative e fantasie implicite o esplicite, consee o inconsee, al contrario, sperimentiamo tristezza quando non

riusciamo a soddisfarle.

La gioia è la reazione alla prospettiva della realizzazione del proprio desiderio nell'attaccamento sicuro e nel riconoscimento ed indica la felicità del dialogo, il cui prototipo è l'interazione intima madre - bambino. In questa cornice dialogica felice il desiderio si costruisce come un paesaggio all'interno dell'inconscio, una fabbrica, un territorio attraverso il quale esso scorre.

La tristezza, al contrario, determina l'infelicità del dialogo, la rottura della relazione ed è il blocco del desiderio. L'arresto dello scorrere del desiderio è, a mio parere, la risposta alla situazione in cui qualcuno impedisce ad altri di trovare ed esprimere la propria potenza, attraverso un ricatto basato sullo "status" riconosciuto all'interno delle relazioni nella gerarchia dei ruoli istituzionalizzati o nascosti in un determinato contesto culturale.

Questa mia interpretazione è coerente con la filosofia di Deleuze (2007), che da una prospettiva diversa da quella di Damasio, riprende la conoscenza del rapporto mente - corpo di Spinoza. Nel rapporto tra mente e corpo, per i due filosofi, è sempre presente un concreto incrociarsi e scontrarsi di affetti, rapporti di potere, costruzioni sociali. Lo stesso corpo di un individuo è considerato una costruzione sociale. Il linguaggio del corpo con tutte le sue espressioni è quindi intraducibile senza la comprensione delle forme di assoggettamento e di riproduzione del potere.

Ogni persona prova gioia quando realizza il suo potenziale umano o meglio, con le stesse parole di Deleuze, la sua potenza, *la puissance* contrapposta a *le pouvoir*, al potere di chi, avendo un ruolo gerarchicamente superiore, ne può impedire o limitare l'azione, la crescita, l'autoaffermazione. *“La gioia è tutto ciò che realizza una potenza. ... è conquistare per quanto esiguo un pezzo di colore, entrare un poco nel colore. ... Al contrario, cos'è la tristezza? Quando sono separato da una potenza a torto o a ragione o di cui a torto o a ragione mi credevo capace. Avrei potuto fare una tal cosa, ma le circostanze, il fatto che non fosse consentito ... ecco la tristezza. Potremmo dire che ogni tristezza è il risultato di un potere esercitato su di me ... Non ci sono cattive potenze. Cattivo è il grado*

più basso della potenza e il grado più basso della potenza è il potere. Insomma cos'è la cattiveria? È impedire a qualcuno di fare ciò che può. La cattiveria è impedire a qualcuno di fare, di realizzare la propria potenza. Non c'è potenza cattiva. Ci sono dei poteri cattivi e forse ogni potere è cattivo per natura o forse no, sarebbe troppo facile dirlo. Ma è proprio l'idea, la confusione fra potere e potenza che è disastrosa, perché il potere separa sempre le persone che sottomette da ciò che possono" (Deleuze G. (1988), in Lucchetta M.).

La tristezza è quindi socialmente indotta, rende muta ed offusca la coscienza dell'individuo, allontana dalle possibilità, spezza persone e legami, riduce la progettualità futura, in una spinta distruttiva verso l'impotenza della mente e del corpo. Essa getta l'individuo in uno stato tale di conflitto e dolore che fa precipitare la volontà di essere se stessi in una *sospensione drammatica* che chiude alle opzioni vitali, alimentando la percezione della propria insignificanza. Insignificanza che schiude l'uscita dall'esistenza con il suicidio.

Il mito di Sisifo

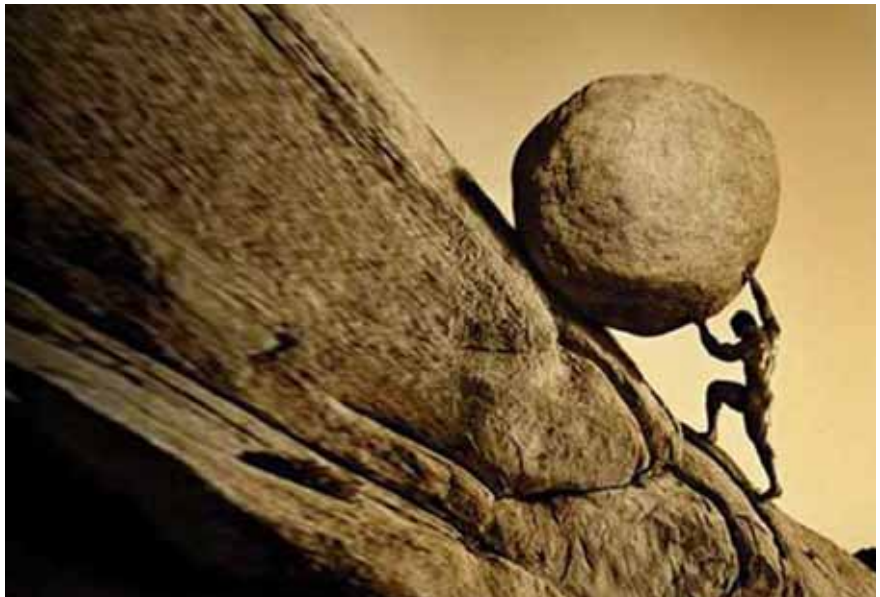
La lettura de "Il mito di Sisifo" di Camus (1942) ci aiuta a scorgere, nella dinamica del suicidio, il mascheramento di un omicidio sociale, ciò che il filosofo chiama "la percezione dell'assurdo" che dipende tanto dall'uomo che dal mondo. L'assurdo è raggiunto a partire dal desiderio di conoscenza e chiarezza che è proprio dell'uo-

mo, desiderio costantemente frustrato dall'irrazionalità del mondo attraverso le passioni tristi.

L'assurdo è il percepire ed il discernere l'inu-

manità che rende privo di senso e stupido tutto ciò che ci circonda. Ma cosa rende la vita assurda? Riprendiamo una delle versioni del mito di Sisifo. Egli, l'uomo più saggio e perspicace, detto anche il "proletario degli dei", si era ribellato svelando ciò che doveva restare un segreto ad Asopo al quale Giove aveva rapito la figlia Egina. Sisifo aveva ottenuto per questa rivelazione, in segno di gratitudine, l'acqua necessaria alla città di Corinto. La compassione e il sentimento sociale di Sisifo lo avevano spinto a rivelare l'opacità della condotta di Giove, la cattiveria degli dei per soddisfare un bisogno reale (la necessità dell'acqua) dei cittadini di Corinto.

L'audacia dell'eroe fu punita da Giove con la condanna all'impotenza. Gli dei, secondo il racconto di Omero, avevano inflitto a Sisifo la pena di spingere senza posa un macigno sino alla cima di una montagna dalla quale esso ricadeva per effetto del suo peso. Essi l'avevano punito per la sua disobbedienza al lavoro inutile e senza senso. Nell'esperienza continua della propria impotenza, Sisifo aveva perso ogni ragione di vita, confessando a se stesso l'inutilità della sofferenza e



della lotta verso la cima nel far risalire infinite volte il masso ed infine si era lasciato vincere dalla pietra. "Un volto che patisce tanto vicino alla

pietra, è già pietra esso stesso!” esclama Camus (2012). Egli aveva rinunciato a se stesso quando, estraniato dalla ripetitività meccanica della condanna, aveva perso il desiderio di poter compiere la sua impresa. Così l’indifferenza degli dei e la negazione della possibilità di rappresentarsi una meta nel tempo, di costruire il futuro e cambiare il meccanico ripetersi del copione, svuotano irrimediabilmente l’anima di Sisifo dal *sentimento* fino a rompere il profondo legame della mente con il corpo che, reso estraneo dall’inutile fatica, può essere aggredito come oggetto che incarna la sua insignificanza.

Il suicidio è dunque un atto apparentemente assurdo volto a contrastare le forze esterne superiori che non permettono di realizzare la potenza di un soggetto desiderante. Si chiarisce, attraverso la lettura del mito, nelle diverse versioni raccontate, che la condanna all’impotenza è diretta verso l’indipendenza del pensare, il sentimento sociale, la rottura della compiacenza nei confronti di chi ha uno status superiore, interpretata come tradimento e pericolo della perdita di potere e minaccia al conformismo.

Conclusioni

Un filosofo della gioia, Baruch Spinoza, come fosse uno psicoterapeuta, si pone come obiettivo quello di rimuovere alla radice gli ostacoli che imprigionano le menti e i corpi, impedendo all’uomo di conoscere e raggiungere il vero bene.

La gioia ci consente di mantenere il rapporto con la realtà indebolita dalle “passioni tristi” che caratterizzano la nostra epoca, paralizzata da un gioco cieco di poteri, di ruoli e di necessità meccaniche.

Le emozioni che proviamo sono costruite socialmente e ci possono muovere verso mete reali o fittizie guidando il nostro comportamento nella libertà di soggetti desideranti o nella ripetitività del copione.

Il suicidio è messo in atto quando il soggetto ha interiorizzato l’inutilità degli sforzi per la soddisfazione dei propri bisogni vitali (bio - psico - sociali) in un determinato contesto. Il suicida, come Sisifo viene eroso negli affetti e nel pensiero dalle dinamiche di potere dei gruppi d’appartenenza,

vede delusa ogni aspettativa a lungo perseguita fino a perdere il senso del Sé corporeo.

L’autosoppressione è di solito considerata da psicologi e psichiatri una scelta individuale, l’esito di un processo intrapsichico conflittuale in cui “un’aggressività innata” viene orientata verso se stessi, oppure viene spiegata come un deficit dovuto ad un deragliamenti biologico, che non riguarda il sociale, il tempo di un soggetto confinato in uno spazio, in un ruolo. Un soggetto che ha perso la possibilità di immaginarsi il futuro. Questa nostra negazione diventa un meccanismo difensivo per allontanare l’idea che le passioni tristi possano penetrare e pervadere il Sé, risalendo dal sociale al nucleo dell’individuo. In altre termini, l’esito di un processo costruito socialmente nelle dinamiche di gruppo viene attribuito, nelle nostre visioni terapeutiche ed umane riduttive, a “dispiaceri intimi” o “malattia incurabile” e diventa oggetto di classificazioni che derivano dalla nostra necessità di allontanarci e proteggerci dal fenomeno con teorie che separano il suicida da noi e dal suo contesto d’appartenenza.

Bibliografia

- Berne E., (1966), *Principi di terapia di gruppo*, Roma, Astrolabio, 1986
- Camus A., (1942) *Il Mito di Sisifo*, Bergamo, Tascabili Bompiani, 2012
- Caravella M., (2014) *Gioia come comunicazione intima e cambiamento. Emozione ed affermazione di sé nei rapporti interpersonali e di gruppo.*, Quaderni I.A.N.T.I., 1, 9-21
- Damasio, A., (2003) *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano, 2003
- Deleuze G., (1980) *Cosa può un corpo? Lezioni su Spinoza*, Ombre Corte, Verona, 2007
- Fantini M., (2014) *Gioia e neuroscienze*, Quaderni I.A.N.T.I., 1, 22-30
- Farina B., Liotti G., (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano
- Goleman D., (1995) *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996
- LeDoux J.E., (1996) *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998

Sitografia

- Deleuze, G., (1988), in Lucchetta M. (a cura di) *La gioia*, https://www.youtube.com/watch?v=AoQ_Go-askDg, 10-2-2013

Disturbo dello spettro dell'autismo

Lorenza Maddalena Bracci

Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto

L'uscita del DSM-V (2013) prevede una ridefinizione dei criteri diagnostici del disturbo in esame, comportando un allargamento del campo d'osservazione e relativa inclusione sotto la nuova denominazione di altri disturbi del neurosviluppo, che nella precedente versione del sistema nosografico di riferimento (DSM-IV-TR) godevano di autonomia diagnostica. Ciò nonostante il nucleo psicopatologico del disturbo resta invariato, mentre si assiste ad un incremento nelle stime di prevalenza. I trattamenti evidence-based indicati come prima scelta nelle linee guide nazionali ed internazionali restano gli approcci cognitivo-comportamentali, con enfasi sugli interventi precoci, ma permane la necessità di valutare in maniera sistematica l'efficacia di tali trattamenti attraverso ulteriori studi condotti con trial di controllo randomizzati (RCT).

Parole chiave: DSM-V, trattamenti evidence-based, CBT, interventi precoci.

Descrizione

L'autismo è un disturbo dello sviluppo psicologico, con base biologica, che compare nella prima infanzia; la sintomatologia si manifesta nelle aree dell'interazione sociale, della comunicazione sociale e del comportamento ristretto e ripetitivo (Baird et al., 2003; Berney, 2000; Szatmari, 2003). Insieme alle aree citate, possono presentarsi difficoltà nel campo del gioco simbolico, nella comprensione degli stati mentali e nell'apprendimento.

Nella quinta sezione dell'International Classification of Disease (ICD-10, 1994), dedicata ai disturbi psichiatrici, i disturbi dello spettro autistico vengono classificati nella categoria delle Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico, mentre secondo il più recente sistema nosografico di riferimento, il DSM-V (2013), il Disturbo dello spettro dell'autismo rientra nei Disturbi del neurosviluppo, che rappresentano un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo, il cui range varia da limitazioni molto specifiche nell'apprendimento o nel controllo delle funzioni esecutive fino alla compromissione

globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. I disturbi del neurosviluppo si presentano spesso in concomitanza: per esempio, individui con disturbo dello spettro autistico presentano spesso disabilità intellettive (quasi nel 75% dei casi). In alcuni disturbi il quadro clinico comprende sintomi in eccesso, ma anche deficit e ritardi nel raggiungimento delle tappe dello sviluppo attese. Per esempio, per poter porre diagnosi di disturbo dello spettro autistico, oltre alla presenza dei caratteristici deficit della comunicazione sociale, devono essere presenti comportamenti eccessivamente ripetitivi, una ristretta gamma d'interessi e insistenza su comportamenti ripetitivi (sameness).

Nella diagnosi di Disturbo dello spettro autistico secondo il DSM-V (2013), le caratteristiche cliniche individuali vengono registrate mediante l'uso di specificatori di comorbidità (con o senza disabilità intellettiva associata, con o senza compromissione del linguaggio, etc) e di specificatori che descrivono i sintomi autistici (età del primo interessamento clinico, con o senza perdita di abilità acquisite, gravità). In questa diagnosi sono inclusi disturbi che precedentemente erano classificati come autismo infantile precoce, autismo infantile, autismo di Kanner, autismo ad alto funzionamento, autismo atipico, disturbo pervasivo dello sviluppo senza specificazione, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo di Asperger.

I dati epidemiologici della Società Italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza indicano che una prevalenza di 10 casi per 10000 sembrerebbe la stima più attendibile (Fombonne, 2003; Volkmar et al., 2004). Non sono disponibili dati aggiornati di prevalenza sulla popolazione italiana.

Per quanto riguarda la prevalenza sulla popolazione statunitense, in base alle ricerche che hanno adottato i criteri diagnostici della precedente versione del DSM, nello specifico il DSM-IV (1994), il tasso di prevalenza è situato tra i 2 e 5 casi su 10000 se si considera solo il disturbo autistico, tra i 6 e i 18 casi su 10000, se si considera la categoria più ampia dei Disturbi dello spettro autistico

(Besana, 2003).

Secondo il DSM-V (2013), negli Stati Uniti e in altri paesi, la prevalenza del disturbo si assesta intorno all'1% della popolazione, con stime simili per bambini ed adulti. Non è chiaro se i tassi più alti riflettano un ampliamento dei criteri diagnostici rispetto al DSM-IV per comprendere i casi sottosoglia, una maggiore attenzione verso la patologia, differenze nelle metodologie di studio o un vero e proprio aumento della frequenza del disturbo nella popolazione.

Il disturbo è diagnosticato più frequentemente nel genere maschile che in quello femminile (4:1); non presenta prevalenze geografiche e/o etniche,



in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale.

Nonostante i differenti criteri diagnostici adottati dalle ultime due versioni del DSM, nella descrizione del disturbo viene mantenuto il focus sugli aspetti comunicativi, sociali e comportamentali, quali:

- compromissione del linguaggio nella comunicazione sociale reciproca;
- scarsa o assente capacità di avviare una interazione sociale;
- scarsa o assente condivisione emotiva;
- ridotta o assente imitazione del comportamento altrui;
- linguaggio unilaterale, utilizzato solo per avanzare richieste o per etichettare;
- assenza o riduzione del contatto visivo, gesti, espressioni facciali, orientamento del corpo o intonazione del discorso;

- compromessa attenzione congiunta;
- repertorio comportamentale ristretto e non spontaneo;
- mancanza del gioco sociale condiviso e immaginazione, presenza di gioco con regole fisse;
- interesse sociale assente.

L'esordio avviene generalmente nei primi 12-24 mesi, ma è possibile osservare i primi sintomi comportamentali prima dei 12 mesi se il livello di gravità è elevato, o dopo i 24 mesi se la sintomatologia è attenuata. La modalità d'esordio del disturbo comprende sia la descrizione di precoci ritardi nello sviluppo o perdita di abilità sociali e linguistiche, con deterioramento graduale o relativamente rapido situato a 12-24 mesi.

Il decorso è cronico, caratterizzato da un processo continuativo di apprendimento e compensazione, essendo un disturbo non degenerativo, con ampia variabilità individuale. La sintomatologia si presenta più marcata nella prima infanzia e nei primi anni di scolarizzazione, con guadagno evolutivo nella tarda infanzia. Vi è una piccola percentuale di soggetti che peggiora nel periodo adolescenziale, mentre la maggioranza tende al miglioramento. Solo una piccola percentuale in età adulta vive e lavora autonomamente,

in genere soggetti con linguaggio e capacità intellettive superiori, mentre un'altissima percentuale (dal 60% al 90%) di bambini autistici divengono adulti non autosufficienti, e continuano ad aver bisogno di cure per tutta la vita.

Tra i fattori prognostici si evidenziano: presenza/ assenza di disabilità intellettive e compromissione del linguaggio associati.

Tra i fattori ambientali, maggior rilievo viene dato a fattori aspecifici, quali età avanzata dei genitori, basso peso alla nascita o esposizione del feto al valproato.

Tra i fattori genetici è emersa una ereditarietà variabile tra il 37-90% , sulla base del tasso di concordanza tra gemelli.

Trattamento

Molti sono i trattamenti proposti per l'autismo,

tuttavia, solo alcuni hanno ricevuto una validazione scientifica, più o meno ampia ed accurata.

Ad oggi gli interventi abilitativi e psicoeducativi per i Disturbi dello Spettro Autistico, maggiormente validati da evidenze empiriche e di letteratura, fanno riferimento ad una cornice teorica di stampo cognitivo-comportamentale. Secondo tale prospettiva l'autismo è una sindrome con un pattern comportamentale su base neurobiologica i cui elementi costitutivi specifici danno luogo ad una serie di atteggiamenti con carenze ed eccessi che possono modificarsi a seguito di specifici programmi, strutturati in relazione all'ambiente, all'individuo e ai suoi bisogni.

Le tecniche cognitivo-comportamentali mirano a promuovere i comportamenti adattivi e ridurre quelli problematici attraverso un intervento intensivo e programmato, che sia utilizzabile oltre che dai terapeuti e professionisti, anche dai genitori.

Le linee guida per il trattamento (ISS, Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza, Linea Guida Scozzese SIGN) su cui vi è ampio consenso indicano che, in primo luogo, l'intervento deve essere precoce, in quanto interventi precoci hanno esiti migliori: da uno studio è emerso come un intervento intensivo precoce in età prescolare della durata di almeno 2 anni produca esiti migliori (incremento delle performance cognitive e del linguaggio), (Dawson e Osterling, 1997; Rogers, 1996,1998).

In secondo luogo, l'intervento dovrà essere prevalentemente educativo, intensivo e generalizzato ai diversi contesti di vita (non inferiore alle 18 ore settimanali, NRC 2001; non inferiore alle 25 ore settimanali, Lord e McGee 2001).

In terzo luogo, il trattamento dovrà essere curricolare, incentrato sullo sviluppo dell'intersoggettività e delle abilità sociali, sulla valutazione ed insegnamento individualizzati, basati su educazione strutturata e strategie cognitivo-comportamentali, comprendere percorsi specifici per lo sviluppo della comunicazione.

Infine è indicata un' accurata valutazione periodica del bambino, attraverso l'utilizzo di strumenti psicometrici standardizzati (Filipek, 1999).

Modello ABA

Tra i programmi intensivi comportamentali il modello più studiato è l'analisi comportamentale

applicata (Applied Behaviour Analysis, ABA): i dati emersi da un'attenta e prolungata osservazione sono utilizzati al fine di formulare teorie relative al perché un determinato comportamento si verifica in un particolare contesto e, quindi, mette in atto una serie di interventi finalizzati a modificare il comportamento e/o il contesto. Le informazioni ricavate dall'analisi del comportamento, pertanto, vengono utilizzate in maniera propositiva e sistematica per modificare il comportamento. L'ABA prende in considerazione i seguenti 4 elementi:

- gli antecedenti (tutto ciò che precede il comportamento in esame);
- il comportamento in esame (che deve essere osservabile e misurabile);
- le conseguenze (tutto ciò che deriva dal comportamento in esame);
- il contesto (definito in termini di luogo, persone, materiali, attività o momento del giorno) in cui il comportamento si verifica.

Il programma di intervento, ovvero la modifica del comportamento, viene realizzato su dati che emergono dall'analisi, utilizzando le tecniche abituali della terapia del comportamento: la sollecitazione (prompting), la riduzione delle sollecitazioni (fading), il modellamento (modeling), l'adattamento (shaping) e il rinforzo. Gli studi sostengono una sua efficacia nel migliorare le abilità intellettive (QI), il linguaggio e i comportamenti adattivi nei bambini con Disturbi dello Spettro Autistico. I dati disponibili pongono attenzione sulle due variabili durata e intensità dell'intervento quali modificatori di effetto; tuttavia non ci sono dati per stimare quantitativamente questo rapporto di influenza e rimane ancora non chiaro il ruolo di altre variabili (quelle legate al soggetto e altre sconosciute) potenzialmente in grado di modificare l'esito ottenuto dall'intervento. Ad oggi non sono disponibili dati definitivi a sostegno dell'efficacia del modello ABA rispetto ad altri trattamenti attivi e altrettanto strutturati. Dai pochi studi finora disponibili emerge un trend di efficacia a favore anche di altri programmi intensivi altrettanto strutturati, come il Denver model di Rogers, Developmental Individual-difference Relationship (DIR) di Greenspan e il programma TEACCH di Schopler, che la ricerca dovrebbe continuare ad approfondire.

Ciò nonostante, le raccomandazioni delle Li-

nee Guida ISS indicano il modello ABA come consigliato nel trattamento dei bambini con Disturbi dello Spettro Autistico. Essendo presente un'ampia variabilità a livello individuale negli esiti ottenuti dai programmi intensivi comportamentali ABA, secondo quanto riportato dalla ricerca, "è necessario che venga effettuata una valutazione clinica caso-specifica per monitorare nel singolo bambino l'efficacia dell'intervento, ossia se e quanto questo produca i risultati attesi. (Linea guida 21 pag. 55, 2011)".

Anche le Linee d'indirizzo a cura dell'ISS (Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico) evidenziano come, pur non esistendo un particolare modello di intervento per il quale vi sia una evidenza conclusiva e risolutiva, "l'orientamento internazionale sostiene l'intervento abilitativo tempestivo, intensivo e strutturato che cerchi di modulare gli approcci psicoeducativi adeguandoli alle esigenze individuali. In tal senso l'accuratezza della diagnosi e del profilo cognitivo e funzionale rappresentano la base conoscitiva per poter costruire il piano abilitativo individualizzato" (pag. 3, 2012).

Interventi precoci

L'intervento comportamentale intensivo precoce (EIBI) è un intervento evidence-based che utilizza i principi e le procedure dell' Applied Behavior Analysis (ABA) per insegnare comportamenti adattivi a bambini con disturbi dello spettro autistico. Diversi studi di outcome hanno indicato che il miglior risultato si ottiene quando il trattamento è iniziato il più presto possibile (prima dell'età di 5 anni) e con un alta intensità (30-40 ore a settimana). Il trattamento viene effettuato dai genitori, sotto la supervisione di un professionista e mira ad individuare le competenze che il bambino non padroneggia, scomponendo questi in componenti comportamentali e insegnando quei componenti separatamente. Il bambino è dotato di una guida nell'acquisizione di nuove competenze, e tale supporto è progressivamente attenuato fino al raggiungimento di autonomia nelle specifiche competenze acquisite. La complessità dei compiti viene gradualmente aumentata in base

ai progressi del bambino, in modo che questi possa dominare ogni passo consecutivo. Molta enfasi è posta sulla generalizzazione delle abilità insegnate, il che significa che le abilità insegnate in un programma EIBI devono essere funzionali per il bambino nella vita di tutti i giorni. EIBI prevede sia sessioni di lavoro one-to-one di insegnamento delle competenze di base, come l'imitazione del linguaggio espressivo e ricettivo, e la corrispondenza, sia l'insegnamento meno strutturato come l'insegnamento naturalistico e incidentale su tutte le aree di funzionamento, come ad esempio la comunicazione, la capacità di auto-aiuto, e il funzionamento indipendente.

Vi è qualche evidenza che EIBI è un trattamento comportamentale efficace per alcuni bambini con Disturbo dello spettro autistico. Tuttavia, lo stato attuale delle prove è limitata a causa della dipendenza dai dati provenienti da studi non randomizzati (CCT), a causa della scarsità di trial di controllo randomizzati (RCT). Sono necessari ulteriori studi che utilizzano disegni di ricerca RCT per trarre conclusioni più forti circa gli effetti di EIBI per i bambini affetti da tale disturbo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed), Washington, D.C.
- Cavagnola, R., Moderato, P., Leoni, M., (2005). Autismo: che fare?, Piccola Biblioteca pratica, Vannini Editrice, Brescia
- Patel, V.B. Et al., (2014), Comprehensive guide to Autism, Springer Science and Business Media, New York
- Strauss, K., Mancini, F., Fava, L., (2013), Parent inclusion in early intensive behavior interventions for young children with ASD: a synthesis of Meta-Analyses from 2009 to 2011. Research in developmental disabilities, 34, pg 2967-85
- Vio, C., (2005), Autismo. Dalla diagnosi all'intervento psicoeducativo, Piccola Biblioteca Pratica, Vannini Editrice, Brescia

Sitografia

- www.iss.it
- www.salute.gov.it
- www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf
- www.springer.com/referenceworkentry
- www.stateofmind.it
- www.waisman.wisc.edu/connection/pdfs/SPC512_final.pdf

Prevenzione psicoevolutionista e psiconcologia dell'età evolutiva

Massimo Frateschi

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

Riassunto

Gli aspetti psicobiosociali riguardanti la promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria nell'ambito della psiconcologia vengono trattati secondo l'orientamento psicodinamico psicoevolutionista. La psiconcologia dell'età evolutiva può avvalersi di ricerche e studi relativi alle dinamiche profonde, eventualmente, già all'esordio dei precursori di rischio psicopatologico e psicotraumatico. Può essere utile un'individuazione precoce di eventi e fenomeni psicomicrotraumatici per una prevenzione primaria efficace attraverso un approccio metodologico psicologico nella scuola, con un programma pragmatico e mirato di interventi specialistici di sensibilizzazione, informazione e promozione psicologica della salute e di prevenzione oncologica e psiconcologica dell'età evolutiva.

Parole chiave: *Prevenzione psicoevolutionista, Multidimensione Psiconcologica, Bisogni Psico-Bio-Socio-Educativi.*

L'importanza degli aspetti psicosociali nella cura del cancro è stata affermata dal Consiglio Europeo (2008): "... per raggiungere risultati ottimali, un approccio centrato sul paziente onnicomprensivo e interdisciplinare e cure psicosociali ottimali dovrebbero essere implementate nella routine delle cure oncologiche, riabilitative e follow-up post trattamento per tutti i tipi di cancro" (European Union, 2008). A tale riguardo, gli psicologi in Europa e in Italia forniscono un contributo rilevante con programmi di promozione psicologica della salute e di prevenzione oncologica e psiconcologica. Numerosi sono gli psicologi che nelle Istituzioni, nelle Organizzazioni e nelle Società e Associazioni Scientifiche, a livello interdisciplinare e intradisciplinare, si impegnano con serietà, perizia e dedizione in questo campo della ricerca e degli interventi specialistici. La sinergia teorica, metodologica e applicativa di molteplici orientamenti psicologici può favorire un patrimonio comune di collaborazioni e prassi condivisibili professionali per la salute e il benes-

sere della collettività, con particolare riguardo e attenzione alla psiconcologia dell'età evolutiva.

L'orientamento della Psicologia Psicodinamica Psicoevolutionista (Frateschi M., 1988 - 1989) si articola attraverso: 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); individuazione, analisi e interpretazione delle pulsioni, degli stati di angoscia, dei conflitti intrapsichici e dei meccanismi difensivi potenziali e agiti (Psicoanalisi); individuazione, analisi e interpretazione dei bisogni, delle emergenze emotive, delle carenze affettive, delle separazioni e delle perdite (Psicologia e analisi esistenziale-fenomenologica); analisi e interpretazione delle risonanze emotive, delle reazioni evocative espressive, delle produzioni immaginative e simboliche (Psicologia e analisi immaginativa). L'orientamento suddetto compone sul piano teorico e metodologico un contributo ad un inquadramento specialistico innovativo della promozione della salute e della prevenzione nel campo della psiconcologia dell'età evolutiva, che ora presento con la premessa che: "la prevenzione psicoevolutionista 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).

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".

"Lo sforzo di Freud e di tutto il pensiero psicoanalitico consiste precisamente nel cercare di spiegare la stabilità, l'efficacia, il carattere relativamente organizzato della vita fantasmatica del

soggetto. In questa prospettiva Freud, appena il suo interesse si è concentrato sulle fantasie ha messo in luce delle modalità tipiche di scenari fantasmatici, quali, per esempio, il «romanzo familiare». Egli si rifiuta di accettare l'alternativa tra una concezione che consideri la fantasia come un derivato deformato del ricordo di eventi reali fortuiti, e un'altra concezione che non attribuisca alcuna realtà propria alla fantasia e vi veda soltanto una espressione immaginaria destinata a mascherare la realtà della dinamica pulsionale" (Laplanche J., Pontalis J. B., 1967). Nel 1925 Freud, 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. 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.

"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).

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).

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 (Frateschi M., 2015b). "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).

Ora descrivo in breve dei riferimenti esemplificativi di una suddivisione di tre tipi A, B, C di casi clinici pertinenti alla psiconcologia, e quindi, come si può applicare il metodo psicoevolutionista, a partire da riferimenti specifici a fenomeni ed eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici, fino alla Multidimensione Psiconcologica dei Bisogni Psico-Bio-Socio-Educativi.

Caso Tipo A - Bambino/a o Adolescente malato

Soggetto: A. - Femmina - Adolescente

L'adolescente A. scopre un primo nodulo, sotto la mammella destra, in estate al mare, mentre spalma una crema protettiva. Recatasi da un ginecologo senologo viene invitata a recarsi in Ospedale per una visita specialistica in U.O. Chirurgia Senologica. Durante la visita e gli esami vengono accertati n.4 noduli, di cui il più grande misura 5 centimetri. L'adolescente viene assalita da paure, ansia e una serie di domande che vorrebbe porre ai medici. Inizia a settembre la frequenza scolastica, ma è smarrita e intimorita dagli sguardi e dalle espressioni dei compagni e, soprattutto, delle compagne e dei docenti. Si sottopone all'intervento chirurgico solo per il fibroadenoma più

grande con esito positivo. Il rientro in classe è tremendo...

Caso Tipo B - Bambino/a o Adolescente con un genitore malato

Soggetto: B. - Maschio - Bambino

Il bambino B. ha iniziato regolarmente la prima classe della scuola primaria. Nei primi giorni di scuola il bambino in classe viene invitato insieme agli altri bambini a fare un disegno. Il bambino disegna e colora un bel parco con al centro la madre senza capelli, che indossa solo una gonna. B. ha sentito subito le "voci" degli altri bambini che dicevano di nascosto che era strano. Il bambino in classe piange, senza interruzione, finché il padre non giunge a scuola, e lo riporta a casa. La madre si è presentata alla scuola frequentata dal figlio per un primo colloquio. Chiede alle insegnanti di essere aiutata, apertamente, perché nei prossimi mesi per lei sarà tutto molto difficile...

Caso Tipo C - Bambino/a o Adolescente con un fratello o sorella malato/a

Soggetto: C. - Femmina - Adolescente

C. mi rivela che ha scoperto che il fratello è malato di tumore, mentre i genitori speravano di tenere il segreto. Lei l'ha scoperto a scuola perché ha sentito che le sue compagne amiche, parlavano sottovoce di lei e del fratello. Quando al ritorno da scuola C. ha raccontato ciò che era successo, i genitori le hanno rivelato la malattia del fratello e hanno ammesso tutto sotto le sue domande insistenti; a quel punto C. ha sentito di volere morire. C. delusa ed arrabbiata vuole affrontare le compagne "amiche" in classe, in presenza della docente, e non vuole che i genitori vadano a colloquio a scuola...

Un soggetto esposto agli esordi di rischi di tipo A o B o C, sviluppa rapidamente una sensibilità alle emergenze emotive, all'ansia, all'angoscia, alla paura oltre che a delle riflessioni e consapevolezza premature rispetto ai coetanei. Nella classe con i coetanei ciò potrebbe comportare per un bambino o anche per un adolescente un vissuto di diversità, smarrimento, lontananza di sentimenti, disattenzione, deconcentrazione, fantasie di fuga,

rabbia, e altre emozioni critiche fino ad un reale isolamento dal gruppo, o ad una sospensione e abbandono della frequenza scolastica. Diventa determinante l'individuazione precoce di una dimensione e intensità psicomicrotraumatica, composta di segnali espressi dal bambino o dall'adolescente, perché ciò produrrà effetti sulla sua vita futura. I docenti dovrebbero essere sensibilizzati, informati e formati su come individuare e gestire i problemi degli alunni nella classe all'esordio delle crisi e delle emergenze emotive, comunicative e relazionali, anche di tipo psiconcologico dell'età evolutiva.

Alcuni esempi di fenomeni ed eventi psicomicrotraumatici in psiconcologia dell'età evolutiva riguardano:

domande, dubbi, preoccupazioni collegate al proprio corpo; fantasie e sogni riguardanti ferite, dolori, separazione e perdite di parti o di tutto il corpo, proprie e/o dei familiari; difficoltà di espressione e comunicazione dei timori sulle malattie di parti o di tutto il corpo; segni subclinici precursori di stress, ansia, angoscia, depressione, rabbia, senso di colpa, paura; comportamenti episodici di breve durata ed intensità lieve di irrequietezza, inquietudine, instabilità psicomotoria, aggressività, regressione, inibizione, isolamento. Se tutto ciò non viene osservato, valutato e interpretato, determina una sequenza accumulata e non trattata di eventi a rischio, che possono comporsi anche con fenomeni e eventi psicotraumatici fino a strutturarsi in veri e propri disturbi e psicopatologie.

Esempi di fenomeni ed eventi psicotraumatici in psiconcologia dell'età evolutiva possono riferirsi a:

paure e ansie intense e frequenti di separazione o perdita di parti del proprio corpo e/o di quello di un familiare; angosce dismorfofobiche, metamorfosi intense, interventi mutilanti, danno persistente, minaccia dell'integrità corporea; lesioni e ferite dovute a esami e terapie; menomazione rappresentata dalla caduta dei capelli, perdita di una parte del corpo; un cambiamento improvviso, deturpante, rappresenta sempre un momento di grave crisi ed emergenza; un trauma reale sul proprio fisico o su quello di un familiare diventa rapidamente rischioso, angosciante o dannoso per l'integrità del sé; un intervento altamente demo-

litivo, rappresenta una trasformazione mostruosa con isolamento e negazione dei propri bisogni, disprezzo per i propri simili e rabbia e odio verso il mondo.



Un bambino o un adolescente che sia esposto in famiglia anche solo al dubbio che egli stesso o un componente della famiglia (es.: genitore, fratello, sorella) sia a rischio di malattia tumorale, o sia già malato di tumore, avvia subito una sequenza di domande, correlate ad emozioni e sensazioni, che pur non esplicitate e contenute nel mondo interno, vanno tenute in attenzione particolare.

A tale riguardo i rischi maggiori psicologici per il soggetto sono direttamente proporzionali a quanto più contiene con angoscia, abbandono, paura, pericolo, ansia, panico e rabbia nel proprio mondo interno, senza riuscire ad esprimersi in famiglia, o esprimendosi senza ottenere un ascolto attento e affettuoso in famiglia. Nel caso non si esprima in famiglia, potrebbe ricercare a scuola interlocutori affidabili a cui parlare o porre domande. Ma anche se si esprimesse in famiglia, ciò non esaurirebbe automaticamente le sue eventuali domande e curiosità di sapere di più, dato che la scuola è uno spazio-tempo di socializzazione e apprendimenti. L'istituzione scolastica è struttura, sistema e organizzazione pubblica titolare di responsabilità educativa e formativa, oltre che promotrice di socializzazione e apprendimenti dei soggetti ospiti affidati nello spazio-tempo di pertinenza (es.: ogni giorno nello spazio-classe per il tempo-mattina). La responsabilità dei docenti è nello spazio-tempo lezione nella classe; il team

dei docenti nella continuità educativa e formativa può incrementare lo spazio-tempo complessivo per un buon numero di ore per ogni giorno di presenza scolastica dell'allievo. I docenti possono essere presenti, preparati e consapevoli di questi segnali espressi dal bambino o dall'adolescente, perché ciò produrrà effetti sulla sua vita futura.

Quindi, potrebbe risultare utile e pratico un contributo introduttivo sulle *"Linee guida per interventi di educazione alla prevenzione oncologica nelle scuole"* (Frateschi M., 2013d, 2013e, 2015e) per realizzare un programma articolato su interventi, servizi e progetti di Psicologia e Promozione della salute e di Psicologia Scolastica, Clinica e Prevenzione Psiconcologica nelle scuole, per osservare e intervenire per la promozione della Qualità della vita, della Salute e del Benessere individuale e sociale e per la prevenzione di segni e comportamenti precursori di rischio subclinico psicomicrotraumatico e clinico psicotraumatico psiconcologico nei bambini e negli adolescenti nelle scuole di ogni ordine e grado.

In sintesi, definisco dieci punti essenziali del programma:

1. Impegno delle istituzioni scolastiche sulle necessità evolutive, educative e formative del bambino e/o dell'adolescente e sulla qualità di vita, garantendo interventi di educazione alla prevenzione da parte di psicologi ed esperti, nel campo della psiconcologia.
2. Presenza e interventi di psicologi esperti interni e/o esterni alle istituzioni scolastiche per la prevenzione di rischi, disagi, sintomi, disturbi, dipendenze, causati e/o correlati ad un'area psiconcologica dell'età evolutiva, per la identificazione precoce e per gli interventi pertinenti e mirati alla educazione, alla salute e al benessere degli ospiti minori a rischio psiconcologico di ogni tipo (A, B, C, ecc.) che frequentano l'istituto scolastico.
3. Realizzazione di studi e ricerche in collaborazione con i dirigenti, i docenti e i genitori degli alunni nelle scuole:

- 3.a. studio o ricerca sulla presenza, frequenza, intensità, prevalenza di una situazione o comportamento a rischio psiconcologico in una popolazione di un istituto scolastico;
 - 3.b. studio e valutazione di procedure e modalità d'intervento, analisi dei benefici, dell'efficacia, della rapidità, della validità per la prevenzione psiconcologica nell'istituto scolastico;
 - 3.c. studio e analisi di efficienza ed efficacia con valutazioni di indicatori mirati sui rischi psiconcologici, sulla base di dati già raccolti nell'istituto scolastico.
4. Interventi di informazione e formazione per dirigenti e docenti su Psicologia della Salute, Psicologia Preventiva Primaria, Secondaria e Terziaria riguardanti il rischio psiconcologico per i soggetti minorenni, nell'istituto scolastico.
 5. Interventi di informazione e formazione per dirigenti e docenti su cause ed effetti, su dinamiche e processi psicoevolutivi riguardanti fenomeni ed eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici nel campo psiconcologico e delle eventuali complicazioni e/o comorbilità psicopatologiche, anche con riferimento ai Bisogni Educativi Speciali, per i soggetti minorenni, nell'istituto scolastico.
 6. Interventi di informazione e formazione per dirigenti e docenti su *“Metodi e Tecniche di Relazione Significativa, di Comunicazione Pragmatica e di Dinamiche di Gruppo”* (Frateschi M., 1989, 2013c), inerenti aspetti specifici del rischio subclinico e clinico psiconcologico, e delle eventuali complicazioni, anche nella socializzazione e interazione tra soggetti minorenni, nell'istituto scolastico, e nella relazione e comunicazione responsabile con le famiglie dei soggetti minorenni.
 7. Interventi di sensibilizzazione, informazione e formazione per docenti e genitori su *“Promozione ed Educazione alla Salute per prevenire rischi o malattie oncologiche nella scuola e nella società”* (Frateschi M., 2014), inerenti aspetti specifici del rischio subclinico e clinico oncologico e psiconcologico, e delle eventuali complicazioni, anche nella socializzazione e interazione tra soggetti minorenni, nell'istituto scolastico, e nella relazione, comunicazione e interazione responsabile con le famiglie dei soggetti minorenni.
 8. Interventi di sensibilizzazione, informazione e formazione per docenti e genitori su *“Modelli di Comunicazione Cooperativa tra Docenti e Genitori per la prevenzione oncologica nelle scuole e in famiglia”* (Frateschi M., 2015a, 2015c), inerenti aspetti specifici del rischio subclinico e clinico oncologico e psiconcologico, e delle eventuali complicazioni, anche nella socializzazione e interazione tra soggetti minorenni, nell'istituto scolastico, e nella relazione, comunicazione e interazione responsabile con le famiglie dei soggetti minorenni.
 9. Progetti di *“Ricerca-Azione”* (Frateschi M., 1989, 2012) specialistica e mirata di Psicologia ed Educazione alla Salute negli istituti scolastici di ogni ordine e grado in collaborazione interdisciplinare con docenti e con la partecipazione di genitori e di alunni con l'obiettivo di evitare o diminuire i precursori di tutti i rischi oncologici e psiconcologici, prima del loro esordio in età evolutiva.
 10. Interventi di informazione e formazione per dirigenti e docenti sulla *“Multidimensione psiconcologica dei Bisogni Psico-Bio-Socio-Educativi”* (Frateschi M., 2015d), anche con riferimento ai Bisogni Educativi Speciali, del bambino e dell'adolescente in evoluzione e in formazione nell'istituto scolastico come paradigma nell'organizzazione dei servizi, basato sulla necessità di un lavoro di rete integrato in équipe multidisciplinari.
- La Multidimensione Psiconcologica dei Bisogni Psico-Bio-Socio-Educativi potrebbe essere un nuovo riferimento pragmatico della psiconcologia dell'età evolutiva fondato sulla promozione della salute e sulla prevenzione psicologica primaria, secondaria e terziaria.

Il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2012) ha diramato gli *“Strumenti d'intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”*.

I Bisogni Educativi Speciali (*Special Educational Needs*) vengono suddivisi in tre grandi sotto-categorie:

1. disabilità;
2. disturbi evolutivi specifici;
3. svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.

“Per «disturbi evolutivi specifici» intendiamo, oltre i disturbi specifici dell'apprendimento, anche i deficit del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, ricomprendendo - per la comune origine nell'età evolutiva - anche quelli dell'attenzione e dell'iperattività, mentre il funzionamento intellettivo limite può essere considerato un caso di confine fra la disabilità e il disturbo specifico. Per molti di questi profili i relativi codici nosografici sono ricompresi nelle stesse categorie dei principali Manuali Diagnostici e, in particolare, del manuale diagnostico ICD-10, che include la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e utilizzata dai Servizi Sociosanitari pubblici italiani... Tutte queste differenti problematiche, ricomprese nei disturbi evolutivi specifici, non vengono o possono non venir certificate ai sensi della legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all'insegnante per il sostegno. La legge 170/2010, a tal punto, rappresenta un punto di svolta poiché apre un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella legge 53/2003, nella prospettiva della “presa in carico” dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno” (MIUR, D.M. 2012).

Inoltre, si può aggiungere che “... si tratta di osservare la fenomenologia scolastica del funzionamento di ciascuno per coglierne la specifica richiesta e costruire risposte efficaci che “includano” quei funzionamenti, consentendo loro di manifestarsi in termini di buoni-funzionamenti.

Detta traduzione concreta della proposta già contenuta nello strumento ICF (OMS, 2002) necessita, dunque, di transitare attraverso una lettura del funzionamento degli studenti che rinunci a muovere da categorie nosografiche e/o cliniche e/o sociali predeterminate (e, quindi, certificate, secondo le diverse modalità correnti), per attingere la rappresentazione del bisogno educativo speciale direttamente nella fenomenologia comportamentale degli alunni. Si tratta di situazioni, temporanee o permanenti, di difficoltà, caratterizzate dal divenire e dalla complessità della persona, dalle sue condizioni di vita e dai contesti di riferimento e, pertanto riconducibili ad una pluralità di paradigmi di analisi (clinico, pedagogico, psicologico, sociologico, ecc.), che rinvia a forme di prese in carico altrettanto multidimensionali... Atteso che ogni studente ha una peculiare forma di eccellenza cognitiva e una propria caratterizzazione che esige un'opportuna differenziazione degli itinerari di apprendimento, *“la scuola inclusiva richiede sistemi di istruzione flessibili in risposta alle diverse e spesso complesse esigenze dei singoli alunni”* (Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni con Bisogni Educativi Speciali)... Strumento principe per favorire l'implementazione di detta azione di sistema è il Piano Annuale per l'Inclusività (PAI): documento programmatico che contiene la rappresentazione del bisogno (censimento degli alunni bisognosi di speciale attenzione a fronte della compiuta osservazione del funzionamento scolastico che li caratterizza), degli input (risorse strutturali, infrastrutturali, strumentali, professionali) di cui ciascuna istituzione scolastica dispone per la presa in carico del bisogno rappresentato” (MIUR - USR Puglia - USR Basilicata, 2013).

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2016) ha delineato in un documento su DSA e BES che: “I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli alunni, anche solo per determinati periodi, *«per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta»* (Direttiva Ministeriale del 27.12.2012). Tale Direttiva riassume i BES in tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità (tutelati dalla L.104/92), quella dei

disturbi evolutivi specifici (tra i quali i DSA, tutelati dalla L.170/2010, e per la comune origine evolutiva anche ADHD e borderline cognitivi), e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale. In ambito clinico esistono anche altri disturbi o situazioni non menzionati specificamente dalla Direttiva, quali ad esempio i disturbi dell'apprendimento non specifici, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, gli alunni plusdotati intellettivamente (i cosiddetti "gifted"), ecc., che possono essere ricompresi tra i BES... I BES sono tutelati dalla Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 e le successive circolari ministeriali. La Direttiva estende a tutti gli studenti in difficoltà il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento, richiamandosi espressamente ai principi enunciati dalla Legge 53/2003. In particolare la Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013, prot. n.561, avente come oggetto «Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative», sottolinea l'urgenza di applicare la normativa già destinata agli alunni con DSA anche a tutti quegli alunni che manifestano bisogni educativi speciali... Premesso che la diagnosi di BES non esiste, sono ricomprese in questa categoria varie difficoltà, che talvolta possono assumere la forma di un disturbo. In tal caso si utilizza un codice nosografico come da manuali di riferimento ICD o DSM-5 (per esempio per i Disturbi Specifici del Linguaggio, per l'ADHD, eccetera). Nel caso di difficoltà non inquadrabili in un disturbo non si utilizzano codici nosografici... I BES includono molte situazioni, non sempre riferibili a diagnosi, vedi per esempio le situazioni di svantaggio socio-culturale. È sempre la scuola, tramite il consiglio di classe o il team di docenti, che decide quali misure attuare e come formalizzarle, dopo aver valutato eventuali indicazioni del clinico o in seguito a considerazioni di carattere pedagogico e didattico" (CNOP, 2016).

Inoltre: "è sempre più urgente adottare una didattica che sia 'denominatore comune' per tutti gli alunni e che non lasci indietro nessuno: una didattica inclusiva più che una didattica speciale" (Direttiva MIUR 27.12.2012); ed ancora: "le scuole - con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documenta-

zione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico - possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (D.M. 5669/2011)".

Dunque, nel contesto scolastico sarebbe auspicabile l'introduzione di programmi di sensibilizzazione, informazione e promozione psicologica della salute e di prevenzione oncologica e psiconcologica dell'età evolutiva anche in relazione agli approfondimenti ulteriori sui Bisogni Psico-Bio-Socio-Educativi e i Bisogni Educativi Speciali, BES.

Bibliografia

- Consensus Conference (2007). *Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento - Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference*, Milano.
- CNOP - Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (2016). *DSA e gli altri BES. Indicazioni per la pratica professionale*, Documento ricevuto dal Consiglio Nazionale nella seduta del 26 Febbraio 2016, con deliberazione n° 10/16, II Revisione, Roma.
- European Union (2008). *Council Conclusions on reducing the burden of cancer*. Luxembourg.
- 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.
- (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*. Co-

- municazione presentata al Convegno: “Psicologia e Promozione della salute. Prevenzione Psicoevoluzionista dei DA, DSA”, Istituto Comprensivo Japigia I - Verga, Bari, in collaborazione con A.I.E.Psi., Bari.
- (2013c). *La prevenzione e la diagnosi psicoevoluzionista*. Comunicazione presentata al Seminario “Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento”, Sala delle Cerimonie del Comune, Castellana Grotte (BA).
 - (2013d). *Psicologia preventiva e psicoterapia psicoevoluzionista per la cura di psicomicrotraumi e psicopatologie*. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: “Salute e Psicoevoluzione. Psicologia Preventiva dei Disturbi dello Sviluppo e DSA”, A.I.E.Psi., Bari.
 - (2013e). *Supervisione, coordinamento e formazione psicoevoluzionista: linee guida del programma di prevenzione primaria e promozione della salute*. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: “Psicoevoluzione e Psicomicrotraumi. Strategia Psicoevoluzionista di Prevenzione Primaria e Promozione della Salute”, A.I.E.Psi., Bari.
 - (2014). *Psicodinamica e psicoterapia psicoevoluzionista 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). *Psicomicrotrauma e psicotrauma, vita e morte*. Psicopuglia, Notiziario dell’Ordine degli Psicologi della Puglia, n.15, giugno 2015, Bari.
 - (2015c). *Lo psicologo a sostegno della prevenzione primaria, secondaria e terziaria: gli aspetti psicologici clinici, psicotraumatici e psicopatologici; gli interventi, la consulenza e i progetti dello psicologo scolastico*. Comunicazione presentata al Seminario-Tavola Rotonda dal Titolo: “Lo Psicologo Scolastico”, organizzato dall’Università degli Studi di Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione in collaborazione con l’Università del Salento, Dipartimento Storia Società Studi sull’Uomo, Aula Magna, Università degli Studi di Bari, Palazzo Ateneo, Bari, 2015.
 - (2015d). *Psicoevoluzione e innovazione psicologica*. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: “Innovazione della Psicologia Scolastica, Clinica e Sociale”, Evento aderente a: “Ottobre 2015, Mese del Benessere Psicologico - Ordine degli Psicologi della Regione Puglia”, Bari, Hotel Excelsior Congressi, 2015.
 - (2015e). *Linee guida per interventi di educazione alla prevenzione oncologica nelle scuole*. Comunicazione presentata all’Evento dal titolo: “La formazione alla relazione d’aiuto in psiconcologia: contenuti, metodi e tecniche d’intervento” organizzato da Associazione Centro Studi EIDESIS - Psicologia e Relazione, patrocinato da Ordine degli Psicologi Regione Puglia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Società Italiana di Psico-Oncologia sez. Puglia, tenutosi il giorno 26 novembre 2015, presso Aula Clinica Psichiatrica, A.O.U.C. Policlinico.
- Freud, S. (1893). *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Khan, M.M.R. (1963). *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*. Ed. Boringhieri, Torino. 1979.
- Istituto Superiore Di Sanità (ISS), Sistema Nazionale Linee Guida (2011), *Consensus Conference Disturbi Specifici di Apprendimento*.
- 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.

Riferimenti Normativi

- Decreto Ministeriale n. 5669 del 12/07/2011 sui DSA con allegate “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell’apprendimento”.
- Accordo Stato-Regioni 25 luglio 2012 su “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)”.
- D.M. del 27 Dicembre 2012 “Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”.
- Circolare Ministeriale n.8 del 06/03/2013 con le Indicazioni Operative della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 “Strumenti d’intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”.
- MIUR - USR Puglia - USR Basilicata Prot. N. 4134 - Bari, 18.06.2013.
- Nota 2563 del 22 novembre 2013 “Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti”.

L'importanza di diventare ed essere genitori nei percorsi di accoglienza e di adozione

Iolanda Gisondo

Psicologa clinica, Psicoterapeuta in Formazione

Riassunto

Viviamo tempi alquanto difficili, in cui sembra oscurarsi il senso delle cose. Proprio quando da più parti si sottolinea una incompetenza genitoriale diffusa tanto da scoraggiare quanti oggi volessero assumere la sfida della paternità e della maternità in un ambito familiare, una legge dello Stato riconosce che un bambino per crescere ha bisogno primariamente di una famiglia.

Parole chiave: *Genitorialità, famiglia, condivisione, motivazione, Conferenza, accoglienza, adozione.*

Ma che cos'è esattamente la Famiglia?

La prima esperienza di relazione dei bambini ha luogo generalmente nella famiglia. Questo gruppo piccolo e intimo è il contesto fondamentale all'interno del quale la maggior parte dei bambini viene introdotta alla convivenza sociale, dove vengono acquisite le regole del comportamento interpersonale e che continuerà a servire da base sicura quando si affaceranno al mondo esterno con i suoi aspetti spesso sconcertanti. Un tempo rispondere a questa domanda era semplice: una famiglia è un gruppo di persone composto da un uomo e una donna, legati dal vincolo inscindibile del matrimonio e dai figli che questa coppia mette al mondo. Questa famiglia tradizionale era considerata il contesto essenziale per crescere figli equilibrati. I notevoli cambiamenti che si sono registrati a partire dalla metà del ventesimo secolo nella società occidentale hanno messo fine a questo ideale tradizionale. Il matrimonio non è più considerato un prerequisito essenziale della vita familiare, il tasso di divorzi è aumentato drasticamente, le famiglie monogenitoriali sono comuni. Molti bambini fanno esperienza del successivo matrimonio, di uno dei genitori, e vivono in famiglie ricostruite, un gran numero di madri è impiegato al di fuori della famiglia e di conseguenza sono state adottate soluzioni di cura condivisa per sostituire la loro presenza in ambito domestico; questi e altri cambiamenti, avviati da uno slancio

proprio, hanno avuto luogo con tale rapidità che hanno contribuito a far emergere molti dubbi sullo sviluppo psicologico dei bambini cresciuti in un contesto tanto anticonvenzionale.

Si pensa che i bambini, tanto più se piccoli, “non capiscano” o siano meno sensibili degli adulti alle esperienze traumatiche. I bambini e gli adolescenti sono più sensibili degli adulti e possono riportare conseguenze anche molto gravi e durature nell'aver vissuto o assistito a esperienze che la loro mente fatica a elaborare.

Eventi stressanti e di natura violenta (morte di un genitore, separazione dei genitori, violenze) e una serie di microtraumi relazionali avvenuti nelle prime fasi di sviluppo emotivo (separazioni precoci, carenza di sintonizzazione affettiva, umiliazioni) possono lasciare tracce molto profonde nella mente di un soggetto in età evolutiva.

La relazione con il genitore riveste un ruolo decisivo nel ridimensionare o amplificare l'impatto che eventi di vita avversi possono avere sul bambino. Affinché un bambino possa elaborare un'esperienza traumatica è fondamentale che ci sia un legame di attaccamento sicuro con il genitore. Quando questo non avviene, non solo il trauma resta non elaborato, producendo sintomi o comportamenti disfunzionali, ma può peggiorare ulteriormente la qualità dell'attaccamento. Un obiettivo fondamentale della Genitorialità è quello di aiutare i bambini a crescere e a svilupparsi al meglio delle proprie potenzialità. Infatti, non c'è controversia sul fatto che l'essenza della genitorialità promuove il benessere e la salute mentale.

I bambini imparano dall'esperienza: il trauma può essere un'esperienza intensa che insegna cose forti che durano nel tempo. Queste “lezioni” o credenze negative su se stessi e sul mondo sono protette dietro un muro e non sono modificabili da interventi razionali.

Quando incontriamo un bambino spesso ci viene detto solo qual è il problema. È importante saper cosa significa quel problema per il bambino. Dunque, il coinvolgimento della famiglia, medi-

ci, scuola e della comunità è fondamentale nel sostenere i bambini attraverso le sfide emotive e fisiche che devono affrontare dopo l'esposizione ad un evento traumatico. Tuttavia, la capacità dei bambini di provare questo dolore è in genere sottovalutata probabilmente perché il loro modo di esprimerlo è diverso. Inoltre, nella nostra cultura si tende a proteggere i bambini dal dolore e dalla sofferenza.

Indipendentemente dall'essere direttamente coinvolti, i bambini si rendono conto e sentono quando sta succedendo qualcosa di grave. Se si tace o si è vaghi si lascia il bambino da solo con i suoi pensieri, con la sua immaginazione, con domande senza risposte e con tutta l'incertezza che questo crea. Non dando informazioni reali si lascia il bambino alle sue fantasie che in genere sono peggio della realtà. Le fantasie possono provocare stati di ansia e di terrore che lasciano segni permanenti che si manifestano in seguito con un senso di vulnerabilità fisica e psichica.



È importante non solo la presenza dei genitori o di figure di riferimento del bambino, in quanto considerate le persone più indicate per informare e preparare il bambino ad affrontare situazioni critiche e potenzialmente traumatiche, ma anche che queste stesse figure trovino e si impegnino a ritrovare il tempo e la tranquillità necessaria per ascoltare le domande dei figli, rispondere loro con sincerità, comprendere le loro emozioni ed aiutarli a gestirle.

I bambini non recuperano dal trauma senza intervento. Genitori, medici, scuole attraverso la comprensione di come i bambini vivono gli eventi traumatici e di come questi esprimono il loro persistente malessere legato a tali esperienze, devono essere in grado di rispondere ai propri figli e aiutarli a superare tale momento difficile. Obiettivo ultimo è quello di ripristinare l'equilibrio nella

vita di questi bambini e nella vita delle loro famiglie.

Questo argomento è stato approfondito e discusso il 16 aprile scorso, nell'ambito delle iniziative organizzate per il decimo anniversario della sua costituzione, l'associazione «Accoglienza senza Confini Terlizzi» Onlus, che opera nel volontariato con i progetti di accoglienza terapeutica di minori vittime del disastro nucleare di Chernobyl, per cui ricorre il trentesimo anniversario.

In un momento in cui al centro del dibattito dei media c'è la «Famiglia», l'associazione, senza pregiudizi, ha voluto analizzare il ruolo dei genitori, nonché le competenze genitoriali più idonee per quei bambini che provengono da realtà difficili, all'interno dell'esperienza dell'Accoglienza e dell'Adozione, per cui il loro processo di attaccamento risulta interrotto. Il tema è stato: «Genitori oltre i confini. Problematiche ed esperienze connesse ad un percorso d'amore»

L'accento è stato messo, grazie allo spessore professionale e personale dei relatori che si sono susseguiti nello sviluppo della Conferenza, sull'importanza della selezione della coppia genitoriale, selezione che permette di identificare al meglio il bambino giusto per quella famiglia e in grado di aiutarlo ad assolvere i difficili e molteplici compiti di sviluppo che lo interesseranno con la crescita.

Tale Conferenza ha visto protagoniste figure professionali attive sul territorio nazionale (M. Faggioni, presidente Associazione «Bambini Chernobyl») e internazionale (O. Klimovich, direttore esecutivo dell'Associazione «Albero della vita» di Minsk-BY), oltre alla presenza di psicologi e psicoterapeuti con l'intervento del presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, dott. A. Di Gioia.

Tale evento ha suscitato anche l'interesse del Governo Bielorosso, il quale, tramite la referente dell'Associazione Bielorussa Olga Klimovich ha voluto omaggiarci di un importante riconoscimento, in seguito alla continuità e riscontri del tutto positivi dei progetti di risanamento svolti in dieci anni di attività.

La conferenza ha avuto inizio con un momento

molto toccante con la lettura di una lettera scritta da una bambina bielorusa, accolta ormai da diversi anni da una famiglia Italiana, della nostra associazione. Nella lettera la bambina, ormai adolescente, scopre per la prima volta il fascino e l'emozione provata in seguito all'utilizzo della parola Mamma: una persona che ha iniziato a prendersi cura di lei. Riflette, dunque, sul suo significato oltre ad esplicitare impressioni a caldo del loro primo incontro.

I relatori che hanno preso parte a tale conferenza sono stati nell'ordine:

Paolo Leovino, Presidente Associazione "Accoglienza Senza Confini Terlizzi Onlus" il quale ha dedicato il suo intervento all'importanza, nonché l'utilità e riscontri positivi dei progetti di risanamento terapeutico, con occhio critico sul disastro avvenuto il 26 Aprile 1986 a Chernobyl, mediante un video che ha mostrato quanto tale disastro non abbia coinvolto solo la Bielorussia, ma il mondo tutto.

Olga Klimovich, Direttore Esecutivo Associazione Albero della Vita Minsk, la quale, ci ha mostrato i dati empirici di una ricerca svolta sui bambini bielorusi nella fascia di età compresa tra i 9 e i 15 anni in seguito al loro soggiorno in Italia. I dati hanno mostrato sia i benefici che tali bambini presentano al loro rientro in Bielorussia da un punto di vista psicofisico, ma anche, viene sottolineato da più fronti come sia necessario dedicare maggiore attenzione ai bambini che, invece, presentano gravi difficoltà al loro rientro; difficoltà che riguardano principalmente la sfera comportamentale, problemi di adattamento oltre che confusioni sul ruolo genitoriale.

Iolanda Gisondo, Psicologa Clinica e volontaria presso la stessa Associazione. Il suo intervento è stato incentrato principalmente sul concetto di Famiglia con una disamina da vari punti di vista fino ad evidenziare quali e come devono strutturarsi competenze genitoriali nella relazione con i bambini provenienti da realtà come orfanotrofi e case famiglia. Accoglienza e adozione sono due percorsi differenti ma con la caratteristica comune dell'importanza di dare voce ai bisogni dei bambini, contraddistinti dall'esperienza traumatica dell'abbandono da parte di figure di riferimento. Alle nuove figure affettive vengono richieste forti ed elaborate capacità genitoriali, oltre a motivazione e condivisione in grado di aiutare i bambi-

no ad assolvere i difficili compiti di sviluppo che lo riguarderanno.

Antonio di Gioia, psicologo e psicoterapeuta nonché Presidente dell'ordine della Regione Puglia. Il suo intervento è stato di tipo teorico-pratico. È riuscito a coinvolgere l'intera platea introducendo il tema della genitorialità e i bisogni fondamentali nella relazione genitore-figlio.

Maurizio Faggioni, Presidente dell'associazione "Bambini di Chernobyl" Onlus di Martinicuro (Te) il quale ha fatto una disamina dell'argomento partendo dalla sua esperienza personale vissuta con suo figlio nel lungo percorso di adozione. Il suo intervento ha permesso di avere una visione d'insieme sull'argomento con occhio critico e attento su quelle che sono le difficoltà ma anche la realtà oggettiva della nazione Bielorussa.

La conferenza si è conclusa con ringraziamenti volti alle autorità presenti, alla platea e a tutti i referenti che hanno messo a disposizione in tale occasione il loro spessore non solo professionale ma soprattutto personale.

Bibliografia

- Ammaniti, M. (1997). *Crescere con i figli*, Milano, Mondadori, V.
- Anfossi, M. (2002). Jhon Bowlby e la teoria dell'attaccamento. *L'eredità psicologica. Psicologia Contemporanea*, 171, pp. 28-36.
- Autorino, G., & Stazione, P. (2001). *Le Adozioni nella nuova disciplina: legge 28 Marzo 2001 n.149*, Milano, Giuffrè.
- Bertolini, P. (2002) (a cura di). *La qualità della vita infantile*, Bergamo, Junior.
- Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1982.
- Bowlby, J. (1972). *L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano, Raffaello Cortina editore.
- Bramante, D., & Rosati, R. (1988). *Il patto adottivo*, Milano, Franco Angeli.
- Di Sauro, R., Marchegiani, F. (2008). *L'adozione e le radici dell'appartenenza*. Aracne, Roma.
- Fadiga L. (2003). *L'adozione- una famiglia per chi non ce l'ha*. Bologna, Il Mulino.
- Golbout, J. T. (2002). *L'esperienza del dono. Nella famiglia e con gli estranei*, Napoli, Liguori, 2002.
- Grimaldi, S. (1996). *Adozione; teoria e pratica dell'intervento psicologico*, Milano, Franco Angeli, 1996.
- Oliverio Ferraris, A. (2002). *Il cammino dell'adozione*, Milano, Rizzoli.

L'identità anziana.

Brevi note su Altri, tempo vissuto e creatività

Paolo Colavero

Psicologo clinico, psicoterapeuta, Referente 'Sezione Giovani' della Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica

Riassunto

L'identità anziana è stretta tra il pregiudizio sociale, le condizioni spesso critiche del corpo, e la lecita voglia del singolo soggetto di vivere anche in vecchiaia nuove e inedite esperienze. Se preparata per tempo (quella che viene definita 'educazione alla vecchiaia'), e quindi definita senza pregiudizi nelle sue risorse e problematiche, l'identità anziana potrà non subire contraccolpi eccessivi. Questo lavoro discute il peso dell'Altro, del tempo vissuto e della creatività quali fattori di rischio ma anche di nuova crescita per la persona anziana alle prese con la propria identità.

Parole chiave: *Identità anziana, cambiamento, fenomenologia*

Noi siamo vicini alle cose
Lorenzo Calvi

Sperare non è soltanto aspettare.
Sperare non è soltanto attendere,
ma è un'attesa luminosa.
Bruno Callieri

I problemi più frequenti nella persona anziana, come e forse più di quelli comuni ad altre fasce d'età, rivestono una dinamica complessa derivante da multipli fattori che non si 'limitano' spesso all'area del decadimento fisico, mentale o della mancata autosufficienza, ma coinvolgono la sfera della soggettività e dell'intersoggettività, del mondo vissuto e quindi del comportamento sociale.

Vissuti di insicurezza e di sfiducia nei propri mezzi si sommano a situazioni concrete e reali di solitudine e isolamento. Difese psichiche, e quindi atteggiamenti reattivi, vengono attivati spesso per far fronte al comune sentire, comune quello di marca ansiosa e depressiva, proprio dei periodi di drastico cambiamento e trasformazione vitale ed esistenziale.

La questione dell'identità e delle sue declinazioni viene così a rappresentare uno dei campi di ricerca più adatti alla ricomposizione ed allo studio dell'esperienza e dei vissuti dell'anziano messo di fronte al proprio corpo e alla propria immagine sociale che cambiano radicalmente, e quindi al modificarsi della propria possibilità di fare esperienza e della propria *persona*.

Gli Altri e il rischio della solitudine

L'identità nella persona anziana si fonda, non potrebbe essere altrimenti, sulle relazioni familiari e sociali che si stabiliscono nuovamente in vecchiaia, a partire però dalle definizioni dei precedenti stili e stadi della vita.

L'esperienza di ogni giorno rende consapevoli delle differenze, e quindi specificità, rispetto a chi ci sta intorno. L'esperienza fa assumere una connotazione soggettiva al vissuto, che viene spesso mantenuta e rinforzata pur in presenza di influenze esterne e talvolta di possibili alternative. Gli Altri assumono così una importanza fondamentale nell'equilibrio da rifondare o rimodulare, possono infatti favorire o compromettere la ridefinizione identitaria della persona anziana.

L'identità, come sappiamo, viene ad essere formata da tanti sé quanti sono gli incontri, le esperienze relazionali. L'anziano si può trovare a cambiare la percezione di sé anche solo a seconda del rapporto che instaura con gli Altri: egli viene spesso inserito 'd'ufficio' nella categoria di vecchio, e fatto portatore, suo malgrado, di tutti gli stereotipi che questa amara e secca denominazione porta con sé.

Le due percezioni, quella personale e quella sociale, si influenzano così vicendevolmente; l'anziano può però, con il suo comportamento e la sua immagine, con il contributo di figure significative e con le nuove esperienze che riesce a portare avanti anche in vecchiaia, riuscire a mettere

in crisi le varie attribuzioni negative che possono condizionarne il comportamento.

L'esperienza che ognuno fa di sé è mediata dall'Altro per un processo di interazione, generatore fondamentale di senso, che consente la comunicazione intersoggettiva e transgenerazionale: "E gli altri non sono solo gli esseri umani che popolano la sua 'nicchia' presente, ma, attraverso di loro e in virtù del linguaggio, anche tutti gli 'altri' che, dall'inizio delle età umane fino alle nostre società moderne, hanno trasmesso, di generazione in generazione, la loro esperienza accumulata"¹.

Lo sforzo per l'affermazione della propria identità, implica un atteggiamento riflessivo che favorisca il riconoscimento del sé nella Comunità e nell'Altro, grazie al quale ci potrà in fine essere un distacco dalla, a volte triste e dolorosa, esperienza immediata per 'riconoscersi' nonostante il tempo e gli Altri.

I caratteri specifici della unicità del soggetto possono essere così elencati:

- La dimensione *locativa* dell'identità, capacità di differenziarsi ponendo confini più o meno mobili a delimitazione del proprio sé.
- La dimensione *integrativa*, per la quale, nel tempo, le esperienze passate, quelle presenti e future si collegano in un quadro unitario.
- La dimensione *selettiva*, la quale permette di ordinare le scelte e le alternative di azione².

Le scelte e la progettualità di ogni individuo, e dell'anziano in particolare, si basano sui valori che guidano la persona, sulla personalità e sugli obblighi di ruolo cui deve sottostare; queste variabili spiegano sufficientemente bene l'ampia variabilità che si riscontra da individuo ad individuo sia nelle scelte di vita che nel diverso adattamento e destino della vecchiaia.

Il problema principale pare essere quello dell'adattamento della identità alle nuove *aspettative*, ai nuovi *ruoli* ed ai *compiti* che la vecchiaia porta con il suo arrivo.

Si può affermare che l'attenuarsi ed il venir

meno nella vita dell'anziano della partecipazione a gruppi ritenuti significativi, e perciò riconosciuti culturalmente ed economicamente, comporta la restrizione del sistema simbolico sino a quel momento condiviso con l'intera collettività e di conseguenza un senso di *aspatialità*, *atemporalità* e di solitudine che può sfociare in vissuti di persecuzione, depressione e isolamento³.

L'indebolirsi dell'identità si ripercuote sulla personalità. L'anziano, soprattutto se di sesso maschile, che con il pensionamento, a differenza spesso della donna, vede cadere il proprio ruolo occupazionale, economico e familiare, tende a limitarsi in spazi relazionali via via sempre più circoscritti. Il mondo così si contrae e, in assenza di capacità ed opportunità preparate nel tempo, l'anziano stesso rischia di disgregare la propria personalità sino a sentirsi, in assenza di sostegno e di stimoli creativi, un 'peso', un 'ostacolo' per la società e la famiglia.

L'immagine che l'anziano ricaverebbe di sé attraverso interventi appropriati nel favorire la socialità, può contribuire ad eliminare o almeno depotenziare veri e propri conflitti esplosivi di 'non-ruolo' e isolamento.

Il tempo vissuto. Il rischio del presente.

La dimensione del *presente*, lontano dalla sua pietrificazione, dovrebbe rappresentare il trampolino di lancio privilegiato, attraverso il passato, verso le richieste e le aspettative della dimensione futura.

Il rischio è che in questi frangenti, il distacco e la contrapposizione tra passato e futuro divenga argomento principale di preoccupate conversazioni e non di rilassate riflessioni, e possa così prendere il sopravvento sul presente. Il passato diviene allora oggetto di nostalgia e rimpianto per l'anziano, luogo dove ricercare la propria persa identità e non più invece ritrovare sempre di nuovo (*Immer wieder*, il noto motto husserliano) il passaggio tra memoria e progettualità:

³ "Io capisco quanto è importante il dialogo continuo tra la *spazialità* interna, il peso all'interno, che si avverte in modo oscuro eppur minaccioso delle volte, e la *spazialità* esterna, l'*Io Pelle* di Anzieu e tutta l'apertura alla 'pelle' della fenomenologia moderna, soprattutto in J. L. Nancy", Bruno Callieri - 6 marzo 2012, Roma.

¹ Laborit H., *Elogio della fuga*, Mondadori, Milano, 1976, p. 82.

² Morchio G., a cura di, *L'identità ritrovata*, Franco Angeli, Milano, 1994, p. 128.

“La dimensione in cui vive il vecchio è il passato (...) Il rimembrare è una attività mentale che spesso non eserciti perché è faticosa o imbarazzante. Ma è un’attività salutare. Nella rimembranza ritrovi te stesso, la tua identità, nonostante molti anni trascorsi, le mille vicende vissute. Trovi gli anni perduti da tempo, i giochi di quando eri ragazzo, i volti, la voce, i gesti”⁴.

Norberto Bobbio ammetteva di vivere nel passato e tra i ricordi. Non c’è amico di una volta che non gli ritorni in mente. Una vecchiaia vissuta malinconicamente la sua - ammette - ultimo periodo della vita nel quale è possibile trarre le somme, avendo durante il triste calcolo, come supporto importante, la costanza degli affetti che tempera la malinconia: “Il mondo dei vecchi, di tutti i vecchi, è, in modo più o meno intenso, il mondo della memoria. Si dice: alla fine tu sei quello che hai pensato, amato, compiuto. Aggiungerei: tu sei quello che ricordi”⁵.

Creatività. Risorsa fondamentale.

La creatività rappresenta in questa età una qualità che può positivamente agire nella rielaborazione dei modelli adattivi, opponendosi alla coazione estrema e unica dei ricordi. Creatività come modo e condizione che consenta alla persona anziana di conservare la propria identità esprimendo la libertà che le è propria nei comportamenti e nelle opinioni.

Creatività come *riadattamento* significativo delle proprie idee, conoscenze ed aspettative, come cura al pregiudizio dell’Altro.

L’atteggiamento creativo, che si sviluppa in infanzia, se coltivato nel tempo, può, con il consolidamento delle potenzialità creative, portare ad una vecchiaia libera dagli obblighi sociali e quindi dal peso degli stereotipi. La terza età verrebbe così a rappresentare il periodo nel quale liberarsi dalle spinte e costrizioni della società, sviluppando la propria creatività, in concomitanza con la richiesta di una riorganizzazione del proprio sé.

In vecchiaia possono riemergere dalle difficoltà, grazie a risorse che sembravano sopite, nuove energie per ulteriori esperienze. Creatività quindi

come fattore chiave dell’invecchiamento del singolo in un mondo che vorrebbe classificare anche il benessere: influirà sugli atteggiamenti personali, favorendo una positiva accettazione dei propri limiti e riaffermando, allo stesso tempo, un rinnovato desiderio di esistenza e possibile gioia.

Superando le possibili disfunzioni fisiche, la creatività si può esprimere in diversi modi. John Fante, ad esempio, padrino degli scrittori italoamericani, descrive il suo anziano padre, ed il suo immutato, sopravvissuto talento:

“Il più grande muratore di tutta la California, il più nobile costruttore di tutti! Papà! La mia carne e il mio sangue, il vecchio Nick Fante”⁶; ed ancora in un altro passo: “No, non era un genio, eppure aveva le qualità di un genio, una brillantezza dinamica che emanava da lui dopo attenta meditazione”⁷.

La persona anziana non vive più in quello che è stato il mondo della propria infanzia. Le coordinate da indagare nell’incontro con l’anziano sono però le stesse con le quali ci accostiamo al mondo dell’infanzia e dell’adolescenza, come a quello dell’età adulta. Lo spazio, il tempo, il vissuto degli Altri e il corpo, la creatività e la forza vitale. Se il clinico ha in mente questa griglia, può senza dubbio creare da subito nella propria mente un abbozzo del *mondo vissuto* (*Lebenswelt*) nel quale la persona che incontra vive e si muove, mondo vissuto nel quale i comportamenti prendono luce e senso (penso qui ad esempio alla malinconia che si esprime con i tipici sintomi da demenza), in attesa di arrivare a conoscere in profondità la singola storia che l’Altro anziano porta con sé, miniera di senso, comprensione ed esperienze ma anche, e spesso, dolore indicibile, sofferenza fisica e quindi patologia.

Bibliografia

- Bobbio, N. (1996). *De senectute*, Einaudi, Torino.
 Fante, J. (1952). *Full of life*, Fazi, Roma.
 Laborit, H. (1976). *Elogio della fuga*, Mondadori, Milano.
 Morchio, M.G. (a cura di) (1994). *L’identità ritrovata*, Franco Angeli, Milano.

⁴ Bobbio N., *De senectute*, Einaudi, Torino, 1996, p 29.

⁵ *Ibidem*, p 29.

⁶ Fante J., *Full of life*, Fazi, Roma, 1952, p 29.

⁷ *Ibidem*, p 107.

L'utilizzo dei test all'interno delle consulenze tecniche d'ufficio per l'affido con particolare riferimento al Rorschach

Roberto Cicioni*, Tommaso Caravelli**, Marina Patruno***, Michele Lasala****

*Psicologo, Direttore Istituto Rorschach Forense

** Psicologo, Presidente Istituto Rorschach Forense

*** Psicologa, Referente Istituto Rorschach Forense Puglia

**** Psicologo, Psicoterapeuta Docente Istituto Rorschach Forense

Riassunto

Il lavoro riassume alcune linee guida, prassi esperienziali e suggerimenti per la scelta e l'utilizzo dei test all'interno delle consulenze tecniche d'ufficio nei procedimenti per l'affido dei minori. Vengono trattate brevemente le caratteristiche essenziali dei test maggiormente impiegati con gli adulti e con i minori, i limiti di tali strumenti e le loro logiche di utilizzo integrato in questo specifico contesto. Per quanto riguarda il Rorschach viene affrontato anche il tema dei differenti *Metodi*, con alcuni riferimenti specifici relativi agli indici per la genitorialità. La parte finale dà suggerimenti pratici su come impostare le relazioni psicodiagnostiche con un taglio forense.

Parole chiave: *Psicodiagnostica forense, batteria test psicologici, Rorschach, MMPI-2, affido minori, consulenza tecnica d'ufficio.*

Perché i test

Non sempre nel percorso di una CTU è necessario che i periziandi vengano sottoposti alla somministrazione di test.

Normalmente le prove psicodiagnostiche vengono condotte sulla coppia genitoriale, tuttavia, laddove si ritenesse opportuno allargare l'indagine, può essere estesa anche ad altri componenti del nucleo familiare (nonni, zii, etc.), in particolare ai minori, soprattutto se vengono riferite loro particolari problematiche o difficoltà.

All'interno di una Consulenza i test possono essere somministrati esclusivamente dal CTU o ancora meglio da un ausiliario da lui scelto.

Esistono comunque varie correnti di pensiero sul bisogno o meno di ottenere informazioni diagnostiche sui periziandi attraverso i test, visto che a seconda della formazione professionale del Consulente, egli può o meno considerarli validi

strumenti di ausilio ai colloqui. Qualcuno, soprattutto chi svolge attività psicoterapeutica, ha la tendenza a prediligere i colloqui ai test, mentre altri, utilizzano come prassi quella di integrare le informazioni più qualitative ottenute dai colloqui con quelle quantitative tratte dai test, reputandoli sempre e comunque un importante strumento di valutazione.

È evidente che ogni consulenza ha le sue peculiarità e che quindi, a seconda dei casi, il Consulente potrà optare per la soluzione che reputa più opportuna per portare a compimento il percorso, con il minor costo psicologico possibile per gli attori che vi partecipano.

I test sono strumenti valutativi a disposizione dello Psicologo che, se ben scelti ed utilizzati, consentono di reperire rapidamente informazioni quantitative ed *oggettive* molto importanti all'interno della consulenza.

Obiettivo dei test è di tracciare un profilo di personalità mirato ad aiutare a risolvere i quesiti posti dal giudice, ovvero di dare informazione sulla presenza di risorse psicologiche correlabili alla genitorialità, ma anche di informare sulla presenza di eventuali problematiche psicologiche sia dei genitori che dei minori. È quindi strategicamente molto importante la scelta di quali test somministrare, visto che alcuni consentono valutazioni più profonde della personalità, sondando la struttura e le risorse psico-affettive, come anche la presenza o meno di specifici disturbi, mentre altri danno informazioni più superficiali o settoriali.

I test hanno il vantaggio di aggirare le difese e le resistenze coscienti dei periziandi, che talvolta possono ostacolare il processo peritale, dando informazioni riguardo la loro personalità, ma anche

immediata indicazione sull'attendibilità riguardo a racconti e vissuti che riferiscono.

Se i test somministrati sono quelli di uso clinico come il Rorschach o il MMPI-2, è possibile anche verificare se i periziandi hanno particolari resistenze al cambiamento legate ad esempio ad aspetti oppositivi, se hanno tendenze a disperdere le energie nella sterile rimuginazione, se manifestano difficoltà ad attivare il processo di consapevolezza ed insight che possa rompere i meccanismi attivi e rigidamente consolidati che sostanziano il conflitto della coppia genitoriale oppure il cattivo rapporto tra i figli ed un genitore.

Una volta reputata opportuna la scelta di somministrare dei test, vanno concordati tra CTU, ausiliario e CCTTPP, quali somministrare, con quali tempi e modalità. Strategie possibili possono essere di somministrarli il prima possibile per ottenere informazioni da utilizzare nel prosieguo della consulenza, o invece di rimandarli ad una fase successiva o finale, per confermare o meno le risultanze ottenute dai colloqui già fatti.

Un accordo operativo può invece essere stabilito tra CTU ed ausiliario, ovvero di non condividere prima della somministrazione elementi valutativi già emersi in consulenza che potrebbero influenzare quest'ultimo. Confronto che può essere rimandato alle prime risultanze dei test, per approfondire ed integrare i due punti di vista senza timore di eventuali condizionamenti.

Successivamente a questo confronto sarà anche possibile che l'ausiliario indaghi più analiticamente aspetti ritenuti centrali per il Consulente.

La scelta dei test

La scelta strategica di quali test somministrare è importante perché da questa deriveranno il tipo e la quantità di informazioni sui periziandi.

Questa scelta dipende in primo luogo dalle specifiche competenze dell'ausiliario, il quale dovrebbe conoscere e padroneggiare più tecniche possibili, consapevole dei limiti e vantaggi di ciascuna, in modo da utilizzare quelle a suo avviso più opportune per la specifica consulenza. L'utilità e predittività di questi strumenti sono, infatti, direttamente proporzionali alla capacità ed esperienza di chi li utilizza; è lo psicodiagnosta e la sua competenza che rende utile e virtuosa la presenza dei test all'interno di una valutazione

sulla personalità, oltre che le loro caratteristiche intrinseche.

È bene che ci sia accordo tra consulenti su quali test somministrare, tenendo anche in considerazione eventuali richieste di quelli di parte. Per evitare eventuali contestazioni in sede di note critiche è bene anche sceglierne di conosciuti e considerati affidabili dalla letteratura scientifica.

A seconda degli obiettivi va definito se utilizzare tecniche che diano informazioni sulla personalità in generale o invece altre che focalizzano l'attenzione solo su aspetti specifici quali ad esempio: ansia, depressione, stile di attaccamento. Una strategia dalla quale non si dovrebbe prescindere è l'utilizzo di più tecniche complementari tra loro, che assolvano all'obiettivo di garantire più informazioni diagnostiche correlabili ed una loro maggiore obiettività.

L'utilizzo di tecniche a spettro valutativo e diagnostico più ampio (ad esempio Rorschach e MMPI-2), offre il grande vantaggio di informare sulla presenza o meno di eventuali disturbi psicologici che possano ostacolare la genitorialità e conseguentemente lo sviluppo di un minore, ma anche e soprattutto sulle risorse cognitive ed affettive in senso più generale, elementi sui quali si può fare riferimento anche per tentare un processo di cambiamento all'interno della consulenza.

Tecniche invece più settoriali (ad esempio Separation Anxiety Test), danno invece informazioni molto analitiche su alcune caratteristiche di personalità, che a volte fanno anche riferimento a specifiche teorie non sempre condivise tra consulenti e che diventano quindi difficilmente utilizzabili all'interno della consulenza. Queste tecniche possono fare da corollario ad altre più importanti e maggiormente condivise, senza poterle sostituire.

Visto che il contesto di somministrazione si presta a tentativi più o meno coscienti di celare alcuni aspetti della propria personalità per amplificarne altri socialmente più accettabili, potrebbe essere utile e strategico utilizzare in parallelo questionari e tecniche proiettive. I primi si prestano più facilmente alla manipolazione ed in assoluto danno informazioni su quali idee il periziando ha di sé, mentre le seconde non consentono difese in tal senso, sondando invece gli aspetti più profondi e strutturali della personalità. Importante elemento di valutazione tra l'altro, può essere proprio il

confronto tra lo scarto che ci può essere tra l'immagine che il soggetto ha di sé e quelle che sono realmente ed effettivamente le sue modalità di relazionarsi con l'ambiente e l'altro.

I test per adulti e per minori

I test per gli adulti e le loro logiche interpretative possono essere differenti da quelli somministrati ai minori, per quanto viene indagato e per i canali espressivi attraverso i quali si ottengono le informazioni diagnostiche.

Sia con gli adulti che con i minori è necessario utilizzare strumenti che indaghino il soggetto da punti di vista differenti, con il vantaggio che la lettura integrata delle informazioni rappresenterà un qualcosa in più di quelle ottenute da ciascuno. La scelta di quali test affiancare avrà anche l'obiettivo di ridurre la possibilità di errore ed attenuare limiti e difetti di ognuno.

La valutazione della personalità di un adulto deve essenzialmente far riferimento a strumenti standardizzati, tarati su di un campione rappresentativo. Questo consente di avere riferimenti statistici certi e condivisi, grazie ai quali confrontare l'individuo con la popolazione di appartenenza.

Tra i tanti a disposizione, il Rorschach e il MMPI-2 sono le tecniche diagnostiche più studiate, utilizzate ed applicate al mondo, ritenute affidabili e rigorose, se ben applicate, da chi ha il compito di valutare la personalità.

L'utilizzo congiunto di queste due tecniche è sicuramente una possibilità investigativa importante, perché stimolano con input molto diversi tra loro. Il Rorschach informa sulla struttura del carattere e non consente censure coscienti e tentativi di modificare l'immagine di sé agli occhi dell'esperto, mentre il questionario chiede agli esaminati un'autodescrizione del momento e indaga quindi su aspetti più situazionali e sintomatici, con risultati molto più influenzabili da resistenze o tentativi di simulazione o dissimulazione impliciti al contesto forense (non di rado le scale di validità non ne consentono l'interpretazione).

Il MMPI-2 è un questionario di personalità autosomministrato composto da 567 item, dal contenuto eterogeneo, con scelta dicotomica vero/falso.

È diviso in due sezioni: i primi 370 item consentono di ottenere un profilo dalle scale cliniche e di validità, i successivi, dal contenuto più esplicito,

riguardano le scale di contenuto e supplementari. Questo test è costruito prima di tutto per determinare la presenza e la gravità di specifici disturbi (Scale cliniche), ma consente anche di formulare ipotesi più descrittive ed accurate sul funzionamento più generale (altre scale). Affinché venga garantita l'efficacia della prova, occorre accertarsi che siano state comprese le istruzioni di base, ed in particolare nel contesto forense, sottolineare di rispondere in modo attento ma sinceramente e senza riflettere eccessivamente, cosa che potrebbe ridurre la validità o l'attendibilità del test. Siccome la prova dipende molto dal grado di collaborazione del periziando è bene creare un clima relazionale di cooperazione e disponibilità. La somministrazione va monitorata con discrezione, controllando alla fine se il test è stato compilato in ogni parte.

Benché l'utilizzo dell'MMPI-2 possa sembrare semplice, in realtà tale natura è solo apparente. Esiste nei poco esperti l'idea forviante che l'interpretazione sia un compito automatico e lineare. È convinzione diffusa che sia sufficiente verificare la validità del protocollo, individuare il codice o in sua assenza la scala più elevata, per attribuirgli un semplicistico e meccanico significato. Per evitare potenziali errori grossolani e sfruttare appieno le sue potenzialità investigative, occorrono pratica, esperienza e familiarità con gli standard di validità, con le varie scale, tutti aspetti che consentono di ovviare ai limiti intrinseci allo strumento. È poi da considerare deontologicamente scorretta la pratica di affidarsi passivamente ed acriticamente all'ausilio di programmi informatici che stilano relazioni del test invece che del soggetto, invariabilmente incoerenti se non contraddittorie, che on possono in alcun modo sostituire le capacità di sintesi clinica ed integrazione dello psicodiagnosta.

Tornando al discorso più generale su una potenziale batteria di test da utilizzare in questi contesti, è molto raro che non si renda necessario affiancare al Rorschach ed al MMPI-2, un test di livello o delle prove neuropsicologiche, come capita ad esempio nella clinica o nella valutazione del danno.

Un'ottima e semplice prova da utilizzare per aprire la sessione ed abbassare l'ansia da prestazione, che riesce anche ad individuare eventuali



deficit organici, è il **Bender**, un test neuropsicologico in grado di valutare la maturazione o eventuali ritardi nell'acquisizione di funzioni visuo-motorie. È una prova grafica di rapida esecuzione ed interpretazione, che aiuta a reperire informazioni sulla personalità più ampie, tra le quali lo stato dell'umore, le componenti pulsionali ed il grado di controllo, l'efficienza cognitiva e la reattività emotiva.

In caso di utilizzo anche di prove più settoriali e specifiche, le informazioni ottenute "poggeranno" più fermamente sulle certezze diagnostiche emerse dalle prove più importanti.

Bisogna comunque considerare che la somministrazione di troppi test nell'eventuale ansia di ricavare più informazioni diagnostiche possibili, non sempre è l'ideale, perché può comportare una certa confusione e la possibilità che tali informazioni, magari solo apparentemente incoerenti rispetto all'insieme, siano manipolabili da consulenti di parte in sede di note critiche.

Per quello che riguarda i test per i minori, la scelta di quale batteria somministrare deve tener conto non solo delle fasi di sviluppo dell'esaminato, ma anche delle specifiche richieste della consulenza. Con i bambini, tendenzialmente, al crescere dell'età aumenta la strutturazione delle prove ed inevitabilmente la loro attendibilità investigativa. Per i bambini più piccoli si utilizzano i test grafici che permettono di analizzare attraverso compiti a loro familiari e consueti gli aspetti di interesse per la consulenza. Altre tecniche utilizzabili in ambito forense sono le **Favole della Döss**

o il **C.A.T.**, entrambe evocative di contenuti manifesti e latenti attraverso l'analisi di storie fatte raccontare al bambino. Qualora, invece, si volessero approfondire le dinamiche interne al nucleo familiare, si può far riferimento alla procedura di osservazione e valutazione delle relazioni familiari, **LTP clinico**.

Il setting tende ad essere molto più informale che con gli adulti, e questi test dovrebbero essere somministrati da colleghi specializzati nel lavorare con i bambini (è facile che figure femminili siano privilegiate) e quindi con esperienza specifica in questo tipo di valutazioni. Mettere il bambino a proprio agio è fondamentale per ricavare più informazioni possibili, da interpretare sulla base delle risultanze anamnestiche, visto che queste prove danno risultanze più qualitative che quantitative.

Il disegno è certamente lo strumento elettivo da adoperare con bambini molto piccoli, perché l'attività stessa del disegnare è per loro facile e tranquillizzante.

La metodologia più utilizzata è il **D.A.P.**, il **Disegno di una Persona** di Karen Machover, test che poggia sul concetto di proiezione. Grazie alla semplicità della consegna nella quale si richiede di disegnare una persona, il bambino proietta e quindi fornisce informazioni sull'immagine che ha di sé, sui processi di identificazione in base all'età ed al sesso, sull'orientamento dell'asse timico e del livello di energia, sulla maturità dell'Io ed eventuali sentimenti di dipendenza od autonomia.

In alternativa o affiancato al D.A.P. si può applicare il **Disegno della Famiglia** di Corman, utile a comprendere e valutare l'ambiente sociale ed affettivo del bambino, il modo in cui egli vive e percepisce i rapporti affettivi con i familiari ed i sentimenti che prova verso gli stessi.

In alternativa esiste anche il **Test della Casa di Minkowska** che si presta a rappresentare lo spazio privilegiato, abitazione e residenza del nucleo familiare, in cui la personalità del bambino si struttura e nel quale le relazioni familiari giocano un ruolo importante per la sua evoluzione.

Da citare per il suo utilizzo sia con bambini che con adulti è il **test dell'Albero di Koch**, dove l'albero, per la sua posizione eretta, rappresenta una proiezione della persona che lo disegna.

Anche il **Rorschach** può essere somministrato a bambini di almeno 4 anni, età al di sopra della quale iniziano ad essere disponibili riferimenti statistici italiani. Gli elementi statistici sono sempre importanti per oggettivare quanto il minore sia assimilabile, per caratteristiche cognitive ed affettive, ad altri della sua fascia di età, anche se in questi casi è prioritario il registro interpretativo contenutistico e simbolico, al contrario di quanto accade per gli adulti. I test dei bambini, al diminuire dell'età, tendono ad essere poveri di risposte e di associazioni e quindi uno studio contenutistico delle risposte in relazione alle diverse Tavole dove sono state prodotte può essere molto utile (materna, paterna, pulsionale, sessuale, relazionale). In questo modo il test consente una possibile valutazione più psicometrica e generale ed una più analitica che si compone della lettura differenziata delle risposte date alle singole macchie.

Per gli adolescenti esiste invece una versione specifica del Minnesota, **MMPI-A**, con logica identica alla forma per adulti, ma con differenti riferimenti statistici, numero di item e scale.

Il Test di Rorschach

Il Test di Rorschach è una tecnica elettiva ed imprescindibile in questo contesto, poiché consente una descrizione completa della personalità a partire dagli elementi intellettivi per passare a quelli adattativi ed affettivi.

Questo reattivo, unico nel suo genere, valuta la personalità nei suoi aspetti strutturali ed in quelli più attuali e situazionali, grazie ad una lettura che prevede sia il registro statistico che quello più contenutistico e qualitativo. È però una tecnica che presenta molte insidie nella sua applicazione, perché per fornire dati oggettivi necessita che l'esaminatore sia veramente esperto, tanto da conoscerne limiti e vantaggi. Non di rado infatti, si assiste a dibattiti in sede peritale, nei quali differenti consulenti non si trovano d'accordo a proposito degli elementi emersi dal Rorschach; capita talvolta che si tenda a scaricare sul test la "colpa" di alcuni fallimenti diagnostici o ad attribuirgli i meriti di alcune informazioni ottenute.

Non è così, visto che, come già sottolineato, i test sono strumenti che da soli non si auto somministrano e meno che mai si auto interpretano, ma esistono ed hanno senso solo in relazione al grado di esperienza e competenza di chi li applica. Nel caso specifico del Rorschach, subentra anche un ulteriore elemento che spesso crea dissenso, ovvero il *metodo* utilizzato. Sono tre quelli oggi noti e riconosciuti in campo internazionale: quello tradizionale Francese, quello americano rappresentato oggi dal Sistema Comprensivo di Exner e quello italiano Scuola Romana Rorschach. I primi due sposano filosofie di approccio e interpretazione del test assolutamente diverse e addirittura antitetiche tra loro, mentre l'ultimo ne rappresenta una sintesi.

Il metodo Francese utilizza soprattutto il registro interpretativo simbolico e contenutistico di stampo psicoanalitico, molto meno quello statistico e psicometrico e quindi in un contesto peritale offre meno punti di appoggio oggettivi e condivisibili sui quali fondare le valutazioni diagnostiche. È un sistema molto basato sulla bravura, esperienza ed intuizione dell'esaminatore.

Il Sistema di Exner è invece incentrato sull'esclusivo registro psicometrico e bandisce completamente letture e valutazioni contenutistiche, sacrificandole sull'altare della validità e della attendibilità della prova.

Il Metodo Scuola Romana Rorschach è nettamente il più complesso ed articolato a livello internazionale, oltre ad essere uno dei più antichi (1938). Fonda le sue radici sul registro psicometrico, ma non trascurava gli aspetti contenutistici che possono arricchire la valutazione con elementi che sfuggono alla statistica. La complessità di questo sistema è dovuta alla ricchezza della *siglatura*, ovvero una serie di codici attribuiti alle risposte date alle macchie e grazie ai quali si ricavano i numerosi indici che consentono l'interpretazione del test. La complessità di gestire tutte queste informazioni si pone come rischio se l'esaminatore non ha sufficiente conoscenza ed esperienza, mentre al contrario diventa una ricchezza in termini di quantità e oggettività delle risultanze. Più che i test ed i metodi di utilizzo, che non rappresentano certezze in sé, l'elemento virtuoso del processo diagnostico è sempre il professionista. Chi lavora in questo campo deve comunque conoscere bene il metodo che utiliz-

za ed essere in grado di capire e comprendere il linguaggio e le specificità di quello usato da altri, senza sostenere, come alcuni hanno la supponenza di fare in modo autoreferenziale, che il proprio metodo è migliore di un altro o ancora peggio che è l'unico valido e attendibile, atto questo di non correttezza scientifica prima che professionale ed al limite della deontologia. Il metodo non mette al riparo dall'incompetenza, così come non assicura in sé la preparazione ed esperienza, ed in questo contesto la competenza è un obbligo suscettibile di verifica e valutazione critica ancor più che in quello clinico. Criticare aprioristicamente alcune metodologie, anziché i risultati conclusivi delle valutazioni, distoglie pretestuosamente il discorso dalla Consulenza, facendo perdere tempo e senso rispetto all'obiettivo peritale, creando una discussione fittizia, filosofica e non pratica, di cultura psicologica e non di sostanza, che non rispetta in alcun modo i periziandi.

Esistono poi colleghi che, purtroppo, in modo assolutamente sconsiderato e contro il loro stesso ruolo di Psicologo, sottolineano la non validità scientifica in assoluto del Rorschach, o peggio ancora di tutti i test. È abbastanza inutile sottolineare il danno che questi colleghi fanno alla professione agli occhi di un magistrato, visto che chiaramente quest'ultimo non soltanto non può comprendere il lato tecnico della discussione, ma tende a pensare che la nostra categoria sia confusamente schierata in fazioni opposte l'una all'altra, non d'accordo neanche sugli strumenti basilari da applicare nella loro pratica professionale. Una volta che si è scelto di far parte di una categoria professionale, si dovrebbe cercare di non criticarne gli strumenti, anche se non incontrano il nostro favore. È poi tra parentesi assolutamente paradossale che i colleghi che mettono in dubbio la scientificità dei test e del Rorschach in particolare, prediligano utilizzare unicamente il colloquio clinico per reperire informazioni, tecnica non certamente nota per essere caratterizzata da parametri di validità ed attendibilità superiori a quelli di un test. Questo con l'ulteriore rischio, in assenza dell'ancoraggio a parametri obiettivi, che le valutazioni sulla genitorialità si fondino sulla soggettività, sul senso comune o su un peculiare modello teorico di riferimento non per forza condiviso tra Consulenti, elementi valutativi che sono spesso alla base dell'insorgere di inconciliabili

controversie.

Il contributo invece dei test e del Rorschach è quello di indagare aree di personalità di specifico interesse rispetto al quesito peritale e di permettere il confronto dei dati del periziando con quelli normativi della popolazione di riferimento. Rimandiamo, per approfondimenti, ad un recente lavoro sull'applicazione del test in questo specifico contesto, nel quale è emerso un profilo psicologico medio del periziando per alcuni versi differente dal soggetto "normale". Alcuni elementi significativi che qui sintetizziamo, sono innanzitutto un profilo psicologico assolutamente identico tra maschi e femmine, che esclude quindi capacità particolari o esclusive della madre o del padre, con una tendenza al controllo maggiore rispetto ai soggetti normali, accompagnata da rimuginazione ed opposizione al pensiero altrui, aspetti questi ultimi che rappresentano spesso il vero ostacolo in una consulenza di questo tipo.

Tornando agli elementi di valutazione che il Rorschach propone, tra questi si segnalano soprattutto le risorse presenti in termini cognitivi, adattativi ed affettivi, che l'esperto deve osservare se presenti e disponibili sempre in relazione al tema della genitorialità.

Le aree che nel dettaglio il Rorschach può indagare sono: *intelligenza quantitativa e qualitativa, esame di realtà e adattamento, affettività e stile relazionale, identità, gestione degli impulsi e meccanismi difensivi*. La relazione può essere scritta mantenendo la segmentazione in tali paragrafi o più molare e fluida.

Al di là dell'impostazione del referto l'importante è che l'esaminatore ponga attenzione e riesca ad identificare la presenza e la tipologia di risorse psico-affettive individuali e quanto queste possano essere compatibili con un'adeguata espressione delle capacità genitoriali. La prima valutazione importante è l'esclusione di una grave psicopatologia psichiatrica, tale da incidere sull'esame di realtà, sul giudizio critico e sulla gestione degli impulsi. Questa andrebbe quindi a minare alla base l'adeguata percezione e comprensione del "problema" figlio e conseguentemente la possibilità di gestione equilibrata ed adattiva sul piano affettivo e materiale. Tale eventualità è molto rara visto che il più delle volte accedono a questo contesto soggetti "normali", sebbene in una fase vitale di forte stress e conflitto. Il discorso, più

spesso, si sposta pertanto sul valutare se e quanto i disagi che inevitabilmente si incontrano nei periziandi inibiscano le risorse interne, ad esempio in termini di insight, riflessività e consapevolezza (risposte cinestesiche), cosa importante non soltanto per la genitorialità, ma anche per sapere se ci sono aspetti di personalità che aiutano oppure ostacolano il percorso della consulenza (auto-osservazione ed autocritica, disponibilità alla comunicazione, al confronto ed al cambiamento).

Molto importante a tale proposito, soprattutto in casi altamente conflittuali dove non di rado esistono precedenti di violenza reali o millantati da una delle parti, è la valutazione della capacità di tollerare la frustrazione e le provocazioni dell'ambiente (Indice di Autocontrollo e di Impulsività), ovvero la possibilità di elaborazione e differimento degli impulsi, l'assenza di componenti aggressive e distruttive significative (Risposte complessuali o Contenuti aggressivi), come anche di uno schermo difensivo evoluto e che non presenta flessioni e abbassamenti di rilievo sotto stress duraturi e prolungati (rendimento I/II metà del test).

La dimensione riflessiva ed empatica, alla base della possibilità di cogliere i propri bisogni e quelli dei figli, deve pertanto accompagnarsi alla capacità di sentire ed esprimere le emozioni in modo equilibrato e controllato (rispettivamente risposte cinestesiche e colori prevalentemente FC). Il concetto di adeguatezza prevede interesse e reattività emozionale, ma anche flessibilità di risposte alle richieste dei figli, con prevalenza di quelle adattive e controllate sul piano sociale (M e colore FC), senza esclusione però di toni e qualità dello scambio emotivo più immediati e spontanei (colore CF e chiaroscuri). Le prime rispondono anche alla funzione normativa ed educativa, che sottende un adeguato adattamento sociale del genitore, ovvero la conoscenza ed interiorizzazione dei limiti, delle regole e dei valori della cultura di appartenenza (Vulgari ed Indice di realtà), mentre le seconde più a quella affettiva di accudimento e supporto attraverso il calore, la capacità di regressione e la vicinanza nello scambio emotivo. Un ambiente educativo idoneo dovrebbe anche prevedere risorse cognitive deputate all'organizzazione, anticipazione e pianificazione (Tipo di Comprensione), accompagnate da un'adeguata apertura verso il medio ambiente, con interesse verso gli stimoli culturali, sociali e professionali (Risposte e Con-

tenuti) tale da sostenere il genitore nel pensare ed organizzare la vita del minore in modo stimolante.

Le relazioni

Obblighi

È sicuramente il primo obbligo dell'ausiliario, quello di consegnare non soltanto le relazioni dei test somministrati, ma anche i protocolli completi ed in versione comprensibile.

In caso di utilizzo di uno specifico metodo o tecnica di utilizzo di un test occorre citarlo, riportando nel caso una bibliografia essenziale con i relativi riferimenti scientifici.

Altra cosa che sottolinea la professionalità del diagnosta è la costante citazione nelle relazioni degli indici a sostegno delle sue valutazioni. Prassi auspicabile che favorisce la comunicazione tra colleghi ed evita possibili fraintendimenti sulle indicazioni o interpretazioni relative ai test.

Nella rara ma possibile ipotesi che si dovesse registrare una somministrazione, anche questo materiale andrebbe allegato e reso disponibile.

Impostazione

Come impostare una relazione in questo contesto è un aspetto molto variabile, che può essere scelto dall'esperto sulla base delle proprie preferenze, degli intendimenti teorici o del caso specifico. Alcuni elementi essenziali devono e possono però essere tenuti in considerazione al fine di stilare un referto chiaro, efficace e comprensibile.

Quando si riportano dei termini molto tecnici dei test, devono essere spiegati, soprattutto se hanno importanza centrale nella valutazione.

Tutte le informazioni riportate, le aree di personalità indagate, e fino a dove si possono spingere le valutazioni dell'ausiliario, devono essere innanzitutto concordate con il CTU, in modo da evitare sovrapposizioni di ruolo e di invadere aree che deve relazionare quest'ultimo. Nello scrivere le valutazioni diagnostiche, bisogna comunque mirare in modo indiretto ad aiutare a rispondere ai quesiti peritali, evitando di relazionare su aspetti psicologici dei periziandi che non hanno stretta attinenza con questi. In caso di una particolare complessualità in un'area non designata ad essere indagata (ad esempio quella della sessualità), bisogna valutare in accordo con il CTU se referar-

la, o se semplicemente parlarne con i consulenti di parte, per valutarne la possibile ed eventuale ricaduta all'interno della consulenza, al fine di evitare che una delle parti possa utilizzare questa mancata sottolineatura per screditare la relazione diagnostica.

Esiste purtroppo una tendenza di certi colleghi, poco esperti di questo settore, a drammatizzare gli elementi di complessualità emersi alle prove, come tendenzialmente può essere fatto in un referto clinico, sottostimando al contrario le risorse presenti. L'obiettivo è di cogliere adeguatamente eventuali problematiche, ma anche e soprattutto di sottolineare le risorse. Questa tendenza ad una visione patologizzante dei profili che emergono dai test, risulta spesso eccessivamente critica nei confronti dei genitori, sovente dettata da un "concetto interno" di genitorialità eccessivamente orientato al perfezionismo che non trova mai corrispondenza con la realtà.

È evidente anche il rischio che si può correre nei confronti di un minore, in relazione alle aspettative sul suo sviluppo e crescita, nel momento in cui si scrivono su un referto cose eccessivamente pesanti, che possono lasciare il segno, rimanendo come profezie incombenti sul suo futuro.

Bisogna quindi porre molta attenzione a scegliere in modo appropriato e differenziato termini quali: "vissuti", "aspetti", "modalità", "tratti", soprattutto per indicare caratteristiche che non sfociano in patologie conclamate.

Obiettivo di queste relazioni è di informare prevalentemente sulla genitorialità o su eventuali problematiche dei minori in relazione alle figure genitoriali o al loro sviluppo, e non una diagnosi nosografica a tutti i costi, che deve essere fatta soltanto se evidente e se minaccia la genitorialità o lo sviluppo dei minori.

Riguardo alle relazioni dei due genitori, è importante scriverle in parallelo e soprattutto dopo aver osservato e valutato entrambi i protocolli. Questa visione generale è importante per evitare di trattare diversamente indici che magari danno indicazioni simili, cercando anche di omologare, laddove possibile, i termini clinici o le descrizioni psicologiche, cosa molto importante per evitare contestazioni o manipolazioni strumentali da parte dei consulenti di parte. Ma questa strategia serve a dare a chi legge, una impressione globale e comparativa su entrambi i periziandi, renden-

do più chiare, nel senso della potenziale dualità genitoriale, le loro dinamiche, modalità, risorse e problematiche.

Può talora essere utile stilare una parte conclusiva nella quale mettere a fuoco, limitatamente ai test, le dinamiche psicologiche della coppia genitoriale anche in relazione ai figli, per aiutare il consulente d'ufficio a trovare modalità adatte per relazionarsi con tutti loro, nel tentativo non soltanto di comprensione, ma anche orientato al possibile cambiamento. La lettura integrata dei Rorschach può indicare se i punti di collusione o contrasto tra la coppia genitoriale che alimentano ancora il conflitto debbono orientare su una consulenza più valutativa nella quale vengono dettate regole e limiti da rispettare o più trasformativa se esistono risorse sulle quali impostare il cambiamento.

Bibliografia

- Abbate, L., & Roma, P. (2014). *MMPI-2 manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*, R. CORTINA EDITORE.
- Attili, G. (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*, Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby. Milano, UNICOPLI.
- Bender, L. (1938). *Visual Motor Gestalt Test and its Clinical use*, NEW YORK.
- (1960). Bender-Gestalt Test, nella definizione del noto studioso Max L. Hutt *The Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test*, NEW YORK.
- Cicioni, R., Caravelli, T., Loggia, F., & Maiolo, M.E. (2012). *Il Test di Rorschach nel contesto forense: uno studio sulla genitorialità condotto su coppie in ambito di separazione e affidamento minori*, RASSEGNA DI CRIMINOLOGIA, anno VI n. 4.
- Chabert, C. (2003). *Psicopatologia e Rorschach*, R. CORTINA EDITORE.
- Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: advanced interpretation*, JOHN WILEY AND SONS, NEW YORK.
- Giambelluca F.C., Parisi S., Pes P. (1995). *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach. Modello dinamico strutturale*, ED. KAPPA, ROMA.
- Passi Tognazzo, D. (1994). *Il Metodo Rorschach*, GIUNTI FIRENZE.
- (2000). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità. I test proiettivi*, GIUNTI EDITORE
- Rapaport, D., Gill, M.M., & Schafer, R. (1975). *Reattivi psicodiagnostici*, BOLLATI BORINGHIERI.

traverso una consapevolezza di cosa è utile e cosa è dannoso.

Mal di testa e psiche: le cefalee tensive.

La cefalea di tipo tensivo episodica viene spesso definita come “normale o ordinaria”; si manifesta sotto forma di attacchi o episodi che hanno una durata variabile tra mezz’ora e molti giorni. La frequenza varia notevolmente tra una persona e l’altra ed anche nei singoli individui nel corso del tempo. Quando la ricorrenza è quotidiana si parla di cefalea tensiva cronica. La cefalea tensiva viene descritta come una sensazione di qualcosa che preme alla testa e spesso si diffonde al collo o viceversa parte da questa parte del corpo. Vi può essere fotofobia o fonobia (Antonaci,2014).

La cefalea tensiva viene annoverata tra le cefalee primarie, può essere scatenata anche da uno sforzo fisico o psichico intenso e/o prolungato e si manifesta prevalentemente nel periodo più produttivo della vita di un soggetto. Il dolore cefalgico assume i caratteri di una vera e propria patologia che condiziona pesantemente la vita personale e professionale di una persona. Al fine di evitare perdita di efficienza lavorativa e di giornate di lavoro, e quindi costi diretti (spese relative a farmaci, esami, ecc.) ed indiretti (incidenza delle assenze dal lavoro o i termini di scarsa produttività), gli esperti chiedono alle Istituzioni di garantire una maggiore diffusione delle informazioni in tema di prevenzione, conoscenza della malattia e livelli di assistenza. Le campagne di sensibilizzazione della cefalea cronica, il cui dolore è in grado di compromettere o invalidare la vita personale e lavorativa di un individuo, mirano proprio ad impegnare Legislatori e cittadini in questa direzione, nel riconoscimento formale di questa vera e propria “malattia sociale” e nel favorire una migliore

qualità di vita individuale.

Un positivo progresso normativo, relativo al riconoscimento della cefalea, che la stessa OMS riconosce come malattia invalidante, è costituito da alcune Regioni d’Italia le quali tutelano i pazienti affetti da cefalea con normative importanti.

Il Consiglio Regionale della Regione Veneto ha approvato, con delibera n 76 del 20/10/2011, una proposta di Legge Statale che dispone il riconoscimento della Cefalea Primaria cronica come Malattia sociale. La Regione Lombardia e, successivamente la Valle d’Aosta, unici casi del paese, recentemente anche l’ Emilia Romagna, hanno dotato, alle Commissioni preposte al riconoscimento dell’invalidità civile, indicazioni operative anche per la valutazione delle cefalee. Tale classificazione delle cefalee, contenuta nelle Linee Guida in tema di Invalidità civile di cui alla circolare del 14/12/2006 n.30 pubblicata sul B.U.R. Lombardia 15/01/2007, s.o.n. 3 “*Inquadramento nosografico delle cefalee, valutazione*



del grado di invalidità e parametri diagnostici”, è basata su una tabella orientativa, con diversi livelli di gravità, quale strumento utile per l’accertamento per la valutazione percentualistica delle cefalee, con la finalità di aggiungere nuovi criteri alla classificazione di cui al D.M. 05/02/92 e D.M. 14/06/94. I quattro livelli di invalidità permettono di attribuire un punteggio che corrisponde ad una valutazione di invalidità da 0 a massimo 46% a

seconda del tipo e della frequenza degli attacchi. La documentazione necessaria per la valutazione in termini medico-legali è rappresentata dal presupposto che la cefalea sia invalidante e trattata sotto il profilo diagnostico-terapeutico presso un centro accreditato e qualificato per almeno un anno. Tali centri, di rilevanza nazionale, accreditati per la cura delle cefalee, possono rilasciare le certificazioni utili sia per le Commissioni di invalidità civile che per gli accertamenti in sede INAIL. Nelle altre Regioni italiane la valutazione dell'Invalidità civile viene posta in relazione alle vigenti tabelle delle menomazioni invalidanti allegata al DM 05/02/92 in cui la cefalea, in quanto malattia, non è tabellata.

Stress e psiche

Sappiamo che esiste un legame complesso tra la nostra dimensione biologica e le nostre emozioni, la nostra personalità i nostri sentimenti, i nostri pensieri influenzano e sono influenzati da ciò che avviene a livello fisico. In particolare gravi disturbi emotivi possono avere sulla nostra vita effetti negativi. Le malattie in cui il danno si produce per accumulo lento, sono specifiche dell'epoca odierna: cardiopatie, tumori, disturbi cerebrovascolari. Il riconoscimento della relazione tra la patologia da accumulo lento e lo stress ha rappresentato un momento cruciale del progresso della medicina e costituisce un nuovo modello di malattia cui indirizzare specifiche politiche sanitarie.

Per ogni tipo di mal di testa, un aumento dello stress può contribuire alla comparsa di cefalee che accelerano la progressione della cefalea cronica che aggrava gli episodi di cefalea, quest'ultima è già fattore di stress; in definitiva il circuito disfunzionale prevede che lo stress inneschi il mal di testa il quale contribuisce ad alzare il livello di stress.

Uno "stressor" può essere definito come "qualunque evento in grado di incidere sull'equilibrio omeostatico di un organismo". Si tratta di stimoli stressanti fisici, stressor psicologici e sociali acuti e limitati nel tempo oppure cronici. Si parla, quindi, di stressor di tipo I e stressor di tipo II (Terr., 1991). L'individuo, inoltre, può manifestare uno "stress da anticipazione" risposte di attivazione fisiologica sulla base della semplice

previsione o anticipazione mentale. Complessivamente i disturbi dovuti ad una risposta eccessiva allo stress determinano "malattie da stress", tuttavia, la correlazione tra tali stressor e malattia non è automatica pertanto si può potenzialmente indicare il legame tra stressor cronici e insorgenza di malattie. Sicuramente le variabili psicologiche possono innescare o modulare la risposta allo stress, così come alcuni tratti di personalità del paziente cefalalgico. Numerosi studi cercano di individuare degli aspetti specifici di personalità come predittivi di rischi di malattie specifiche, anche se, in definitiva non è possibile tracciare un profilo personologico tipico del paziente cefalalgico. I lavori che hanno approfondito i correlati personologici delle cefalee primarie, pur individuando interessanti e costanti correlazioni positive con alcune patologie quali la depressione, l'ansia, ed in genere tendenze nevrotiche, ed alcuni ricorrenti tratti di personalità, quali la sensibilità personale, l'ostilità, la rigidità emotiva, il conformismo e la tendenza a reprimere sentimenti di rabbia, la scarsa assertività, Alessitimia, non sono supportati da metodologie sperimentali o cliniche adeguate o da casistiche di ampiezza sufficiente tanto da costituire dati conclusivi, scientificamente validi ed omogenei. Vengono, pertanto, approfonditi altri aspetti del paziente affetto da cefalea, relativi alle loro strategie di regolazione affettiva, al loro temperamento e alle strategie di adattamento allo stress.

Si evidenzia una estrema soggettività ed individualità di specifici fattori di predisposizione e di modalità con le quali gli individui affrontano le situazioni stressanti, già nella percezione delle stesse situazioni "stressogene"; risultano, inoltre, diverse ed individuali abilità di "coping", abilità di fronteggiamento che un soggetto può apprendere per far fronte efficacemente alle situazioni stressanti. Non esiste, pertanto, una linearità, né una relazione diretta tra individuo ed evento stressante. Bisogna considerare una molteplicità di variabili come il livello di esposizione allo stress, i fattori preesistenti, le condizioni e gli eventi successivi agli eventi stressanti, la reattività agli stress, l'età ecc. Nei casi di numerosi adolescenti, ad esempio, si assiste ad un tipo specifico di cefalea ("cefalea quotidiana de novo") legata alle loro abitudini di vita: andare a dormire molto tardi, vi-

vere ansie particolarmente significative per l'andamento scolastico, abusare di alcolici ecc. oppure possiamo individuare cefalee espressione di un vero e proprio disturbo affettivo, psicopatologico.

E' necessario segnalare, in comorbilità con l'emicrania cronica, diversi disturbi psichiatrici: Disturbi Depressivi, d'Ansia, Disturbi da Sintomi Somatici (Antonaci et al., 2011). Vi è un consenso pressochè generalizzato che un'emicrania con una prognosi sfavorevole, con un dolore cioè che evolve da episodico a cronico, è fortemente associata, fra gli altri fattori, ad uno stress cronico e ad una depressione (Mathew, 1982; Scher, 2003; Lanterl 2005; Radat e Stevenson, 2005).

Recentemente anche la psicologia dell'emergenza si focalizza nell'ambito della psicotraumatologia e della psicologia nei casi di emergenza, individuale o collettiva, finalizzata al superamento di situazioni gravose di tipo fisico e sociale. Le diagnosi di "Disturbo dell'Adattamento" o "Disturbo da Stress Post Traumatico" (DSPT), da "Stress Acuto" (DSA) si rintracciano, inoltre, nell'ambito clinico e forense, ad esempio nelle valutazioni di situazioni familiari, a tutela dei minori e della donna, nelle esperienze d'abuso e maltrattamento, nei casi di "distruzione dell'ambiente di vita", ad esempio quando un minore viene Istituzionalizzato (Pine & Cohen, 2002; Norris & al., 2002), in ambito civilistico nella valutazione medico-legale del danno psichico oggetto di risarcimento (a titolo di esempio si pensi a quelli conseguenti ad incidente automobilistico, ad infortunio sul lavoro, ad incidente chirurgico o al danno da Lutto) o, nell'ambito del lavoro, conseguenti a "Mobbing, Straining, Burnout". Potrebbe trattarsi, in questi casi, delle cosiddette "reazioni ad eventi" tra queste possiamo considerare anche i "Disturbi da Sintomi Somatici" in quanto rappresentano una risposta psicopatologica ad un "insulto" genericamente inteso, che finisce per "utilizzare" il corpo quale strumento attraverso cui manifestare una sofferenza che è correlata ad un profondo disagio di tipo psicologico noto. In realtà per decenni i criteri del Disturbo di Conversione richiedevano la presenza, come appena esplicitato, di uno specifico stress emotivo o psicologico capace di provocare il sintomo di conversione. Nell'elaborazione nosografica, presentata nel DSM V, non viene più richiesto questo criterio, a causa delle

possibili problematiche nell'individuazione della causa, tuttavia in tale categoria di disturbi (precedentemente compresi genericamente nell'isteria) che è una riorganizzazione dei Disturbi Somatoformi e dei criteri per diagnosticarli; i fattori individuali, soggettivi, psicologici, emotivi, di personalità, di valutazione/percezione delle situazioni "stressanti", acute o croniche, costituiscono variabili fondamentali che interagiscono con eventi, variabili esterne stressanti.

Certamente le condizioni sociali attuali ed i numerosi mutamenti nel campo professionale, sia nell'espletamento delle mansioni, nell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, sia relativamente al contesto sociale del lavoro ecc, hanno favorito una maggiore esposizione dei lavoratori a vari e diversi fattori di stress. Nella Giornata Mondiale della salute e sicurezza del lavoro (28-04-2016) è stato discusso il tema dello *stress lavoro correlato* e del benessere del personale delle forze dell'ordine. Gli operatori delle "professioni di aiuto" sono categorie maggiormente a rischio psicopatologico per la specificità delle loro mansioni, tuttavia nel contesto odierno italiano subiscono pesantemente le conseguenze psicologiche di ansia e disagio, che influiscono sull'efficienza professionale, anche a causa di una organizzazione lavorativa (ad esempio relativamente ai turni) poco rispettosa del loro benessere psicofisico ed anche per la discrepanza avvertita dagli operatori tra impegno profuso nel lavoro e le ricompense, materiali ed immateriali, che da esso si ottengono (Siegrist J., 2015).

Oltre ai già citati numerosi casi di *Mobbing, Straining*, oggi si parla di "tecnostress": Tale condizione appare un rischio professionale tipico del lavoratore moderno, inserito tra le cause principali di malessere negli ambienti di lavoro, con conseguenze dirette sulla salute: lo stress agisce sia a livello psicologico, sia a livello fisico con sintomi evidenti quali cefalee, insonnia, difficoltà di concentrazione, disturbi cardiocircolatori e gastrointestinali, attacchi di panico, ansia ecc. L'eccessivo uso di tecnologie dell'informazione ed apparecchi informatici e digitali nello svolgimento del proprio lavoro, procura una vera e propria forma di dipendenza con conseguenze pesantemente stressanti e l'insorgere di tutte le possibili patologie stress-correlate. Lo stress, pertanto, di-



venta malattia professionale specifica di ambienti professionali quali ad esempio le Aziende, in cui il lavoratore moderno deve, inoltre, sostenere ritmi veloci e tempi di esecuzione rapidi, in cui i servizi erogati subiscono sempre più la pressione della concorrenza. Il Testo Unico 81/2008 e il Decreto Legislativo 106 del 2009, la nota del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 18 Novembre 2010 contemplano lo stress tra i rischi da valutare e prevenire in azienda al fine di rimuovere le cause che determinano l'insorgere di situazioni stressanti ("Stress Lavoro-Correlato") secondo i contenuti dell' Accordo Europeo sullo Stress dell'8 ottobre 2004. Già nel D.Lgs 626/94, veniva affermata la necessità di "migliorare" la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori anche attraverso la frequenza «(...) a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e psico-sociale...» (modifica dell'art. 4, comma 1, operata dalla L.39/02, art. 8-bis comma 4). Con il D.Lgs. n. 81/08 viene, inoltre, estesa la tutela a tutti i lavoratori, indipendentemente dalla tipologia contrattuale ed ai volontari e posta particolare attenzione alle differenze di genere, di età ed alla condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati.

L'approccio psicologico al paziente cefalalgico

In un approccio basato sulla specializzazione e competenza professionale, l'approccio con il

paziente cefalalgico richiede anzitutto la presa in carico di Specialisti Neurologi specializzati in Cefalee e Psicologi con una formazione clinica accurata in grado di adottare un protocollo specifico anche di tipo psicodiagnostico. Lo studio sistematico di patologie sociali e individuali come la cefalea, nell'ambito applicativo, necessita di una collaborazione scientifica tra tali neurologi e psicologi clinici (esperti in psicodiagnostica): lo studio del caso, l'impostazione della metodologia, il confronto di ipotesi

diagnostiche costituiscono le basi per giungere a conclusioni diagnostiche supportate da basi scientifiche essenziali ai fini di una terapia farmacologica efficace e/o di un orientamento psicoterapeutico specifico.

L'invio del paziente affetto da cefalea cronica, dallo Specialista Neurologo al collaboratore Psicologo, finalizzato ad un approfondimento di tipo psicodiagnostico, avviene in seguito ad una serie di accertamenti medico-clinici che spesso sembrano escludere una diagnosi organica, piuttosto sembrano suggerire la presenza di sintomi e/o tratti di personalità psicopatologici nel paziente stesso.

Una adeguata ed efficace offerta di prestazione professionale da parte dello psicologo, legata a obiettivi, tempi, e modi razionali, funzionali a tale collaborazione (Caviglia G., Perrella R., 2015), prevede una conoscenza neuropsicologica e una capacità di utilizzare strumenti conoscitivi e di intervento per svolgere una diagnosi (art.1 Legge 56/89: Ordinamento della professione di psicologo). In ambito clinico questa si articola in un colloquio clinico ed una mirata misurazione testistica. Tale protocollo viene modificato, ovviamente, nei casi di pazienti in età evolutiva.

La valutazione diagnostica prevede, anzitutto, il colloquio clinico come strumento essenziale. Per quanto riguarda la testistica, oltre una intervista clinica semistrutturata per la formulazione delle principali diagnosi (SCID: Structured Clinical

Interview for DSM), è necessaria l'esecuzione di alcuni test da compilare in un secondo momento, quali: MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory, HAMDS: Somatic items of the Hamilton Depression Rating Scale, HRSA o HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety), ZUNG A: Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS), Zung D: Zung Self-rating Depression Scale (SDS).

Per quanto riguarda la Scala di Hamilton della Depressione, l'HAM-D (Somatic items of the Hamilton Depression Rating Scale), essa è la più conosciuta e la più usata fra le scale di valutazione della depressione, usata sia nell'attività clinica quotidiana, sia nell'attività di ricerca ed ha grande valore pratico per valutare la gravità del disturbo. Si propone anche la HRSA o HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety): essa può essere considerata il prototipo delle scale costituite da categorie di sintomi: esplora diverse categorie di sintomi, tra cui ansia, tensione, sintomi neurovegetativi, sintomi somatici e comportamento durante l'intervista.

Queste Rating scales appaiono strumenti poco dispendiosi, in termini di tempo e di training, con un grado sufficientemente elevato di attendibilità e validità.

I test di autovalutazione dell'Ansia e della Depressione di Zung, sono delle scale che indagano la presenza di sintomi ansiosi o depressivi che hanno lo scopo di individuare l'intensità dell'ansia in soggetti adulti, o di individuare l'insorgenza di sintomi depressivi.

Infine la somministrazione del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), permette di valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità e dei disturbi emotivi del paziente.

Le conclusioni ottenute attraverso tale approccio specialistico e multidisciplinare, che comprenda il Medico Neurologo specialista in cefalee e lo Psicologo esperto in Psicodiagnostica, permette al paziente non solo di sfruttare le diverse opportunità per migliorare il suo stile di vita, ma anche di contrastare, anche attraverso terapie non farmacologiche come quelle psicoterapeutiche (di vario orientamento in base alle caratteristiche del paziente), i quadri di ansia e depressione e gli altri disturbi affettivi.

Bibliografia

- Antonaci, F., et al (Apr 2011). Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The Journal Headache Pain*, 12, (2), 115-25 doi: 10.1007/s10194.
- Bollettino Ufficiale Regione Lombardia n.3 del 15.01.2007
- Caviglia, G., Perrella, R. (2015). *Teorie e tecniche della valutazione in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Cefalea News, Cefalea.net *Newsletter Xagena*, Aggiornamento in Medicina delle Cefalee.net.
- Crisci, A. (2012) *Cefalee ed invalidità*. Atti VII Convegno Nazionale Medicina Legale, from <http://www.cefaleecampania.it>
- Deitinger, P., Nardella, C., Bentivenga, R., Ghelli, M., Persechino, B., & Iavicoli, S. (2009) *D.Lgs. 81/2008: conferme e novità in tema di stress correlato al lavoro*. *Giornale Italiano Medicina Lavoro Erg*, 31:2, 154-162, from <http://gimle.fsm.it>
- Di Gioia, A., Izzo, F., Armenise, N. (2013). *Stress lavoro correlato: un breve viaggio tra norma e prassi*. *Psicopuglia*, 12
- E-bullettin Cirna Foundation Onlus "Cefalee Today. For the research on headache and clinical neuroscience". N. 91, Marzo 2014.
- Medicina delle cefalee. <http://www.medicinadellecefalee.it>
- Moderato, P. (2002). *Cambia la società, cambiano le malattie" La professione di Psicologo*. *Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 05.
- Morrison, J. a cura di Sacchetti, E., Mencacci, C. (2014). *DSM-V Made Easy. Percorsi alla diagnosi*. Edra LSWR.
- Pini, M. (2006). *Aspetti psicopatologici delle cefalee primarie: teorie, metodi e risultati della ricerca*. Milano: Franco Angeli.
- Taino G., Pizzuto C., Pucci E., & Imbriani M. (2014). *Reactive anxiety crisis and chronic adjustment disorder: a unique case of work injury and suspected occupational disease*, 36 (2), 118-23.
- Taino G., Pucci E., Imbriani P., Delogi A., Brevi M., Bruscella S., & Imbriani M. (2014). *Primary headache and work: concept of pathophysiology, occupational risk factors, health monitoring and criteria for judging causation*, 36 (2), 78-94.
- Viana, M., et al. (Feb. 2013). Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. *The Journal Headache Pain*, 14:14, doi: 10.1186/1129-2377.
- Waldie, Kt., & Poulton, R. (2002). *Aspetti fisici e psicologici correlati alla cefalea primaria in giovani adulti*. 92 *The Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72, 86-92 doi:10.1136/jnnp.72.1.86

Le difficoltà di integrare culture diverse fra loro

De Pascale Immacolata

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale; G.O. del Tribunale per i Minorenni di Taranto; Consulente Psicologo presso il CPA "Silvana Residence" di Taranto.

Riassunto

In ordine all'integrazione degli immigrati in arrivo sulle nostre coste e ai numerosi interventi a sostegno di tale problematicità, che sempre più spesso sta diffondendo morte e intolleranza, diventa indispensabile conoscere quali siano i vincoli che possono ostacolare il loro adattamento al nuovo contesto.

Seppur le leggi internazionali hanno stabilito diverse misure per garantire il diritto di tutelare ad ogni essere umano la libertà personale e di circolazione nel mondo, questo non sempre accade.

L'esperienza nei centri emergenziali di prima accoglienza, detti C.P.A., ci pone dinnanzi alla necessità di conoscere le caratteristiche specifiche, i fattori di rischio e di facilitazione, al raggiungimento dell'obiettivo di integrare questi ragazzi.

L'autore pone l'accento sulle differenze dei due gruppi in interazione fra loro, quello accogliente e quello ospite e sui meccanismi psicologici che li enfatizzano aumentando il rischio di non integrazione. È chiaro che la possibilità di raggiungere gli obiettivi previsti dai patti internazionali in materia di immigrazione passa inevitabilmente dalla conoscenza di tutti aspetti implicati in questo processo, a partire dal quale strutturare una nuova metodologia di lavoro che promuova la riduzione del pregiudizio altrui e la vicinanza fra popoli diversi.

Parole chiave: *Immigrati, integrazione, accoglienza, differenze culturali.*

La realtà italiana che da diversi anni si sta impegnando per affrontare il problema degli sbarchi di immigrati provenienti dal continente africano, passando dalla Libia per raggiungere le coste italiane, ci sta mettendo a dura prova circa le competenze di tutti gli operatori coinvolti nel sistema di accoglienza degli immigrati che, per la loro storia personale e per la modalità illegittima di ingresso nel nostro territorio, chiedono al mondo, attraverso l'Italia, la protezione internazionale.

Essere operatori del settore dell'immigrazione impone una preparazione che va oltre le competenze professionali specifiche di tutti. È importante acquisire una conoscenza di base della lingua e del diritto internazionale in cui si disciplinano le norme e gli interventi in materia di immigrazione,

anche per gli operatori dell'area socio-psicologica al fine di acquisire una più esaustiva conoscenza delle caratteristiche dell'utente e del problema in essere.

In tema di diritto Internazionale

A grandi linee è importante sapere che molte sono le misure adottate dall'Italia per intervenire su questa problematica, alcune possono aver funzionato altre meno. Tutte però partono da un ordinamento sancito dal Consiglio europeo di Tampere del 1999¹, in cui si definiscono le prime idee per assicurare maggiore garanzia dei diritti fondamentali agli stranieri residenti nei paesi europei: "L'Unione europea deve garantire l'equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi che soggiornano legalmente nel territorio degli Stati membri. Una politica di integrazione più incisiva dovrebbe mirare a garantire loro diritti e obblighi analoghi a quelli dei cittadini dell'UE."

Il piano di integrazione degli immigrati ideato a Tampere ruota intorno a tre principi fondamentali: l'UE deve occuparsi di garantire la libertà e la sicurezza di tutte le persone residenti sul suo territorio; sancisce il principio della non discriminazione, ovvero l'uguale possibilità per tutti i residenti di partecipare attivamente alla vita economica e sociale della società in cui vivono; il principio riguarda lo status giuridico dei residenti di lungo periodo, per questa particolare categoria di individui il Consiglio ha prescritto il riconoscimento di uno status speciale, molto simile a quello dei cittadini degli Stati membri, nonché la possibilità di acquisire la cittadinanza dello Stato membro ospitante.

Nel 2002 il Consiglio europeo di Siviglia² ha chiesto di raddoppiare gli sforzi volti a svilup-

¹ www.europarl.europa.eu/sammit/tam_it.htm, Consiglio Europeo di Tampere 15 e 16 Ottobre 1999, Parlamento Europeo.

² Consiglio dell'Unione Europea, Conclusioni della Presidenza - Siviglia, 21 e 22 giugno 2002, Bruxelles, 24 ottobre 2002.

pare una politica coerente per l'integrazione degli immigrati legalmente residenti. Nel 2003 il Consiglio europeo di Salonicco³ ha invitato la Commissione a presentare una relazione annuale sull'integrazione degli immigrati in Europa, e ha sollecitato l'istituzione di principi fondamentali comuni per l'integrazione.

Tali principi di base sono stati fissati l'anno successivo a Bruxelles. Essi consistono in undici punti molto ampi destinati ad "assistere gli Stati membri nella formulazione delle politiche di integrazione, offrendo loro una guida semplice non vincolante ma ponderata". Molta enfasi viene posta sull'idea di integrazione come un processo bifronte che da un lato prevede gli sforzi da parte degli immigrati, che sono tenuti a conoscere e sottoscrivere i valori fondamentali dell'Unione europea e dall'altro ricade sulla società di accoglienza, da cui ci si aspetta un impegno di apertura dello spazio pubblico al fine di accogliere le esigenze e le richieste legittime dei nuovi arrivati.

Nel 2005, l'UE ha varato il piano quinquennale d'azione in materia di immigrazione⁴, conosciuto come il programma dell'Aia. Il programma ha istituito un fondo per l'integrazione, con la raccomandazione agli Stati membri di sviluppare corsi di lingua e di educazione civica per immigrati. Quando il periodo di validità del piano dell'Aia è scaduto, un nuovo schema pluriennale per il periodo 2010 – 2015 è stato elaborato a Stoccolma. Il piano di Stoccolma ha ribadito il ruolo fondamentale dei servizi linguistici degli stati membri, pur insistendo sul fatto che gli sforzi di integrazione devono essere effettuati in tutti i settori della vita pubblica e sociale.

L'Italia è costretta ad affrontare un cambiamento con conseguenze notevoli che si ripercuo-

tono nella cultura, nella società, nella politica, nell'economia del paese sino a determinare un cambiamento di vita di piccole realtà, quali paesi e quartieri costretti a subire forzatamente tale importante mutamento perchè vicini alle sedi operative di accoglienza degli immigrati, detti CPA o Sprar oppure Cara, ove sono residenti per lunghi periodi di tempo.

È il momento della verità di chi ci definisce paese libero, democratico, istruito e acculturato. Queste teorie implicite in ordine a tutti i paesi economicamente evoluti sono frasi che sempre più spesso si scontrano con la difficile realtà dell'accoglienza di questi popoli africani.



La difficile integrazione: quali implicazioni psicologiche

Le problematiche, descritte su tutte le testate giornalistiche e televisive, sono relative alla impossibilità di occuparsi di loro, perchè è qui che si formano i primi interrogativi. Il sistema attuale di accoglienza per i richiedenti protezione internazionale, prevede l'inserimento nei centri di prima accoglienza per essere supportati nei loro bisogni primari, in tutte le pratiche sanitarie e amministrative necessarie alla richiesta di permesso di soggiorno, oltre alla domanda di protezione internazionale.

L'integrazione deve attuarsi sin dalla fase di inserimento in questi centri proprio perchè è qui che loro hanno la prima esperienza di vita in una

³ *European Council, Consiglio europeo di Salonicco, 19 e 20 giugno 2003. Conclusioni della Presidenza, Rivista di Studi Politici Internazionali RSPI Nuova serie, vol. 70, n.3, 2003.*

⁴ *De Berti Jacchia Franchini Forlani, La Commissione fissa le priorità per gli anni a venire in materia di Libertà, Sicurezza e Giustizia, EuroDejalex n. 5/2005.*

cultura diversa dalla loro.

L'integrazione ritengo sia più difficile quanto più diversi sono le due culture che si incontrano. Le principali e più ovvie diversità esistenti tra il popolo italiano e africano, sono percepibili anche agli occhi di un bambino: la lingua e le caratteristiche fisiche. Questi aspetti sono talmente tanto evidenti che rappresentano il primo freno inibitore verso l'altro. Questo perché attiva il meccanismo psicologico del pregiudizio cioè il giudizio preconstituito e su stati d'animo irrazionali, anziché sull'esperienza e sulla conoscenza diretta. Ciò si attiva inevitabilmente dinanzi al diverso da noi, sulla considerazione "dell'altro", il "diverso", come soggetto inferiore, più incapace, più cattivo rispetto a noi. Tali qualità arbitrariamente attribuite all'altro determinano la reazione emotiva della paura che scatena a livello cognitivo e comportamentale la reazione di "attacco o fuga": o ci si distanzia da loro oppure si attaccano e ben note sono le notizie di intolleranza e ostilità razziale riportate dalla cronaca.

Sappiamo che la mente umana ha bisogno di dare significato alla realtà che percepisce. Ciò che conosce attraverso l'esperienza, lo studio e la conoscenza riduce il rischio di pregiudizio.

Secondo la psicologia ad orientamento biologico-evolutionista, la tendenza ad essere ostili nei confronti di chi non appartiene al nostro gruppo, sarebbe il risultato di un lungo processo evolutivistico di adattamento. Ai primordi della specie, la tendenza a riconoscere come nemici gli individui che non appartengono al proprio gruppo e nel contempo la tendenza a favorire invece i membri che lo componevano, aveva una chiara funzione adattiva.

Nel corso dell'evoluzione, si è venuto a cre-

are una propensione a base innata ad essere diffidenti ed ostili nei confronti di quanti appartengono a gruppi diversi. A partire da questo approccio si è sviluppato un importante filone di ricerca, noto come sociobiologia dell'etnocentrismo (Reynolds, Falger e Vine 1987⁵) che mira ad interpretare i legami che sussistono tra i processi evolutivi di tipo biologico e le manifestazioni psicologiche e culturali nelle quali si esprime l'ostilità nei confronti del diverso.



L'etnocentrismo sembra essere alla base del pregiudizio. Nella specie umana, la dotazione culturale ha determinato la distinzione tra in-group e out-group, favorendo quanti condividono il nostro patrimonio genetico. Da qui tutti i segni che ci consentono di riconoscere il gruppo di appartenenza, distinguendo così chi è nel gruppo da chi è fuori, come i tratti somatici, l'abbigliamento, la lingua, il comportamento.

È molto comune, infatti, fra gli essere umani la tendenza ad attribuire le stesse caratteristiche a soggetti appartenenti alla stessa cultura. Questa tendenza che si attiva non solo a partire dalle caratteristiche fisiche ma anche rispetto alle caratteristiche psicologiche e comportamentali è stata

⁵ REYNOLDS V., FALGER V., VINE I., *The Sociobiology of ethnocentrism*, London, Croom Helm., 1987.

definita effetto di omogeneità dell'in-group: la mente umana trovandosi a elaborare tante informazioni a partire da uno stimolo specifico, al fine di evitare una elaborazione cognitiva complessa e dispendiosa che elabori in tempo breve tanti stimoli diversi, adotta strategie cognitive volte a selezionare e organizzare le informazioni in maniera categoriale, cioè raggruppando le informazioni, le immagini, le idee, in gruppi omogenei. Questo processo di categorizzazione tende a sopravvalutare ciò che gli elementi hanno in comune e sottovalutare ciò che hanno di diverso fra loro. In pratica, attraverso l'accentuazione percettiva, che consiste nel considerare più piccole di quanto sono, le differenze in-group e più grandi quelle esistenti fra le diverse categorie. Questo processo è la base cognitiva del pregiudizio che fa percepire gli altri non come soggetti individuali ma come categorie sociali.

Si vengono a creare in tal modo gli stereotipi, ossia le configurazioni di tratti applicabili a gruppi di categorie sociali. Tali tratti governano le relazioni con le persone appartenenti a quell'insieme.

Uno dei problemi fondamentali degli stereotipi è che sono difficili da modificare. Anzi, l'attenzione selettiva che poniamo allo stimolo conoscitivo è volto ad avvalorare lo stereotipo di base, enfatizzando le informazioni a favore di tale aspetto e sminuendo l'importanza data agli elementi che lo screditano, anche se ciò hanno una valenza oggettiva. La nota "profezia che si autoavvera" descrive tale condizione, pertanto se pensiamo che gli immigrati siano persone poco intelligenti il nostro comportamento sarà coerente con tale convinzione a tal punto da avere delle evidenze che confermano e rinforzano la profezia di base, non considerando alcuna informazione opposta (Robert King Merton, 1971)⁶.

L'appartenenza in-group è determinata dal semplice processo di categorizzazione a partire dal quale un soggetto costruisce la sua identità. Ad esempio, un medico si sentirà più a suo agio con altri professionisti e ancor di più se sono medici. Fra i medici ci sarà una maggiore vicinanza fra coloro che lavorano nella stessa struttura ospedaliera rispetto a chi è in strutture diverse. Ancora fra questi, entreranno più facilmente in relazione coloro che hanno in comune anche la stessa condizione familiare, ad esempio hanno figli, magari della stessa età e che vivono nella stessa zona geografica. Simmel G. (1934)⁷ parlava di cerchi sociali, organizzati concentricamente, ma interconnessi fra loro. Questo favoritismo in-group è causa del processo di attribuzione causale per cui si tende ad attribuire le cause di azioni che portano al successo a fattori interni al gruppo e quindi appartenenti a tutti i membri che ne fanno parte, mentre si attribuiscono a fattori esterni le cause di azioni e comportamenti inadeguati causa di fallimenti e insuccessi.

Tali aspetti socio-psicologici sono implicati nel complesso percorso dell'integrazione che passa, in una fase successiva, anche attraverso la modalità con cui viene gestita la vita comunitaria, l'uso civico degli spazi privati e pubblici, quali la propria casa, il lavoro, le aree pubbliche di svago. Ciò implica un'analisi differente del quadro immigratorio che deve tener conto delle differenze interculturali esistenti tra la cultura africana e quella occidentale. D'altronde anche a livello nazionale si rileva la stessa predominante comprensione dell'integrazione come un processo che implica partecipazione e reciproca apertura: basti ricordare, ad esempio, che già il *Testo unico sull'immigrazione* (art. 4 bis)⁸ definiva l'integrazione come "quel processo finalizzato a promuovere la convivenza dei cittadini italiani e di quelli stranieri, nel rispetto dei valori sanciti dalla Costituzione Italiana, con il reciproco impegno a *partecipare* alla vita economica, sociale e culturale della società". Ciò è un passaggio essenziale che consente di conquistare una identità più vicina alla nazione accogliente.

Parlare di integrazione partendo da questi presupposti sembra essere difficile se non impossibile. In realtà ciò deve diventare una battaglia che la realtà odierna ci sta ponendo e che dovremo impegnare.

Parlare di integrazione partendo da questi presupposti sembra essere difficile se non impossibile. In realtà ciò deve diventare una battaglia che la realtà odierna ci sta ponendo e che dovremo impegnare.

⁶ ROBERT KING MERTON, *La profezia che si autoavvera in Teoria e Struttura Sociale, II*, Bologna, Il Mulino, 1971.

⁷ SIMMEL G., *L'intersecazione dei cerchi sociali*, in Michles R. (a cura di), *Politica ed Economia*, Unione tipografica – Ed. Torinese, Torino 1934, voll. XII.

⁸ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n°286, Titolo II.

gnarci tutti per vincerla. La strada però è tortuosa e complessa.

L'integrazione pone in essere la relazione fra uno Stato accogliente e l'individuo. Questo è il terreno in cui si deve innestare un nuovo ceppo di cultura, in cui confluiscono i diritti e i doveri dell'uno nei confronti dell'altro e viceversa. Diritti che, per essere riconosciuti, c'è la necessità di comprenderli e studiarli, quindi di istruirsi e aprirsi alla conoscenza di un nuovo mondo e di una nuova cultura. Il dovere presuppone alla base la presenza nell'essere umano del senso di responsabilità e della partecipazione attiva alla vita personale e sociale del paese in cui abita, della capacità di autodeterminazione. Questi aspetti sono per la nostra cultura di appartenenza ovvi se non comprensibili. Meno ovvi sembrano essere invece per la cultura africana.

L'unica strada percorribile per arrivare ad una politica del fare comunitario che punta a garantire i diritti e doveri di tutti gli esseri umani è, come tutti gli operatori del settore sanno o dovrebbero sapere, lavorare, puntando all'istruzione e alla cultura del sapere, abbattendo l'ignoranza.

Si! Perché, purtroppo ciò che è brutto dire ma che rappresenta un dato di realtà, è che la maggior parte di questi ragazzi africani, hanno un livello d'istruzione molto inferiore al livello medio occidentale.

Questo aspetto è un elemento che deve necessariamente essere preso in considerazione quando si sta parlando di integrazione di questi soggetti. Ciò implica il porsi diverse domande rispetto a come l'integrazione deve essere raggiunta, attraverso quali metodologie di lavoro.

L'attivazione dei corsi di lingua, di educazione civica, dei corsi professionalizzanti, dei laboratori, sono gli strumenti in uso agli operatori del settore per una politica di integrazione che possa attenuare le differenze interculturali e ridurre il pregiudizio. Sono contesti in cui, oltre allo sviluppo di competenze si realizza lo spazio in cui si sviluppano i rapporti umani fra gli immigrati da un lato e la gente autoctona dall'altro. Questo è il contesto in cui nasce la nuova identità, attraverso il confronto, lo scontro, le aspettative e prospettive di vita futura. È chiaro che al fine di promuovere una crescita civile comunitaria fra soggetti

diversi per cultura, bisogna valutare i contenuti e gli elementi che ognuno delle parti investe nella relazione.

Bibliografia

- Arcuri, L. & Cadinu, M. R. (1998). *Gli stereotipi. Dinamiche psicologiche e contesto delle relazioni sociali*, Bologna, Il Mulino.
- Attili, G. (2000). *Introduzione alla psicologia sociale*, Roma, SEAM.
- Attili, G., Faizabollini F., & Messeri P. (1996). *Il nemico ha la coda*, Firenze, Giunti.
- Baroncelli F. (1996). *Il razzismo è mia gaffe. Eccessi e virtù del "politically correct"*, Roma, Donzelli.
- Cavasola, S. (2013). *Integrazione degli immigrati, l'Europa fa troppo poco*, Disponibile in: <http://www.reset.it/caffe-europa/integrazione-degli-immigrati-leuropa-fa-troppo-poco>. [8 luglio 2013].
- Nota di Trasmissione della Presidenza alle Delegazioni, CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA (OR.fr) 13463/02, POLGEN 52 *Conclusioni della Presidenza - Siviglia, 21 e 22 giugno 2002*, Bruxelles, 24 Ottobre 2002.
- De Berti Jacchia Franchini Forlani, *La Commissione fissa le priorità per gli anni a venire in materia di Libertà, Sicurezza e Giustizia*, EuroDejalex n. 5/2005.
- Testo Unico Immigrazione n. 286/98 del 25 luglio 1998 e succ. mod. (GU del 18 Agosto 1998, n. 191), *Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n°286, Titolo II. Disponibile in: http://www.immigrazione.biz*
- European Council, *Consiglio europeo di Salonicco, 19 e 20 giugno 2003. Conclusioni della Presidenza*, Rivista di Studi Politici Internazionali RSPI Nuova serie, vol. 70, n.3, 2003.
- Mazzara, B. M. (1997). *Stereotipi e pregiudizi*, Bologna, Il Mulino.
- Reynolds, V., Falger, V., & Vine, I. (1987). *The Sociology of ethnocentrism*, London, Croom Helm.
- Robert King Merton. (1971). *La profezia che si auto avvera* in *Teoria e Struttura Sociale*, II, Bologna, Il Mulino.
- Rupert Brown (2013). *Psicologia del pregiudizio*, Il Mulino.
- Simel, G. (1934). *L'intersecazione dei cerchi sociali*, in Michles R. (a cura di), *Politica ed Economia*, Unione tipografica - Ed. Torinese, Torino 1934, vol. XII.
- Van Dijk T. A. (1987). *Communicating racism. Ethnic prejudice in thought and talk*, London, Sage.
- European Parliament, *CONSIGLIO EUROPEO DI TAMPERE 15 E 16 OTTOBRE 1999, Conclusioni della Presidenza*. Disponibile in: www.europarl.europa.eu/sammits/tam_it.htm,

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nell'età evolutiva: comprensione e classificazione

Viviana Armenise

Psicologa Psicoterapeuta Libero Professionista, Esperta nella "Diagnosi, nel trattamento e nei percorsi clinici dei disturbi alimentari", Volontaria presso Ambulatorio per la cura dei D.C.A. del Policlinico di Bari.

Riassunto

Le difficoltà nella nutrizione e nell'alimentazione riscontrabili nell'età evolutiva, appaiono delle condizioni piuttosto frequenti e di rilevanza clinica molto variabile. Accanto a fenomeni temporanei, inscrivibili all'interno di precise tappe evolutive o di alcuni momenti critici dello sviluppo, possono presentarsi quadri molto seri, caratterizzati da un rifiuto totale del cibo con un conseguente grave impatto sullo sviluppo sia fisico che psicologico del bambino, oltre che sulla relazione con i caregivers; pertanto, appare evidente la necessità di riconoscere accuratamente e prevenire tali forme di disagio. Il presente lavoro mira a fornire un inquadramento semiologico e fenomenologico dei disturbi alimentari nell'infanzia e nella preadolescenza.

Parole chiave: *Disturbi dell'alimentazione, età evolutiva, relazione primaria, nosografia, prevenzione.*

Introduzione

I disturbi alimentari sono definibili come "alterazioni del modo concepire la propria immagine corporea e del modo di alimentarsi, con la finalità di tenere sotto controllo il peso e le forme fisiche". Ad una simile considerazione, verrebbe naturale ritenere che tali forme psicopatologiche possano prendere forma a partire da fasce d'età in cui la rappresentazione ed il senso di sé, pur se non completamente strutturate, possano apparire rappresentabili al soggetto. L'adolescenza, quale periodo dello sviluppo in cui questo processo sembra avere il suo picco evolutivo, con tentativi di rendere l'immagine corporea vicina a dei modelli ideali, quale mezzo per esprimere la propria autonomia e identità, affrancandosi contemporaneamente a dei valori e norme socio-culturali, costituisce il periodo di vita più suscettibile a rimaneggiamenti della propria rappresentazione

fisica attraverso l'apparente controllo sul corpo e sul cibo che spesso può prendere la forma di un disagio marcato, inscrivibile al quadro dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Recentemente, tuttavia, l'attenzione dei clinici e dei ricercatori si è progressivamente spostata anche su fasce d'età minori, in considerazione del frequente abbassamento del momento di comparsa dei sintomi che definiscono tali forme, osservato e in generale della loro manifestazione anche attraverso comportamenti e caratteristiche differenti da quelle tipiche dei quadri adulti, ma comunque indicative di espressioni iniziali di stati di disagio. L'importanza dei disturbi alimentari nell'età evolutiva sta anche nel fatto che, implicando persistenti difficoltà ad alimentarsi in modo corretto, in grado di incidere anche a livello fisico e organico sulle traiettorie dello sviluppo, essi possono determinare significative menomazioni in molti ambiti del funzionamento, mettendo a rischio la salute psicofisica di chi ne è portatore per molti anni, talvolta con processi persino irreversibili e con un rischio rilevante anche sul piano psicopatologico, dato il loro frequente e tendenziale associarsi ad altre problematiche, in particolare disturbi dell'umore, ansiosi e di personalità (Lask and Bryant-Waugh 1994; Rosen, 2003; Herpetz - Dahlmann et al., 2011; Swason al., 2011; Hughes 2012). Il riconoscimento dei segnali con cui si esprimono e la comprensione dei loro possibili significati, permette delle azioni preventive e contenitive, in grado di attivare quante più risorse possibili per contrastare i numerosi e complessi fattori di rischio che li farebbero emergere, in modo ancora più grave, in fasi evolutive precedenti alla tradizionale adolescenza.

All'interno della prospettiva nosologica, nonostante la diffusione di approcci che sottolineano la continuità e la transgenerazionalità dello sviluppo, sin dalle prime relazioni di attaccamento (Bowby, 1988), purtroppo, non vi è ancora una

comprensiva e coerente accettazione del loro riconoscimento, in qualità di vere e proprie forme cliniche, cosa che ha determinato la mancanza di un sistema di classificazione unitario e che, pertanto, ha contribuito al mantenimento, sin'ora, della difficoltà della loro comprensione e della relativa scarsa sistematizzazione degli interventi messi in atto per mitigarne la patologicità. Pur considerando l'esistenza di forme conclamate di disagio esprimendosi attraverso l'alimentazione nell'infanzia e nella preadolescenza, si deve considerare che, in talune circostanze, esse possono rappresentare, altresì, delle modalità del tutto normative in riferimento a determinati momenti evolutivi o delle reazioni transitorie e adattive rispetto *life events* particolarmente stressanti. Solo quando perdurano nel tempo e sembra che si alteri il significato della funzione alimentare, sia nel bambino/preadolescente, che, per riflesso, nel suo sistema familiare, orientandone gli stili comunicativi e alcuni suoi equilibri, occorre prestarne un'attenzione particolare che porti quantomeno ad un contatto clinico (in genere attraverso il pediatra o il medico di medicina generale per i ragazzi), finalizzato alla valutazione della sussistenza della necessità di orientarne precocemente e adeguatamente un intervento multidisciplinare di presa in carico.

Alimentazione e sviluppo psico-emotivo

Il punto di vista pediatrico e quello della psicologia dello sviluppo infantile riconoscono nella funzione oro-alimentare uno degli assi fondamentali per una crescita fisica, emotiva e relazionale adeguata, sin dalle prime fasi di vita, quale mezzo, appunto, per perseguire l'accrescimento ponderale ma anche come canale attraverso cui poter accedere alla costruzione di uno schema di sé, differenziato, primariamente, dalla principale figura di riferimento (in genere il caregiver materno) da cui gli proviene l'accudimento e la soddisfazione dei bisogni fisiologici. Attraverso il comportamento di suzione, il bambino acquisisce le prime rudimentali forme di autoregolazione e le prime informazioni sui propri limiti fisici, attraverso il complesso di reazioni circolari primarie e secondarie (Piaget, 1936, 1946b) e, successivamente, mediante gli scambi interattivi con la figura materna, finalizzati primariamente al soddi-

sfacimento dei bisogni primari di fame e sazietà, durante i primi anni di vita, egli inizia a concepire e a sviluppare il senso di sé all'interno di una reciprocità diadica, che, insieme alla maturazione, via via graduale, di un complesso di altre funzioni psichiche e delle competenze relazionali, espresse attraverso il repertorio comportamentale, gli permetterà di orientare le proprie azioni in vista del raggiungimento dei propri scopi, man mano non solo legati al mero appagamento dello stato di regolazione omeostatica, ma sempre più di natura sociale. In linea con tali considerazioni, e con un riferimento prioritario alla prospettiva della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1951), ci si potrebbe pertanto aspettare che alterazioni in questa funzione nonché nel processo da essa retto attraverso i precoci scambi relazionali, possano compromettere lo sviluppo psicologico, emotivo e relazionale del bambino. Prima di Bowlby, anche Winnicott aveva sostenuto il significato profondamente comunicativo dell'atto nutrizionale nella prima infanzia, a cui attribuisce l'insediamento nel corpo dei processi psichici (1936). Altri successivi autori, soprattutto di orientamento psicodinamico, hanno contribuito alla diffusione del medesimo concetto (Klein, 1952; Abraham, 1924; Gaddini, 1980), tra cui in particolare Marcelli, che arriva ad esprimersi nel seguente modo: *"In qualità di funzione di un complesso sistema interattivo, in grado di equilibrarsi attraverso meccanismi di reciproca sintonizzazione affettiva che hanno luogo tra madre e infante e tra i ritmi di entrambi, il comportamento alimentare del bambino può essere considerato l'esito di una riuscita integrazione, nel corso dello sviluppo e all'interno della relazione, tra capacità e funzioni sia individuali che interpersonali"* (2005). Ne risulta che la riuscita ottimale di questo processo, pertanto, potrebbe dipendere sia da caratteristiche del caregiver primario, trasportate nell'atto di nutrire il proprio bambino, sia da peculiarità, anche di tipo biologico, dell'infante stesso (si pensi alle differenze individuali nei ritmi di suzione, nonostante la programmazione biologica e neurofisiologica con cui egli viene al mondo), che, infine, dall'integrazione e dal coordinamento fra le caratteristiche dei due.

In linea generale i disturbi precocissimi nella sfera oro-alimentare possono essere legati ad una difficoltà iniziale nel raggiungere un accordo

omeostatico nella regolazione tra madre e bambino, oppure essere il sintomo di qualcosa di più rilevante, costituendo il segno di un disturbo inerente il sistema dell'attaccamento, nei casi i cui la sofferenza materna, talvolta depressiva, risulti molto elevata, e/o il bambino presenti limitate capacità di investimento sul caregiver (Fava Vizziello, 2003). Tra queste forme primarie di alterazioni alimentari rientrano le gravi anoressie da ospitalismo, in grado di portare persino a marasma e a morte quando il bambino si trova ad essere separato dal suo ambiente, oltre che altre rilevanti forme di anoressia determinanti veri e propri "failures to thrive", nanismi psicogeni, in particolare all'interno di contesti caratterizzati da rilevanti carenze affettive familiari. Si ritrovano, in genere, un po' più tardi nello sviluppo, rispetto queste prime forme, le anoressie da opposizione, talvolta in corrispondenza dello svezzamento, caratterizzandosi quali problematiche che producono spesso un marcato conflitto ed una forte aggressività nei genitori, che da questi potrà venire camuffata con rituali molto complessi al momento dei pasti. In questi casi, può avvenire che il bambino perda la percezione del legame tra il senso di fame e la sua soddisfazione tramite il cibo e che finisca con il confondere, in tal modo, il piacere derivato dal gioco di controllo sull'altro e quello di autonomia con la soddisfazione del suo bisogno alimentare. Tale atteggiamento potrebbe costituire l'antecedente dell'instaurarsi di una vera e propria perversione della funzione alimentare, per cui molti anni più tardi, come è frequentemente riscontrabile nell'adolescenza, questa, come scollegamento tra bisogno e soddisfazione tramite il cibo, può ripresentarsi nella grave forma dell'anoressia mentale, spesso indicativa anche di una perversione delle relazioni con le persone con cui si è più a stretto contatto. Anche l'obesità infantile potrebbe essere concettualizzata facendo riferimento alle difficoltà relazionali. Se infatti, sul piano strettamente alimentare, l'obesità si costituisce talvolta in conseguenza di crisi bulimiche nel bambino, più spesso appare invece conseguenza di un'iperfagia causata da un determinato clima familiare e da una specifica modalità di rapportarsi al proprio mondo interiore che il bambino apprende gradualmente per compensare una carente funzione genitoriale sul piano della mentalizzazione (Brunch, 1975).

Proposte nosografiche tra criticità e punti di forza: una breve rassegna

Nonostante la mancanza di una nomenclatura condivisa, la letteratura psicologica, riconosce, come si è visto, il valore simbolico del cibo, per cui esso può assumere il significato di legame, appartenenza e unione (Cuzzolaro, 2004) e della rilevanza che lo scambio interpersonale assume nel comportamento alimentare, nell'ambito delle patologie che ne riguardano le espressioni, gli odierni sistemi di classificazione, seppur numerosi e diversi, ne tengono tutti considerazione. Pertanto, da alcuni autori, è partita la proposta di riferirsi ai disturbi alimentari nell'infanzia come a "*Feeding disorders*" piuttosto che "*Eating disorders*" (Bryan-Waught e Piepenstock, 2008), evidenziando, in tale accezione, il carattere relazionale implicito dell'essere nutrito, in quel ricevere il nutrimento che è qualcun altro a dare. Secondo Bryan-Waught e Piepenstock, infatti, la denominazione di "*Eating disorders*" andrebbe riservata unicamente a soggetti, che per il loro livello evolutivo, dovrebbero essere in grado di autoregolare le proprie scelte alimentari, ovvero adulti o perlomeno bambini più grandi. L'attuale Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, giunto alla sua quinta edizione (APA, 2014), risulta allineato a questa concettualizzazione e se in precedenza rientravano tra i disturbi alimentari, oltre le classiche forme dell'Anoressia e della Bulimia Nervosa, anche la Pica e il Disturbo da Ruminazione, oltre che il gruppo vastissimo e imprecisato degli Ednos, riconosce in questa accezione altre forme categoriali, in cui risulta più evidente un'implicazione relazionale, non distinguendo più, ulteriormente, le forme emergenti nella prima infanzia e nell'adolescenza da quelle tipiche dell'età adulta. Tuttavia, prima di questo tentativo di sistematizzazione si sono diffuse altre classificazioni che seppur in maniera confusa, hanno cercato di offrire delle risposte a quanti avevano già sollevato la questione del riconoscimento dei disturbi alimentari prima dell'esordio adolescenziale. Una prima alternativa è rappresentata dalla classificazione diagnostica 0-3, un sistema multi-assiale per la diagnosi della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nella prima infanzia, ossia relativo a patologie che insorgono tra 0 e 3 anni. L'approccio concettuale ai disturbi dell'alimenta-

zione qui esposto si riferisce a presunte difficoltà nello stabilire pattern regolari di alimentazione con un'adeguata immissione di cibo, per cui nella loro definizione riceve un'importanza centrale il concetto di "regolazione", come capacità innata del bambino di modulare i propri stati emotivi e organizzare l'esperienza emettendo risposte comportamentali pertinenti ai suoi bisogni. A partire dal 2005, la classificazione 0-3 (rivisitata) promossa dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's Task Force si assiste ad una ridefinizione e suddivisione in sei sottotipi, dell'accezione iniziale di Chatoor (2002) che, tuttavia aveva avuto il pregio, nel suo modello transazionale, di considerare i disturbi dell'alimentazione come risultanti della qualità dell'interazione tra il bambino ed il suo caregiver. Mentre questi aveva individuato solo quattro forme: il Disturbo alimentare dell'omeostasi, il Disturbo alimentare di separazione, Il Disturbo alimentare dell'attaccamento e il Disturbo alimentare post-traumatico, nell'ultima rivisitazione, si sono distinte le seguenti tipologie: Disturbo alimentare dello stato di regolazione, Disturbo alimentare di reciprocità con il caregiver, Anoressia infantile, Avversione selettiva verso il cibo, Disturbo alimentare associato a componenti organiche e Disturbo alimentare associato a traumi nel tratto gastrointestinale, modificando, come si vede, alcune denominazioni ed enfatizzando per certi versi la rigidità di alcuni criteri diagnostici. Un altro contributo in ambito di sistemi nosografici alternativi è rappresentato dalla classificazione secondo i cosiddetti "GOS Criteria", frutto degli studi condotti dall'equipe del Great Ormond Street Hospital di Londra (Lask e Bryant-Waught, 2008) che si sono focalizzati sulla patologia della sfera alimentare nei soggetti di età compresa tra i 7 e i 14 anni, inserendosi nel complesso dibattito relativo all'insorgenza dell'anoressia e della bulimia nervosa in epoca prepuberale. I disturbi qui classificati sono, invece: l'Anoressia Nervosa, il Disturbo emotivo da rifiuto del cibo (il cui termine "Faed" viene usato per descrivere quelle condizioni di restrizione alimentare contrassegnate dall'assenza delle caratteristiche psicopatologiche tipiche dei disturbi alimentari come la distorsione cognitiva rispetto al peso e alla forma del corpo), la Bulimia nervosa, l'Alimentazione selettiva, la Disfagia funzionale e il Rifiuto pervasivo. Le prospettive sopra menzio-

nante, nonostante si siano proposte di andare oltre un mero elenco dei criteri diagnostici per analizzare la cornice relazionale all'origine dei disturbi infantili del comportamento alimentare, si sono però fermate a livello dell'interazione madre-bambino, indagando per nulla o poco la dimensione inconscia e latente che trova nel canale alimentare una via d'espressione. Una lettura psicodinamica consentirebbe, invece, di legare al discorso strettamente nosografico i significati simbolici, relazionali ed emotivi della psicopatologia, nelle sue componenti intrapsichiche ed intersichiche. In tale direzione occorre citare anche la classificazione multi-assiale proposta da Maldonado-Duran (2005) i cui punti di forza possono essere individuati nella valutazione delle interazioni immaginarie e dei pensieri fantasmatici del bambino e dei genitori, oltre che nell'importanza attribuita all'alleanza terapeutica tra il clinico e i genitori per la risoluzione delle problematiche alimentari, come tra l'altro vale per ogni intervento. Infine, sembra interessante citare anche Ammaniti (2006), il quale propone, in questa direzione, il riferimento ad alcuni sistemi diagnostici basati su scale ed evidenze empiriche, come quello di Achenbach e collaboratori (1997) che, a fini diagnostici, considera non solo la valutazione diretta del bambino, ma anche quella fornita, mediante resoconti, da genitori e insegnanti in merito alle sue condotte alimentari. In questa rassegna, merita attenzione anche il già citato contributo di Marcelli (2005), di natura propriamente psicodinamica, che indirizza specificatamente verso una comprensione dei significati simbolici connessi alla psicopatologia della sfera oro-alimentare. Partendo, come detto, dalla considerazione dei significati inconsci legati all'esperienza della nutrizione per il bambino all'interno della relazione con propria figura di accadimento primaria, egli giunge a distinguere tre quadri psicopatologici principali: l'Anoressia del secondo trimestre, l'Obesità e i Comportamenti alimentari devianti. Tra le peculiarità del suo approccio vi è anche la rilevanza attribuita ai disturbi psicosomatici, come veicolo, attraverso la sfera digestiva, di disagio emotivo e relazionale precoce, che orienta i clinici all'analisi della dimensione psicosomatica nella psicopatologia dell'età evolutiva come un riferimento obbligato, considerando che "*Non c'è niente di più psicosomatico di un neonato*" (ivi, p.

373), per cui egli non può comunicare se non attraverso il corpo e le sue funzioni fisiologiche. Il sintomo del bambino, in tal senso, sembra riflettere l'attitudine della madre verso di lui e la reazione alle manipolazioni materne, esprimendo delle risposte alla qualità di tale relazione. Quadri ed eziologie dei disturbi psicosomatici della sfera digestiva vengono distinti dall'autore in: Colica del neonato, Vomito del neonato e del bambino piccolo, Vomito del bambino grande e Mericismo. Lo stesso Ammaniti (2006), riprendendo Marcelli, distingue tra i disturbi dell'alimentazione e quelli disturbi psicosomatici a carico della la sfera digestiva, partendo dalla considerazione del corpo come mezzo di espressione privilegiato per il bambino. Sottolineando la totale assenza di un riferimento ai disturbi psicosomatici nelle classificazione proposte dal DSM IV-TR (2001) e dall'ICD10 (1992), egli riconosce la funzione centrale della figura materna come regolatore dell'equilibrio omeostatico del bambino ed evidenzia come, in caso di difettosi processi di sintonizzazione madre-bambino, sia possibile che il dolore emotivo del piccolo, non sia riconosciuto e rispecchiato nei suoi bisogni e che si esprima, pertanto, nella forma di un "dolore del corpo". Le ipotesi riprese da Ammaniti si situano, così, all'interno della cornice teorica circa i disturbi psicosomatici, che a partire da Kreisler (Kreisler, Fain e Soulè, 1974; Fava Vizziello e Stern, 2000), considerando sia la qualità della relazione madre-bambino, che le caratteristiche infantili predisponenti ad un certo tipo di reazione piuttosto che ad un'altra, previene all'identificazione di *nuclei psicosomatici* caratterizzati da determinate "linee di vulnerabilità", a seconda della problematica centrale intorno a cui si articola la patologia (la linea del controllo, per esempio, che include disturbi come l'Anoressia da opposizione, la linea della tensione che appare implicata delle Coliche, la linea della passività che caratterizzerebbe, invece, l'Obesità e la linea del vuoto a sfondo depressivo che sarebbe tipica del Mericismo). Per concludere la rassegna, cito, sempre in ambito psicodinamico, uno dei tentativi più completi di sistematizzazione e classificazione diagnostica, che è probabilmente rappresentato dal Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM), pubblicato negli Stati Uniti nel 2006 ed edito in Italia a partire dal 2008. Esso mira al raggiungimento di una comprensione del-

la psicopatologia tanto funzionale quanto descrittiva, ossia capace di preservare e rappresentare la complessità dei fenomeni clinici, pur utilizzando criteri diagnostici che rendano possibile la comunicazione tra clinici e ricercatori che provengono da ambiti differenti, a partire dall'integrazione di contributi disciplinari differenziati. Il risultato offerto dal PDM è la proposta di una valutazione dimensionale che attribuisce un valore centrale non solo alle capacità mentali di base del soggetto ma anche al funzionamento globale della sua personalità e sottolinea la centralità dell'esperienza soggettiva tanto del clinico nell'incontro con l'altro che del paziente, nel vivere percepire ed interpretare la propria patologia. All'interno del suo impianto, i problemi dell'alimentazione vengono interpretati come "Disturbi interattivi" nei neonati e nei bambini piccoli e come "Disturbi dello sviluppo" nei bambini e negli adolescenti. Non viene proposta una sottoclassificazione dei "Disturbi dell'alimentazione", ma ne viene descritta la specificità del pattern manifesto come caratterizzato da irregolarità nell'assunzione di cibo. Le problematiche alimentari vengono, inoltre, ricondotte ad assenza di cure adeguate nell'interazione bambino-caregiver o alla mancanza di espressione simbolica, per cui rabbia, paura o altre emozioni affini possono tradursi in un rigetto del cibo, secondo un meccanismo che rinvia alla sintomatologia psicosomatica cui si è precedentemente accennato. Una considerazione a parte viene riservata nel manuale all'Anoressia e alla Bulimia che vengono, invece, incluse nei disturbi psicofisiologici. Per questo motivo, benché pregevole nelle premesse e negli sforzi, anche il PDM sembra riscontrare almeno parzialmente i già citati limiti della classificazione dei disturbi dell'alimentazione nell'infanzia, con sovrapposizioni e difficoltà nel riconoscimento di alcune specifiche manifestazioni dell'età infantile che appaiono ancora troppo complesse e sfaccettate per poter essere adeguatamente ridefinite. Infine, rappresentando un punto di svolta in questo esaminato intento di fornire sistematicità e unitarietà ai disturbi alimentari dell'età evolutiva da parte dei clinici di differente orientamento, meritano di essere riconosciuti gli sforzi del nuovo Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, giunto alla sua quinta edizione (A.P.A., 2014), in cui tali manifestazioni non sono più separate, come nella precedente, dal-

le forme adulte, ma iscritte in un unico quadro che con la dicitura di “Feeding Disorders” sottolinea proprio l’aspetto del “sentire”, mediato dal contatto, insito in tali multifaccettate problematiche.

Bibliografia

- Abraham, K. (1924). “A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders”, Selected Paper on Psycho-Analysis, Horgat Press, London.
- Achenbach, T. M., & McConaught, S. H. (1997). Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. Sage, Thousand Oaks.
- American Psychiatric Association (2001). Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali revisionato. Trad. it. Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (2014). Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, 5° edizione. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ammaniti, M. (2006). Manuale di psicopatologia dell’infanzia. Raffaello Cortina, Milano.
- Chatoor, I. (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 11, 163-183.
- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (1994). Childhood onset criteria and related eating disorder. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Bryant-Waugh, R. & Piepenstock, E. (2008). Childhood disorders: feeding and related disorders of infancy or early childhood, in Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. et al., *Psychiatry*, third ed., New York: John Wiley & Sons, Ltd, 2008, pp. 830-846.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L. et al., (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of eating disorders*, 43, 98-111.
- Brunch, H. (1975). *Les yeux et le ventre*. Payot, Paris.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London, Routledge.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and Mental Health*. Geneva. World Health Organiz. Monogr n. 2 (Trad. it. 1964. *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Firenze, Giunti).
- Chatoor, I (2009). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children*, Washington DC: Zero to three.
- Cuzzolaro, M. (1993). Epidemiology of eating disorders. In E. Ferrari, F. Brambilla e S. B. Solerte (a cura di), *Primary and secondary eating disorders. A psychoneuroendocrine and metabolic approach*. Oxford: Pergamon Press, pp. 105-122.
- Gaddini, E. (1980). *Note su problema mente-corpo*. In “Scritti” (1953-1985), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. & Konrad, K. (2011). Etiology of anorexia nervosa: from a “psychosomatic family model” to a neuropsychiatric disorder? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 261 (Supp. 2), 177-181.
- Hughes, E. K. (20102) Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *J. Clin. Psychol.*, 16, 15-24.
- Klein, M. (1952). *Sull’osservazione del comportamento dei bambini nel primo anno di vita*. In Klein M. (1978). *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *Il bambino e il suo corpo*. Tr. it Astrolabio, Roma, 1976.
- Kreisler, L. (2000) *La prospettiva psicosomatica nella psicopatologia del lattante*. In Fava Vizziello G. e Stern D. N. (a cura di) *Dalle cure materne all’interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Maldonado-Duran, J. M., a cura di (2005). *Infanzia e salute mentale. Modelli di intervento clinico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Marcelli, D. (2005). *Psicopatologia del bambino*. Quinta edizione italiana a cura di Adriana Guareschi Cazzullo. Biblioteca Masson.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l’intelligence chez l’enfant*. Neuchatel:Delachaux et Niestlé. (trad. it.1968. *La nascita dell’intelligenza nel fanciullo*. Firenze: Giunti).
- Piaget, J. (1946b). *Les notions de mouvement et de vitesse chez l’enfant*. Paris: P.U.F. (Trad. it. *Le nozioni di movimento e di velocità nel bambino*. Roma: Newton Compton).
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features and treatment. *Adolesc. Med*, 14 (1), 49-59.
- Swanson, S. A., Crow, S. J. et al. (2011). Prevalence and correlates of Eating Disorders in Adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 68 (7), 714-723.
- Vizziello Fava, G. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Il Mulino Editore, Bologna.
- Winnicott, D. (1936) “*Appetito e disturbo emozionale*” In “*Dalla pediatria alla psicoanalisi*”, Martinelli, Firenze, 1975.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Ginevra.
- Zero to three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-2R)*, Washington, DC.

Ricadute transgenerazionali e disturbi dello sviluppo nei minori in relazione a un lutto complicato nel caregiver sopravvissuto: gli esiti positivi di un percorso psicoterapico sistemico relazionale

Mariagrazia Carone*, Patrizia Aresta**

*Psicologa, Psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Terapia Relazionale per i casi con Problematiche di Conflitto Sociale c/o U.O.C. Psichiatria Universitaria Policlinico Bari

**Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia

Riassunto

Questo articolo tratta degli effetti di una mancata elaborazione del lutto da parte di un genitore, con ricadute non solo sullo sviluppo di un figlio minore, ma anche a livello transgenerazionale, e di come gli stessi possano essere modificati in modo duraturo tramite un'intervento di psicoterapia familiare condotta secondo un'ottica sistemico-relazionale. **Metodi:** follow up di n. 8 famiglie, ciascuna delle quali nel 2012 aveva usufruito di ca. 10 sedute. Il campione è stato contattato tramite un'intervista telefonica durante la quale si è richiesta una valutazione soggettiva circa alcune aree presenti nella scheda di valutazione CORE-E. **Risultati:** una mancata elaborazione del lutto può provocare disturbi psicopatologici negli adulti, ma anche nei loro figli minori e persino nei discendenti. L'elaborazione in termini relazionali del trauma subito può condurre a una evoluzione del sistema familiare e a un recesso della sintomatologia che si mantiene nel tempo.

Parole chiave: Lutto; Transgenerazionalità dei sintomi; Psicoterapia.

In questo articolo si vogliono argomentare e dimostrare gli effetti di una mancata elaborazione del lutto da parte di un genitore, nello sviluppo di un figlio minore. Si sono considerati alcuni casi tra le psicoterapie a orientamento sistemico relazionale condotte dalla Dott.ssa Mariagrazia Carone. Nel 2012, è stato reclutato un campione di 8 famiglie su 15 prese in carico nello stesso anno, presso il servizio U.O.C. Psichiatria Universitaria-Azienda Ospedaliera Policlinico-Consorziale, Bari, di cui è responsabile, notando che le stesse presentavano nella loro storia un lutto non risolto. Decidemmo di presentare un poster dal titolo: "La

mancata elaborazione del lutto e le sue ricadute transgenerazionali" al "2° festival internazionale della terapia familiare", tenutosi a Roma dal 7 al 9 giugno del 2012. Nello stesso si evidenziava come la nuclearizzazione della famiglia nella società occidentale odierna abbia ridotto l'importanza dei rituali sociali relativi al lutto, significativi contenitori emotivi per il sostegno dell'individuo e della famiglia; e anche come una mancata elaborazione del lutto provochi effetti per chi lo subisce, come depressione, rimpianti, vittimismo e solitudine, disinvestimento affettivo ed estraneità, aggressività, rimpianti, ma può provocare altre conseguenze transgenerazionali come fobia, disturbo ossessivo compulsivo, ansia. Si è deciso di ricontattare il campione, allora esaminato, tramite intervista telefonica per valutare, a distanza di 4 anni, gli effetti della psicoterapia.

Premesse teoriche

Per Fraley e Shaver (1998) il lutto complicato si dipana attraverso un continuum che va dalla prolungata assenza di dolore conscio alle manifestazioni di lutto cronico (Fraley e Shaver 1999): il lutto cronico si associa ad un pattern ansioso - ambivalente, mentre l'assenza di dolore è caratteristica di coloro i quali presentano uno stile di attaccamento evitante.

Secondo Crocetti quando uno dei due genitori scompare, le emozioni e gli affetti suscitati nel genitore sopravvissuto sono determinanti per l'equilibrio del bambino. Tali vissuti possono essere di:

- delusione;

- depressione;
- rabbia e/o rabbia impotente;
- impotenza connessa a depressione;
- perdita di investimento narcisistico e di fi-
dabilità in sé;
- perdita di un sé poggiate sul partner (emo-
zionalmente, intimamente, includendo la
sessualità);
- perdita della progettualità condivisa col
partner (affettiva e nella realtà esterna);
- blocco delle emozioni;
- senso di colpa (dovuto a situazioni conflit-
tuali precedenti alla morte);
- senso di inadeguatezza e attacco all'auto-
stima;
- rischio di regredire al ruolo di figlio/a rispet-
to ai propri genitori (es. ritornare a casa dei
genitori o affidare loro i figli);
- idealizzazione del partner morto.



Questi stati affettivi sono quelli che anche il figlio proverà in rapporto al genitore assente, in quanto riposti nello spazio vuoto lasciato dal genitore scomparso. La scomparsa del genitore nella realtà concreta non coincide infatti con la scomparsa nella realtà psicologica, dove lo stesso rimane invece presente anche se la scomparsa si è verificata al momento del suo concepimento.

E' importante non solo il momento in cui si colloca la perdita del genitore nella vita del bambino, ma anche il sesso del genitore scomparso (Crocetti, Agosta).

Spesso, in ambito terapeutico, ci è capitato di riscontrare che la patologia del paziente derivasse da lutti inelaborati nelle generazioni pregresse.

Nei pazienti che hanno vissuto la perdita di un

genitore, in particolare della madre, in un'età fondamentale per l'acquisizione del senso di sé, vi è spesso uno svilimento del Sé, che li porta a vivere nella compiacenza, per paura dell'abbandono se non si mostrano come gli altri desiderano: è l'altro che dà e toglie valore. La mancata attribuzione a sé di un giusto valore comporta il rischio di sentirsi nullificati se l'altro non li vede.

Il silenzio del genitore, *per la sua incapacità di affrontare il lutto e la perdita*, impedisce al figlio/a di poter esprimere il dolore e l'angoscia per la separazione. Quella della separazione diventa così un'area di fragilità che porta in età adulta all'agito, per l'impossibilità di pensare la fine della relazione e di reggere la separazione. E così come è stato per lui, anche col partner il paziente ripete la sottrazione improvvisa dell'affetto senza possibilità di concedere all'altro di esprimere la sofferenza per la perdita del legame. (Crocetti, Pallaoro, 2007).

Un filone di ricerche ha rivolto l'attenzione ai processi di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento tra genitori e figli (Bretherton, 1992). Esse hanno contribuito a chiarire in che modo il modello operativo interno del genitore, costruito durante l'infanzia, influenzi le modalità di cura, gli atteggiamenti e i comportamenti genitoriali che costituiranno il contesto in cui il bambino svilupperà il suo modello di attaccamento. I risultati di questi studi (Ainsworth e Eichberg, 1991; Fonagy et al., 1991; Van Ijzendoorn, 1995) hanno messo in evidenza una forte correlazione tra il modello di attaccamento "sicuro nell'adulto" e il modello "sicuro nel bambino", così come rispettivamente tra il modello "distanziante" e modello "evitante", e tra modello "preoccupato e modello "resistente - ambivalente" nel bambino. Le ricerche sul modello "disorganizzato/disorientato" del bambino (Main e Solomon, 2010), hanno evidenziato che lo stesso è frequentemente correlato nei campioni a basso rischio con la "mancata risoluzione del lutto" nell'adulto, mentre campioni ad alto rischio è associato spesso con esperienze di maltrattamento o di abuso (Main e Hesse, 1992; Speranza et al., 2002).

La Teoria dell'Attaccamento studia i processi attraverso i quali si costruiscono quei modelli in-

termini da cui dipenderanno le modalità di rapportarsi nelle relazioni intime, ossia di rappresentazione reciproca, di vissuto della propria identità, delle nostre aspettative, delle nostre paure. Tali schemi, che si costruiscono nel bambino piccolissimo (tra i 7 e i 15 mesi), agiscono al di là della consapevolezza e organizzano le informazioni relative ai rapporti affettivi, determinando cosa portiamo all'attenzione, quale significato diamo agli eventi, quali emozioni ci suscitano, quali comportamenti adottiamo in risposta. Lo stile di attaccamento rispecchia l'unicità delle aspettative di ciascun individuo riguardo alla disponibilità degli altri per la soddisfazione del bisogno di protezione, vicinanza e condivisione.

In questo contesto assumono un peso rilevante le esperienze che intercorrono tra il bambino e la figura che si prende cura di lui, poiché rivestono una funzione cruciale nella costruzione dell'identità personale e nel modo di rapportarsi agli altri.

L'analisi degli eventi traumatici ha ricevuto un notevole impulso dalle osservazioni della Main et al., (1985) circa il modello d'attaccamento da lei definito come disorientato/disorganizzato. Esso sembrerebbe profondamente influenzato da esperienze di relazione traumatiche vissute dal bambino o dai suoi genitori: in ambedue i casi, un ruolo preponderante è giocato dalla presenza di un abuso, maltrattamento, o da un lutto non elaborato, che agisce però a una diversa distanza generazionale. Nel primo caso il bambino è direttamente vittima della situazione traumatica, nel secondo caso, risente degli eventi traumatici subiti a loro volta dai genitori.

Le risposte agli eventi traumatici sono classificati nel DSM IV nel Disturbo Post Traumatico da Stress.

Attualmente gli effetti del trauma attraverso le generazioni vengono analizzati anche a riguardo dell'eziologia dei disturbi gravi e dei disturbi dissociativi (Fonagy et al, 1993, Liotti et al, 2000; Pasquini et al., 2002).

L'esperienza del lutto è molto grave quando il bambino vede sparire i suoi punti di riferimento, come un genitore o una figura di attaccamento. La perdita precoce della figura di attaccamento genera in lui un dolore molto intenso, perché viene a mancare ciò che dà significato a tutto il suo esi-

stere e che media e dosa il contatto con la realtà esterna. Per un bambino perdere i propri punti di riferimento, prima di avere costruito dentro di sé le competenze necessarie per affrontare la realtà in modo autonomo, è una sfida al proprio equilibrio, che rischia di disorganizzarlo nel suo sviluppo futuro. Bowlby, il ricercatore che per primo ha elaborato la Teoria dell'Attaccamento ritiene che l'esperienza della separazione, specie se il bambino è molto piccolo, è un evento grave che può essere correlato allo sviluppo di personalità fragili e soggette a patologie psichiche. Questo significa che si viene a generare un'area di vulnerabilità che potrà evolvere verso lo sviluppo di problemi. Il lutto può agire come fattore di rischio qualora vengano a mancare delle variabili di contenimento e protezione. Per una sua elaborazione positiva è importante la figura del genitore sopravvissuto e di altri adulti di riferimento. Nel processo di elaborazione del lutto infantile incidono anche variabili interne: la personalità del bambino, il suo carattere, i processi interni e le risorse psichiche che vengono messe in atto. Il tempo del lutto è un momento di stress in cui il bambino dovrà tirare fuori le competenze e gli strumenti emotivi accumulati fino a quel momento, ma soprattutto conteranno una buona relazione e comunicazione con il genitore rimasto, che per primo dovrà elaborare gradualmente i propri sentimenti affinché il bambino possa incontrare un genitore con cui riconciliarsi. La comunicazione tra i bambini e le persone significative sui pensieri e i sentimenti di altri, nelle relazioni sociali precoci, facilita lo sviluppo di una teoria della mente, che a sua volta costruisce il presupposto per elaborare un'esperienza anche complessa o negativa (Symons, 2004). Il bambino diventa ricettacolo delle emozioni del genitore quindi: il suo equilibrio dipenderà molto da come il genitore elabora il proprio lutto e le proprie emozioni.

Di fronte ai cambiamenti che possono determinarsi in seguito alla morte di un partner, il genitore vivente può reagire non solo con angoscia, ma anche con sentimenti depressivi. Questo può avere una forte influenza sullo sviluppo del bambino e sulla visione che egli avrà di se stesso e del significato della morte. Nel caso in cui il lutto non venga elaborato dal genitore, ciò causerà in lui e quin-

di nel figlio una opposizione al cambiamento e il lutto diventerà complicato. Uno studio del 2005 di Kirwin, Hamrin “Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children” aveva come scopo quello di valutare quali fossero i fattori principali che influenzano la risposta di un bambino alla morte e capire come i bambini reagissero alla morte nei diversi stadi di sviluppo; quali fossero le risposte emozionali alla morte di un genitore; come potesse il genitore sopravvissuto aiutare il bambino a ottenere uno sviluppo normale, nelle diverse fasi della crescita; di quali abilità necessitasse un genitore per fronteggiare il normale sviluppo del bambino e quanto potesse un programma di prevenzione per la salute mentale aiutare nel supporto di crescita della famiglia e del bambino.

Conclusioni dello studio: la morte di un genitore è l'evento più stressante per un bambino e la sua famiglia, che può portare grave disagio psicologico e sociale. I bambini non supportati nelle prime fasi della crescita possono sviluppare seri problemi emotivi e comportamentali che potrebbero evolversi in gravi disturbi psichiatrici. Una prevenzione supportiva per il genitore sopravvissuto e il bambino può aiutare entrambi ad accettare il lutto, diminuendo il rischio di sviluppare un lutto complicato.

Un altro studio dimostra come la perdita del partner può portare alcune madri a diventare mentalmente incoerenti e sporadicamente addirittura a stadi dissociativi, stati d'animo dimostrati come predittivi di un attaccamento disorganizzato. I bambini nati quasi contestualmente a una perdita genitoriale, presentano un rischio di un trauma intergenerazionale. Nello studio si illustra un programma di una psicoterapia di gruppo madre-bambino, rivolto a madri che abusano di sostanze, può aiutare a prevenire la trasmissione di un trauma irrisolto delle madri ai bambini. I risultati ottenuti dimostrano che il lutto complicato era correlato significativamente alla compromissione funzionale. Il lutto complicato era anche associato con altri indicatori di psicopatologia, inclusa l'ideazione suicidaria. (Belt R.H, Kouvo A, Flykt M, Punamaki RL, Haltigan JD, Biringen Z, Tamminer T, 2012).

Il lutto nelle teorie sistemico-relazionali

Bowen (1979) nelle ricerche sulla sua “Family Systems theory”, rimarca l'esistenza, in una famiglia che affronta un lutto, di un'onda di shock emozionale che si diffonde intergenerazionalmente, occasionando disturbi psicopatologici nei suoi integranti che spesso ne ignorano la etiologia. Egli enfatizza la rilevanza del lutto nella famiglia quando vi è la perdita di un bambino “speciale” o di un patriarca o matriarca del clan, che hanno un ruolo emozionale più significativo nella famiglia.

Norman Paul (Paul, Glosser 1964), anch'egli autore sistemico, ha sottolineato come lutti irrisolti nel passato familiare possono avere un grande impatto nelle fasi transizionali del ciclo vitale, specialmente quando si devono affrontare cambiamenti e perdite.

Altro autore che si è occupato del tema è stato R. Pereira (1998), che sintetizza nel suo articolo le tappe del lutto familiare e i compiti da svolgere:

- Accettazione della perdita, permettendo o favorendo l'espressione della tristezza in ogni membro della famiglia;
- Riunione e chiusura della famiglia per permettere la sua riorganizzazione, ridistribuendo la comunicazione interna e i ruoli familiari;
- Riorganizzazione della relazione con il mondo esterno;
- Riaffermazione del sentimento di appartenenza al nuovo sistema familiare che emerge dal precedente e accettazione dell'ingresso in una nuova tappa di vita familiare.

In base alle teorie sistemiche relazionali, secondo Gambini (2007), la Prospettiva Trigenerazionale osserva la famiglia sotto la dimensione storico-evolutiva, considerando:

- generazione di figli e genitori (livello orizzontale);
- relazione con la propria famiglia d'origine (livello verticale).

Rispetto a questo a questo approccio che considera più generazioni bisogna considerare:

- 1) Trasmissione Intergenerazionale: ogni famiglia scrive con il tempo una propria storia che verrà trasmessa alle generazioni future tanto da influenzare nel presente, anche se inconsciamente, i membri della famiglia.

La trasmissione avviene per mezzo del linguaggio sotto tutte le forme possibili. Se la famiglia d'origine ha superato in maniera funzionale i suoi problemi e i compiti evolutivi incontrati, trasmetterà alle generazioni future il proprio sapere sotto forma di risorsa. Se invece non è riuscita nel suo compito evolutivo di adattamento trasmetterà un vincolo, che si spera sia rivolto alla generazione successiva.



In terapia è quindi essenziale ricostruire la storia familiare e rendere consapevoli i pazienti dei vincoli inconsci che li influenzano, in modo da poter risolvere da soli tale ostacolo.

Di per sé, il concetto di trasmissione implica la risoluzione del problema dovuta alla rielaborazione insita in tale termine mentre, al contrario, il termine Passaggio indica un semplice spostamento.

2) Miti, Storie e Rituali Familiari...

- **Miti:** sono delle credenze condivise da tutti i membri della famiglia che, tramandati insieme alle storie e ai rituali, vanno a formare la specifica cultura di una famiglia. I miti riguardano i ruoli familiari e le relazioni tra parenti, e rappresentano una chiave di lettura e di interpretazione di tutta quella che è la realtà familiare. Costituiscono una sorta di linea guida per tutte le situazioni più importanti, soprattutto quelle ambigue e problematiche come l'abbandono, la separazione e il **lutto**. Si parla di mito e non appunto di credenze perché non vengono discusse o sottoposte a verifiche;
- **Storie Familiari:** sono l'insieme dei racconti delle memorie dei valori condivisi e

trasmessi che permettono di riconoscere l'identità della famiglia. Il valore delle storie consiste nel connettere tempi, eventi e persone differenti, riportandoli ad un'unica identità, quella della famiglia. Le dinamiche relazioni presenti nelle storie sono poi quelle che si verificano nella realtà, proprio perché inconsciamente tramandate e messe in atto;

- **Rituals Familiari:** sono azioni che ricorrono in tempi e luoghi prevedibili, legati a determinati eventi speciali (ad es. matrimoni, **lutti**, nascite e festività) oppure a situazioni di vita quotidiana (ad es. i pasti, il modo di salutarsi). Più che in altri aspetti è proprio nei rituali che si individua l'identità familiare, proprio per il fatto di avere un'immagine viva e diretta di una tradizione familiare. (Gambini, P., 2007).

Secondo Canevaro, "Lo scenario naturale del lutto non è solo la famiglia nucleare (abituamente descritta nella stragrande maggioranza degli studi realizzati) bensì l'intero sistema minimamente trigerazionale che da origine agli individui e costituisce la rete allargata che insieme agli amici si trasforma nel supporto più importante del sistema familiare nucleare e del singolo soggetto"(Canevaro, 2007).

Lo studio dei fallimenti terapeutici dimostra che in molte circostanze viene trascurata l'importanza dei fattori che si tramandano transgenerazionalmente. Lo studio di Canevaro fa vedere come l'utilizzazione delle risorse delle famiglie di origine (FO) può essere fondamentale per sbloccare processi terapeutici familiari fallimentari o in impasse terapeutici.

Durante una consulenza per un caso molto grave di lutto patologico in uno dei genitori di un figlio unico morto in circostanze drammatiche, l'autore convoca le FO e in un formato già collaudato di approccio trigerazionale e riesce a stimolare le risorse familiari che favoriscono un riscatto terapeutico,

Da un follow-up immediato a 3 mesi e tardivo a 7 anni si riesce a vedere il rientro di una grave patologia e la nascita di una elaborazione quasi normale del lutto nella coppia genitoriale. (Cane-

varo, A., 2004).

Ricerca

L'obiettivo di questo studio è quello di dimostrare quanto il percorso di psicoterapia intrapreso nel 2012, sia stato positivo e risolutivo, a breve e a lungo termine. Ci siamo avvalsi come strumento per valutare gli esiti delle psicoterapie del **CORE-OM**. Core è un acronimo che sta per Clinical Outcomes in routine evaluation (Evans et al, 2000).

Abbiamo somministrato ai genitori delle famiglie trattate, un'intervista telefonica. Dapprima abbiamo compilato la scheda di valutazione iniziale CORE-A, per ogni genitore, attraverso la cartella clinica, ottenendo le informazioni relative al momento in cui gli stessi si sono rivolti al Servizio. In questa scheda si registra l'età dei familiari, la data della prima visita di valutazione, la data dell'ultima visita di valutazione, se il paziente è già noto al servizio; essa indaga le condizioni di vita del paziente, se era ricorso ad aiuto per problemi psichici in passato o in corso (primario, secondario, terziario o altro); se è stata prescritta recentemente una terapia farmacologica e di quale tipo.

La scheda CORE-A richiede una breve descrizione del motivo di invio al Servizio, e di segnare i problemi identificati (per ciascuna voce indicare inoltre gravità e durata: meno di 6 mesi, da 6 mesi a 12 mesi, più di 12 mesi, ricorrente-continuo); i problemi identificati presenti sulla scheda di valutazione iniziale sono: depressione, ansia/stress, psicosi, problemi di personalità, problemi cognitivi di apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, problemi somatici, abuso di sostanze, stress post-traumatico, abuso o violenza, reazione di lutto, auto-stima, problemi interpersonali/relazionali, problemi di sussistenza, problemi lavorativi/ di studio. Si richiede di riportare il rischio (per ciascuna voce, indicando la gravità- nessun rischio, lieve, moderato, grave), per suicidio, atti autolesivi, atti etero lesivi, problemi legali forensi.

Nella scheda di valutazione iniziale, si chiede al paziente cosa ha fatto per far fronte o evitare il suo problema (azioni positive- azioni negative). Tutte le famiglie avevano seguito un percorso

terapeutico di circa 10 sedute con 2-3 controlli successivi, a distanza di qualche mese ogni volta. Successivamente è stata utilizzata la scheda di valutazione finale CORE-E. Nella stessa si riportano i dati e le date del trattamento, quale tipo di terapia è stata condotta (sistemica, psicodinamica, cognitiva etc..) e in quale modalità (individuale, di gruppo, familiare, di coppia), con quale frequenza è stato visto il paziente, la famiglia del paziente. Si rivalutano i problemi identificati (depressione, ansia/stress, psicosi, problemi di personalità, problemi cognitivi di apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, problemi somatici, abuso di sostanze, stress post-traumatico, abuso o violenza, reazione di lutto, auto-stima, problemi interpersonali/relazionali, problemi di sussistenza, problemi lavorativi/ di studio), indicando la gravità e se sono stati affrontati in terapia. Anche in questa scheda si richiede di riportare il rischio (per ciascuna voce, indicando la gravità-nessun rischio, lieve, moderato, grave), per suicidio, atti autolesivi, atti eterolesivi, problemi legali forensi. Si valutano i fattori contestuali (motivazione, alleanza terapeutica, mentalizzazione). Si richiede una valutazione per quanto riguarda i benefici della terapia, che è stata effettuata dagli operatori tramite colloquio e dai genitori venuti in terapia facendo ricorso ai loro ricordi. Si valuta se c'è stato un miglioramento per quanto riguarda: introspezione e consapevolezza, esplorazione di sentimenti o difficoltà, capacità d'adattamento (strategie, tecniche, richiesta d'aiuto, controllo/pianificazione/capacità, prendere decisioni, benessere soggettivo, sintomi, funzionamento quotidiano, relazioni interpersonali, altri effetti). Si valuta se il paziente necessitava di terapia farmacologica, se nel corso del trattamento fosse stata modificata e se questo avesse provocato cambiamento vantaggioso.

Le domande sui benefici della terapia sono stati rivolte a entrambi i genitori, a persone maggiori facenti parte del nucleo familiare, e anche ai pazienti se nel corso di questi anni avessero raggiunto la maggiore età. Come da premessa iniziale, le famiglie interpellate avevano un problema di lutto irrisolto (perdita di un partner e di un genitore di riferimento, lutto complicato nei confronti di un genitore, perdita di un figlio). I

bambini di queste famiglie avevano sviluppato comportamenti ansiosi, tratti ossessivi, fobie specifiche come paura della morte, paura di morire, disarmonie evolutive, comportamenti disadattivi, enuresi. Nei genitori si notavano disturbi depressivi, stati dissociativi.

Conclusioni

I risultati rivelano come, nella rivalutazione dei problemi identificati, in 7 casi su 8 le problematiche siano state risolte. Nella valutazione dei benefici della terapia i miglioramenti sono stati molteplici e significativi per tutte le voci. I giudizi sul ricordo degli effetti benefici della terapia sono positivi sia per le madri che per i padri, in relazione sia ai figli che a se stessi. I ragazzi che nel frattempo avevano raggiunto la maggiore età ricordavano il periodo della terapia come un momento di crescita personale. I risultati rilevati appaiono pertanto in linea con le ricerche riportate nel presente articolo, confermando l'ipotesi di indagine.

Bibliografia

- Agosta R., Crocetti G., Quando un genitore è solo, materiale didattico C.i.p.s.p.s.i.a. (Web)
- Agosta R., Incontro con i genitori: Il bambino e l'adulto di fronte alla morte, Materiale didattico ad uso del C.i.p.s.p.s.i.a (Web)
- Ainsworth, M., e Eichberg, C. (1991) – Effects on infant –Mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure – in "Attachment throughout the life cycle" (eds Parkes, J.-Stevenson-Hinde) London:Routledge
- Ainsworth e Eichberg, 1991; Fonagy et al., 1991; Van Ijzendoorn, 1995" The internal world and attachment"(a cura di) Geof Goodman (2002)
- Canevaro, A. (2004). Un approccio trigenerazionale al lutto familiare. *Child Development e Disabilities* Vol XXX-n 4.
- Ammaniti M., Stern D.N. (a cura di) (1991). Attaccamento e psicoanalisi, Laterza, Bari.
- Belt, R.H, Kouvo, A., Flykt, M., Haltigan, J.D., Birigen, Z., Tamminen, T., (2012). "Interception of the intergenerational cycle of maternal trauma and loss thought mother-infant psychotherapy: a case study using attachment-derived methods" in *Clin Child Psychol Psychiatry*.
- Bowen, M. (1979). La relazione della famiglia alla morte, pag 139-154 in "Dalla famiglia all'individuo".
- Bowlby, J. (2000). Attaccamento e perdita. La perdita della madre: tristezza e depressione (vol 3), Bollati, Boringhieri Editore, Milano.
- Carone, M.G., Vitucci, A., Ceci, V., De Giulio, T., Aresta, E.P., & Bellomo, G. (2000). 2° Festival internazionale di terapia familiare 7-9 giugno.
- Crocetta, G., & Pallaoro, G. (2007). "Manuale di pratica clinica e teoria della tecnica-infanzia", Arnoldo Editore, Roma.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 735-759). New York: Guilford Press.
- Kirwin, K.M, Hamrin, V. (2005). "Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children" in. *J. Child Adolesc Psychiatry Nurs* April-Jun 18.
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J.Z., Trinke, S.J. (2003). "The intergenerational transmission of relationship violence" In *Journal of Family Psychology* 17.
- Lieberman, A.F., Compton, N.C., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2007). Il lutto infantile, Bologna, Il Mulino.
- Main, M., & Hesse, E. (1992). "Maltrattamento e abuso all'infanzia".
- Main, M., Solomon, J. (1990). "Procedures for Identifying Infants Disorganized/Disoriented During the Ainsworth Strange Situation".
- Pallini, S., Amann, Gainotti, M., Tabasso, C., Università di Roma 3 web
- Palmieri, G., Evans, C., Freni, S., Bajani, A., Chicherio, M., Ferrari, S., Palmieri, L., Rigatelli, M., Reintano, F. (2007). La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione del sistema CORE. *Nuove tendenze della psicologia*, 4, 3, 371-386.
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della Famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*, Franco Angeli.
- Paul, N. & Grossen, G. (1964). "Operational mourning and its role in conjoint family therapy" *Community Mental Health Journal*. 1, 339-345.
- Pereira Tercero, R. (1999). Le deuil: de l'optique individuelle à l'approche familiale in *Deuile et Famille. Cahiers Critiques de Therapie Familiale*. Bruxelles, DeBoeck and Larcier.
- Symons. D.K., Clark, S. E. (2000). A longitudinal study of mother-child relationship and theory of mind in the preschool period. *Social Development*.
- Speranza, A.M., Nicolais, G. Ammaniti, M. (2002). Le rappresentazioni dell'attaccamento nella trasmissione intergenerazionale dell'abuso.

Analisi del processo terapeutico in psicoterapia e verifica dei risultati.

Uno studio secondo il Modello del Neo-Funzionalismo

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta, Scuola Europea Psicoterapia Funzionale SEF

Riassunto

Il NeoFunzionalismo affronta il problema della scientificità con studi sul processo terapeutico e verifica dei risultati. Condiviso che la relazione terapeuta/paziente è oggetto della psicologia clinica, si sono originati controposizioni soggettivismo-oggettivismo, sperimentalisti e sostenitori del metodo descrittivo. La relazione con il terapeuta, oggetto di ricerca, esiste al di fuori della soggettività dei due. Il focus diviene verificare come si producano gli effetti della terapia. Il problema della compresenza di dati soggettivi ed oggettivi si può bypassare facendo ricorso alla teoria della complessità. Il NeoFunzionalismo distingue il piano della narrazione storica, unico di ogni storia, quello della ripetibilità, narrazione scientifica.

Lo studio Funzionale della terapia ha individuato due costituenti, presenti in tutte le terapie: eventi, definiti regolarità, ripetibili, e Fasi della terapia.

Il NeoFunzionalismo, teoria del Sé, suo assioma l'unitarietà dell'organismo, agisce sui molteplici piani del Sé. Il corpo non considerato ristretta fisicità ma contiene tracce, esiti delle relazioni infantili, alterazioni. La psicoterapia Funzionale è correttiva, riattraversa Esperienze di Base, concetto base del NeoFunzionalismo.

Se nell'infanzia queste esperienze sono attraversate positivamente diventano capacità. Diversamente divengono alterazioni producendo sintomi

In terapia si ricostruiscono attraverso tecniche collegate alle Esperienze Basilarie. Fondamentale la teoria della tecnica derivante dalla teoria generale. Nello studio presentato, per i casi esaminati, ricercate regolarità emergenti, per tre di esse, indicative di cambiamenti, valutato quanto fossero collegate alle tecniche utilizzate.

Si è avuta conferma nei vari casi della presenza di regolarità. Rispetto alle tre regolarità esaminate si è dimostrata ampia corrispondenza tra tecniche adoperate ed effetti positivi della terapia.

Parole chiave: *Processo terapeutico, Psicoterapia Funzionale, Funzionamenti di fondo.*

Il Modello Funzionale da oltre 40 anni è impegnato in studi e ricerche sull'analisi del processo

terapeutico, la verifica dei risultati in Psicoterapia e le Regolarità nel processo terapeutico

Nella convinzione che la psicologia clinica possa essere una scienza ponendosi il problema della verifica dei risultati.

Non si può scegliere la strada dell'isolamento, del rifiuto della scientificità, ignorando il discorso della verifica, sia all'interno della psicoterapia sia nel confronto con altre discipline contigue. Non è scientifico accettare l'ipotesi che la terapia funzioni solo in virtù dell'effetto placebo o grazie alla sola empatia o in misura non più rilevante delle remissioni spontanee dei sintomi. Bisogna provare a smentire tali dubbi e verificare le ipotesi. Pertanto il Neo Funzionalismo muove le sue osservazioni e studi in tale direzione ed ha come obiettivo centrale osservare e studiare l'iter dei processi di terapia. Nel corso degli anni attraverso lo studio dell'andamento e dei risultati dei casi clinici si sono individuati due ordini di costituenti comuni a tutte le terapie: da un lato ha evidenziato come in tutti i protocolli di terapia, di terapeuti diversi all'interno del modello, si possono evidenziare l'esistenza di eventi ripetibili, costanti, comunicabili scientificamente, definiti *regolarità* e *Fasi della terapia* e, da qui, ha formulato in senso teorico e operativo il progetto terapeutico.

Quindi, Fasi della terapia e Regolarità del processo terapeutico sono diventati fattori di ricerca, di studio ed elementi basilari del modello teorico e dello svolgimento dell'iter terapeutico.

Cioè, per cercare di rendere chiaro e sintetico il discorso fin qui elaborato, la presa in carico di una terapia parte da una *precisa diagnosi*, basata sui Funzionamenti di Fondo della persona e dalla formulazione del *progetto terapeutico* specifico per quella persona, progetto che si formula *secondo fasi* che evolvono nel tempo in base ad eventi, *regolarità*, che si presentano in una determinata fase dell'iter e che al loro comparire rimandano

al terapeuta un feedback del suo agire terapeutico.

Prima di esemplificare quanto detto con uno studio dell'autore, Rosa Iannone, con la supervisione del Prof. Luciano Rispoli, ideatore e fondatore del Modello Funzionale, si procede con alcune considerazioni di ordine generale, utili per addentrarci nello specifico dello studio condotto.

Panoramica storica sulla scientificità della psicoterapia e la questione della complessità

Il dibattito sulla "scientificità" in psicoterapia si pone all'attenzione dei ricercatori, i temi su cui si basa la discussione sono la verifica dei risultati e degli effetti in psicoterapia.

Largamente condiviso il punto di vista che considera la *relazione* concetto fondante ed oggetto principale della psicologia clinica. La relazione tra paziente e terapeuta, nell'insieme di elementi passati e presenti che la costituiscono, è al tempo stesso campo di indagine e strumento attraverso cui avviene il cambiamento.

Tutto ciò ha comportato difficoltà nel generare teorie e tecniche di intervento.

Su queste difficoltà si sono originati punti di vista controversi sfociati in contrapposizioni tra soggettivismo e oggettivismo, tra sperimentalisti e sostenitori del metodo clinico descrittivo. I tentativi compiuti per chiarire un tema così rilevante e delicato stanno producendo un avvicinamento dei due schieramenti.

La posizione ermeneutica, incentrata sull'analisi del rapporto interprete/testo evidenzia che ogni vicenda terapeutica è una storia unica ed irripetibile che va studiata in rapporto sia alla soggettività del terapeuta sia alla teoria/modello. (Battacchi 1986, Carli 1986, Napolitani 1986).

L'epistemologia psicologico-clinica deve poter considerare la compresenza sia di un approccio di tipo "galileiano" (quantità, astrattezza, ripetibilità, ecc.) sia di un approccio "darwiniano" (qualità, contingenza, irripetibilità), (Napolitani 1986).

Per studiare un'esperienza dal vivo, unica ed irripetibile come la relazione terapeutica, non è scontato che si debba usare solo il "metodo storico", cioè di analisi dell'accaduto solo all'interno della soggettività del terapeuta. L'oggetto della ricerca, il paziente e la sua relazione con il terapeuta,

esistono anche al di fuori della soggettività dei due.

Se è vero che i dati di quanto accade in terapia vanno strettamente legati al contesto della relazione (con le sue parti antiche e attuali), se è vero che la loro analisi deve essere condotta rispetto al significato che i dati assumono per terapeuta e paziente, questo non vuol dire che tale significato non possa essere colto e condiviso anche da un osservatore esterno.

La posizione di Grünbaum (1984) è sulla necessità che anche nelle scienze umane ci si debba basare su dati rilevabili dall'esterno del fenomeno, nel tentativo di accorciare le distanze tra scienze umane e scienze fisiche.

Preoccuparsi in psicologia clinica che l'osservatore incida sulla realtà osservata è fuorviante. L'effetto della presenza dell'osservatore-terapeuta non è un disturbo ma è ciò che ci si propone di ottenere: far sì che la presenza e l'azione del terapeuta portino a dei cambiamenti nel paziente.

Il focus si sposta sul cercare di capire e di verificare in che modo si producano e operino questi effetti e se agiscono nella direzione desiderata.

I pazienti hanno miglioramenti sostanziali e ben verificabili e non solo per effetto della speranza e della fiducia.

Da più parti si insiste sulla necessità di prendere in considerazione il problema della *complessità* in psicoterapia: risulta indispensabile per la conoscenza non solo la descrizione dell'oggetto ma anche la descrizione della descrizione (Morin 1983).

La psicoterapia Funzionale ha il suo assioma sull'*unitarietà dell'organismo* e pertanto agisce sui molteplici piani del Sé, agisce non solo sul funzionamento del piano cognitivo-simbolico ma anche sugli altri livelli.

Accettare la *teoria della complessità* non significa rinunciare all'indagine delle variabili in gioco e limitarsi a una visione qualitativa e soggettivistica dei fenomeni ma nemmeno ricorrere all'esperimento classico da laboratorio, all'isolamento delle variabili, né è necessario far ricorso unicamente a metodi statistici di tipo probabilistico (Di Nuovo 1992).

L'ottica Funzionale

È possibile considerare sperimentali le condi-

zioni in cui si svolgono i trattamenti terapeutici e valutare gli effetti ottenuti definendo bene gli effetti attesi e il modello teorico di riferimento.

Tale è una possibilità di ricerca qualitativo-quantitativa e anche di dati sia soggettivi che oggettivi.

Si possono leggere gli accadimenti soggettivi e irripetibili di una relazione terapeutica anche attraverso dati oggettivi e condivisibili non legati al solo mondo interno del terapeuta o della coppia terapeuta-paziente.

Ad esempio una persona può ritenere che una certa arcaica paura sia ormai superata ma se il battito cardiaco resta accelerato è un fatto incontestabile che sul piano emotivo la paura perduri mentre non è presente sul piano razionale. È osservazione soggettiva che quel paziente abbia un battito più frequente del normale, segno di uno stato di allarme che continua a persistere anche se inconsapevolmente. Pertanto, una modificazione del battito cardiaco come effetto della terapia si può considerare in relazione ad un cambiamento dello stato di paura verso una condizione di tranquillità del paziente. Il problema della *compresenza di dati soggettivi ed oggettivi* si può bypassare se si fa ricorso a piani di lettura diversi, distinguendo il *contenuto*, cioè (tornando all' esempio citato), il *perché* in quel paziente si è cronicizzata la paura e si è allontanata, scissa dal piano della consapevolezza andando ad agire sul piano fisiologico. Queste osservazioni sono distinte dai *meccanismi di base*, cioè sul come si cronicizza la paura e come si produce una *scissione* tra i vari piani del Sé.

Questione centrale diviene individuare quali *elementi*, nel processo terapeutico possano essere considerati *ripetibili, costanti, comunicabili scientificamente*. In ogni processo terapeutico esistono una serie di fenomeni che possono essere rilevati da chiunque sia lì ad osservare o sia il terapeuta.

Ad es. un moto di ostilità, anche se inconscia, è visibile, ed è costituito da un insieme di elementi e di segni concreti, segnali oggettivi di ostilità su un qualsivoglia piano del Sé (espressione del viso, tono di voce, gesti e movimenti inconsapevoli di attacco, ecc.) dai quali non si può prescindere.

L'irripetibile è sicuramente il tessuto di ogni vicenda relazionale ma in tutte le vicende esistono e si ritrovano elementi costanti. Questi elementi

sono tanto più marcati ed evidenti quanto più la psicoterapia procede verso gli obiettivi e le conclusioni previsti dal modello terapeutico.

Si possono individuare *due diversi piani*, quindi. Il piano dell'unicità di ogni storia, di ogni paziente, nel quale si ritrovano le differenze delle esperienze di vita; quello che il Neo Funzionalismo definisce il piano della *narrazione storica*. L'altro, nel quale andrebbero posti i criteri di verifica, è il piano della comunicabilità e della ripetibilità, il piano della *narrazione scientifica*.

La scientificità in psicoterapia non è però da cogliere in rapporti stretti di causa-effetto: non si può collegare interamente l'agire del terapeuta a ciò che accade al paziente.

Lo studio del *percorso terapeutico* con la metodologia Funzionale ha individuato momenti differenziati e sequenze di situazioni, Fasi, che si ripetono costantemente in ogni iter terapeutico: un inizio caratterizzato da vissuti molto intensi; un tipico periodo di forte opposizione; una fase di profonda regressione; il ritorno di vecchi sintomi infantili e adolescenziali; un trasformarsi del modo in cui si percepisce il terapeuta, una fase finale che caratterizza l'autonomia, il recupero di capacità, il benessere di fondo del paziente.

Ha individuato, inoltre, determinati *eventi che regolarmente si presentano* in tutte le terapie a prescindere sia dal paziente sia dal terapeuta; che possono essere considerati criteri di valutazione e di verifica del processo psicoterapeutico, che prescindono il particolare modello clinico. Il lavoro di ricerca di *fasi della terapia ed eventi regolari* sono oggetti di ricerca del Neo-Funzionalismo.

Si è anche costruita una tabella delle *regolarità*.

Le implicazioni di tali ricerche sono molteplici:

- sul *piano teorico* riguarda la questione della scientificità del lavoro psicoterapeutico creando una possibilità di confronto fra modelli di psicoterapia diversi fra loro attraverso percorsi comuni, ad esempio la ricerca delle regolarità;
- sul *piano clinico* si collega alla possibilità di aumentare la consapevolezza dei terapeuti rispetto al proprio lavoro, di aiutarli a pensare e progettare la propria pratica per renderla più efficace;

- sul *piano sociale* la possibilità di valutare il lavoro terapeutico apre la psicologia clinica alla possibilità di assumere un ruolo ben più credibile di quanto a tutt'oggi ancora non avvenga.

Teoria e teoria della tecnica

Uno dei problemi più attuali nel campo della psicologia consiste nella difficoltà epistemologica a definire i sistemi teorici generali che informano ed inquadrano l'intero procedere della ricerca e delle modalità di applicazione dei risultati.

Nonostante filosofia ed epistemologia stiano ancora discutendo su uno statuto generale, valido per le scienze umane e per il loro procedere, una certezza resta nell'assunto ipotetico-deduttivo: costruire sistemi teorici generali su alcune ipotesi di base da verificare attraverso un criterio di congruenza interna e una serie di riprove sperimentali. Anche in psicologia clinica nonostante le differenti concezioni che possono essere date ai termini di verifica e di sperimentazione e l'importanza fondante della relazione, uno dei punti irrinunciabili per la validità dei sistemi e paradigmi rimane l'esistenza di un quadro teorico generale, basato su ipotesi ben specifiche riguardanti la teoria di personalità, e di un'ampia gamma di contesti, in cui questo quadro teorico si può applicare.

Inoltre il *collegamento tra teoria e tecnica* spesso è stato sottovalutato.

La validità di un modello presuppone una teoria valida di base e una valida *teoria della tecnica*.

Molto spesso vengono introdotti cambiamenti nelle tecniche senza considerare che ogni modifica incide sulla teoria di riferimento.

Appare fondamentale far riferimento non solo ad una valida e forte teoria di base ma anche ad una dettagliata teoria della tecnica.

Cambiamento epistemologico

Il Neo Funzionalismo si avvale, nella sua concezione dell'essere umano, di una serie di contributi delle scienze psicofisiologiche e neurofisiologiche sul funzionamento dell'essere umano (in particolare nel primo periodo di vita), di studi etologici, antropologici, di psicologia generale e sociale, relativi alle interazioni tra emozioni, per-

cezioni, espressioni, reti gruppali, nei loro aspetti psichici e corporei. Dagli anni 80 tali studi e ricerche vanno ricollegandosi e integrandosi grazie ad una serie di momenti di confronto e di incontro, quali i Congressi del Movimento Europeo, del Movimento Internazionale, della Somatothérapie francese, del Movimento di Napoli. Nasce la corrente europea facente capo alla Scuola napoletana, diretta dal Prof. Luciano Rispoli, che ha ideato e fondato il Modello Funzionale che vede l'essere umano non più come dualità psiche-soma ma come insieme complesso di numerosi processi funzionali a più livelli e su più piani.

La Psicoterapia Funzionale riprende inoltre una scuola di studi e di pensieri che ha radici evolutiviste e al primo Funzionalismo.

Il Funzionalismo moderno si è sviluppato nell'intento di arrivare a costruire cornici teoriche per inquadrare in modo scientificamente nuovo il complesso campo delle relazioni corpo-mente. Ciò grazie anche ai risultati delle ricerche che si stavano realizzando negli anni '90 sui processi di terapia da un lato e sullo sviluppo evolutivo del bambino dall'altra.

La matrice del pensiero Neo Funzionalista non va confusa con un settore di applicazione o con un ambito di intervento, e non si definisce per il fatto che con le tecniche cliniche si agisce anche sul corpo.

Il corpo è presente, in un modo o nell'altro, in ogni modello psicoterapeutico, da tempo si intensificano l'interesse, le tecniche e le metodologie che includono l'intervento sul corpo e su di esso si interviene in ogni caso anche se con differenti metodologie in numerosi approcci clinici compreso quello psichiatrico tradizionale, organicistico, attraverso le terapie farmacologiche.

Gran parte delle analisi relative alle componenti della personalità, ai vari piani di cui è composto il Sé nascono dall'osservazione della vita infantile. Anche l'unitarietà tra mentale e corporeo è ben evidente nei bambini prima che eventuali alterazioni siano intervenute, dovute a impatti negativi dell'ambiente.

La prospettiva Funzionale ha sistematizzato antiche e nuove conoscenze nel *campo psicocorporeo*, costruendo una teoria del Sé, che guarda all'insieme di tutti i processi psicocorporei, e che

si basa su una teoria dello sviluppo che teorizza la loro presenza, anche se in forma più rudimentale, sin dall'inizio della vita.

Ciò permette di affrontare la prospettiva del paradigma della *complessità* senza dover rinunciare all'operatività, pur in presenza di un numero così elevato di elementi e di variabili. Si avvale di una cornice teorica che guarda contemporaneamente al dettaglio e alla globalità una concezione multidimensionale, quindi.

Il corpo non è visto come ristretta fisicità ma permette di guardare a ciò che si è alterato attraverso *tracce corporee*, non solo come tracce mnestiche ma soprattutto *memoria periferica*.

La memoria corporea e le sue tracce sono *esiti* delle relazioni infantili, si possono osservare al di là dei soli ricordi del paziente ed intervenire direttamente su queste tracce, su questi esiti, per modificarli.

La psicoterapia diviene correttiva, una seconda possibilità per riattraversare esperienze di base fondamentali per lo sviluppo pieno ed armonico.

Cresce pertanto la necessità di essere rigorosi sulla scelta e le modalità di uso delle tecniche Funzionali per conseguire simili risultati, per perseguire l'obiettivo del recupero delle Esperienze Basilari del Sé, concetto base del Neo Funzionalismo

Recupero in psicoterapia delle Esperienze Basilari del Sé

Il Neo Funzionalismo osserva, studia e teorizza quelle esperienze della vita del bambino che hanno un'importanza fondamentale, definite, da tale modello Esperienze di Base del Sé.

Durante l'infanzia se queste esperienze sono incoraggiate e attraversate con l'appoggio positivo dell'ambiente si consolidano e diventano capacità stabili. Sono esperienze che rendono possibile la soddisfazione dei suoi bisogni fondamentali: le esperienze di Essere Tenuti e Contenuti, di Protezione, di Essere Presi e Portati, di Ricevere, di Essere Amati, di Essere Visti, Compresi e Apprezzati. Anche esperienze più attive come Prendere, Cambiare l'altro, Portare l'altro dalla propria parte, affrontare, Controllo (non solo duro ma anche morbido), Dare, Amare, Esplorare, Percepire, Benessere, Calma.

In terapia si possono ricostruire quelle Esperienze di Base del Sé che sono state carenti e non pienamente e positivamente attraversate. La conoscenza approfondita delle Esperienze di Base ci permette di capire dove e quali sono le alterazioni, quali Esperienze sono carenti, alterate, danneggiate. E questo ci offre linee guida precise nella cura e nell'intervento.

E tutto questo si può raggiungere agendo mano mano sui vari piani Funzionali del Sé, riconnettendoli, recuperando e ricostruendo il tessuto lacerato, gli esiti delle antiche Esperienze Basilari.

Negli ultimi anni anche altri modelli teorici si sono indirizzati sull'idea che la terapia possa riparare carenze del sostegno antico, effetti di un insufficiente contenimento e di una non piena soddisfazione dei bisogni primari e fondamentali del Sé.

Una *terapia che ripari antiche lacerazioni*, come la psicoterapia Funzionale, non è semplicemente una terapia che fornisce esperienze gratificanti ma va a modificare direttamente modalità di funzionamento del soggetto. Non significa soddisfare desideri e bisogni che il paziente esprime in terapia ma di recuperare i bisogni primari, legati alle Esperienze di Base del Sé.

La psicoterapia Funzionale fornisce una possibilità di ricostruzione delle Esperienze Basilari, quelle esperienze indispensabili ad uno sviluppo armonico ed equilibrato del bambino, una sorta di seconda possibilità, nella quale il paziente può interrompere i suoi cortocircuiti, superare i suoi sintomi, recuperare le sue capacità e il suo benessere.

Collegamento tra Funzionamenti di Fondo e tecniche di terapia

Utilizzare le Esperienze di Base del Sé in terapia significa andare a incidere sui Funzionamenti a monte, quelli alla base dei vari comportamenti. Cioè se dobbiamo ricostruire la capacità di contatto, non andremo a rincorrere le varie possibili condizioni di contatto. Andremo ad intervenire sulla capacità di contatto. Si interviene sul nucleo profondo della persona.

Una conseguenza altrettanto importante si ha sulle tecniche terapeutiche.

Ricostruire il Funzionamento di base, modificando le *tracce* che gli eventi del passato hanno lasciato nei Funzionamenti di base dell'organismo

fa sì che la terapia sia chiara nelle sue tecniche.

Le tecniche Funzionali permettono di intervenire non casualmente ma con precisione sulle Funzioni alterate, riconnettendo quelle scisse, ampliando quelle atrofizzate, mobilizzando quelle sclerotizzate così da recuperare le Esperienze alterate. All'intervento verbale e cognitivo si associano azioni terapeutiche sul piano delle percezioni, su quello muscolare (movimenti, massaggio), quello fisiologico (modificazioni del neurovegetativo, respirazione, ecc.), su quello emotivo. Nel modello Funzionale le tecniche sono direttamente connesse alle Esperienze di Base.

Non si muove il corpo tanto per muoverlo, il terapeuta ha l'obbligo di essere sempre consapevole degli effetti che si producono. Tutto quello che il terapeuta decide di fare o non fare influenza in modo decisivo il processo terapeutico. Questo non è nel senso di una relazione causa-effetto ma nel senso che tutte le tecniche vanno progettate con cura per mantenere una coerenza con la teoria generale e la teoria della tecnica da cui traggono origine.

E il tutto è teso a ricostruire, a restituire alla persona quell'armonia e benessere che erano venute meno.

Lo studio condotto: campione, strumenti e obiettivi

E' stato utilizzato un campione di 10 casi clinici completati, eterogeneo per progetto terapeutico e per numero di sedute. Il campione è costituito da 3 maschi e 7 femmine di età variabile dai 21 ai 38 anni.

La ricerca è stata realizzata attraverso l'analisi di protocolli di osservazione di trattamenti psicoterapeutici redatti dagli stessi terapeuti.

Una prima analisi è consistita nel siglare tutte le regolarità emergenti dai casi esaminati e limitatamente alle seguenti tre, che possono essere considerate tra le più indicative sia di fasi diverse del processo terapeutico, sia di cambiamenti e risultati conseguiti.

Rispetto alla siglatura delle regolarità emergenti si è avuta conferma della presenza di tali eventi nei vari casi esaminati.

Rispetto alle tre regolarità esaminate l'autore riporta i risultati su tre casi a titolo esemplificativo

Regolarità: CO - R - B

- CO Cambiamento all'opposto, modificazione importante relativa soprattutto a fasi iniziali della terapia.
- R Recupero di capacità, cambiamento stabile che si dovrebbe riscontrare soprattutto nelle fasi centrali e finali.
- B Benessere, condizione di miglioramento che coinvolge l'intera persona, più di un miglioramento dei sintomi e che si presenta sia durante la seduta sia nella vita del paziente.

La ricerca, oltre all'*individuazione* di queste *tre regolarità*, ha inteso verificare in *quali momenti* dello svolgersi di una psicoterapia esse *si presentassero* con maggior frequenza, sia per ogni paziente, sia per tutti e 10 i casi, tanto da scandire delle vere e proprie fasi terapeutiche in un chiaro andamento evolutivo di trasformazione da una condizione iniziale.

Inoltre sono state analizzate tutte le Tecniche presenti nelle terapie dei soggetti costituenti il campione e sono state individuate relativamente alla presenza delle tre regolarità in oggetto sono state analizzate le tecniche eseguite nelle 4 sedute precedenti il verificarsi della regolarità in questione che hanno trovato corrispondenza nelle tecniche e delle sedute senza corrispondenza.

Risultati e analisi dei dati

Nel corso degli anni attraverso la lettura e l'analisi di "protocolli di terapia" di un certo numero di trattamenti condotti con psicoterapia Funzionale è emerso, come già detto in precedenza, che il processo terapeutico sia scandito da determinati *eventi* che si presentano *regolarmente* in tutti i casi clinici presi in esame, al di là di chi sia il paziente e chi il terapeuta, al di là delle ovvie differenze fra le singole storie e delle unicità di ogni vicenda terapeutica. Tali eventi possono essere considerati come *caratteristici* del processo terapeutico e costituire delle vere e proprie regolarità.

L'autore della ricerca si è occupato della rilevazione di tre specifiche regolarità, definite dal Modello Funzionale: CO- Cambiamento all'opposto; nel percorso di terapia si verifica l'emergere di funzionamenti nuovi, il paziente va (temporaneamente) verso polarità opposte ai funzionamenti

stereotipati e limitati che gli sono abituali.

R- Recupero di Capacità; recupero e sviluppo di potenzialità nella vita, e nelle relazioni. La persona riesce ad affrontare determinate situazioni o attività che non riusciva precedentemente.

B- Benessere; il paziente sperimenta situazioni d'intenso benessere in seduta e fuori. E' una condizione più intensa di un rilassamento.

Tre condizioni, quindi, collegati ad effetti positivi della terapia, cambiamenti e risultati del processo terapeutico; regolarità che si presentano la prima in una fase iniziale della terapia le altre due nelle fasi finali.

Lo studio ha analizzato le *quattro sedute precedenti* l'emergere delle regolarità in questione e le *tecniche utilizzate* in esse per verificare l'*ipotesi che l'emergere della regolarità sia collegata al lavoro realizzato in terapia nel periodo immediatamente precedente*, anche se il processo di cambiamento in terapia avviene come in un condensarsi di effetti e miglioramenti che procedono gradualmente in tutto il percorso. Ciononostante non va escluso che un intensificarsi di tecniche relative ad una determinata Esperienza di base si verifichi in una fase precisa di terapia e favorisca il realizzarsi finale del cambiamento collegato alla regolarità.

I dati che si possono ricavare da questa analisi non sono di tipo quantitativo ma possono comunque descrivere l'importanza di *determinate tecniche rispetto a determinati cambiamenti*.

Sui 10 casi del campione sono state cercate, individuate e siglate tutte le regolarità; per le sole regolarità CO, R, B, si è fatta indagine, in questo studio, di collegamento tra tecniche ed emergere della regolarità specifica.

Si sono anche calcolati i quartili in cui esse emergevano per quel paziente e i quartili su tutti i casi. Analizzando questo andamento la regolarità CO è più presente nelle fasi iniziali e centrali della terapia ma diminuisce molto nell'ultimo quartile.

Il Recupero di capacità è invece regolarmente crescente dal primo quartile all'ultimo.

Il Benessere, condizione di fondo della persona, si presenta soprattutto a partire dal secondo quartile e rimane presente, leggermente in crescita, nel terzo e nel quarto.

Collegamenti miglioramenti e tecniche: risultati su tre casi clinici denominati con le sigle L27 - G32 - G35

Regolarità CO

Il progetto terapeutico del *paziente L27*, caso del 1998, prevede un recupero della Forza-Calma, di Apertura verso le relazioni, sensazioni piacevoli, della Consistenza per saper affrontare l'altro, dell'Autonomia, non essere dipendente e arrendersi, della Calma e del Benessere. Soffre di ansia e note depressive. Soffre di dolori perché trattiene dentro, si lavorerà sul Lasciare e sul Benessere.

Riguardo la regolarità CO nelle sedute 10 e 11 presenta i primi cambiamenti all'opposto sul reagire e non subire in soggetto con una rabbia trattenuta per paura.

Gran parte del lavoro svolto nelle sedute precedenti sono tecniche di Assertività "Colpi con le braccia, con bacino e gambe", di Allentamento e buttare via "Braccia a lanciare" che facilita un non trattenere dentro. Nelle sedute 14 e 15 il cambiamento si presenta, non tanto come rabbia ma come energia e saper affrontare l'altro. Si verifica la presenza di tecniche direzionate all'altro, tecniche per recuperare Forza-Calma: "Spingere con le braccia e con le gambe", "Spingere via dalla pancia". In seduta 19 si presenta un cambiamento interessante, la presenza di dolore ma non connesso alla sensazione di essere aggredita. Oltre a lavoro sulla Forza, c'è la tecnica "testa all'ingù" che rappresenta un "arrendersi" ma non un subire; massaggi alla schiena, alla pelvi, alle gambe che ammorbidiscono le sensazioni di essere esposto all'attacco. Significativa è la presenza della tecnica "Colpi sulle gambe" perché svuota dal colpo fisico la componente di essere attaccata fisicamente sostituendola con una piacevolezza nelle vibrazioni che si producono, in un allentamento muscolare.

Il *paziente G 32* (2003) deve recuperare la Forza, l'Autonomia, l'Autostima per non rimandare senza risolvere, e la capacità di vivere momenti piacevoli.

Per la regolarità CO in 20° seduta la paziente diventa finalmente battagliaiera, diversamente dal suo rimandare e dalla sua inerzia anche nel parlare. Nelle sedute che hanno preceduto il cam-

biamento tecniche di “Gagnole braccia e gambe” tecniche sulla Forza aperta che la rendono meno immobile.

In seduta 23 G. non accetta più il cerone con cui si copre il volto coperto di acne e vuole finalmente portare la sua faccia com'è. Hanno preceduto tecniche di apertura “Braccia ad aprire” e tecniche al fine di prendere cose buone per sé e determinazione, tecnica “Prendere con le braccia” buttando al contempo via quelle negative che la obbligavano a nascondere il viso con i suoi problemi, tecniche di Forza-Calma “Spingere con braccia e gambe” e “Spingere via dalla pancia”. Nelle due sedute successive un ulteriore passo avanti: la paziente ha una sensazione non più negativa del suo viso ed è spinta a prendersene cura mettendo creme cosmetiche per abbellirlo. Ritroviamo un “Tocco di sostegno” e la “Immaginazione guidata della statua” indirizzata ad un cambiamento positivo rispetto all'immagine di se stessa.

Il *Paziente G 35 (1998)* deve ritrovare l'Allentamento per superare ansia e tensione, la Calma, la capacità di reagire e uscire da uno stato depressivo in cui subisce. Soffre di ansia e depressione deve ritrovare Energia e Forza-Calma.

Già alla 8ª seduta c'è voglia di dormire la mattina, mentre prima aveva difficoltà a dormire, specie la mattina. Un buon cambiamento all'opposto.

Si erano fatte tecniche di massaggi per togliere le rigidità alle spalle, tecniche per Lasciare “Braccia a lasciare” e la tecnica “Tenuti” che dà tranquillità, condizione importante per poter finalmente lasciarsi andare al sonno.

Alla 17 racconta che ha finalmente scatti di rabbia, totalmente differenti dalla sua precedente immobilità. Si era lavorato con “Scalcettare” per Allentamento del Controllo.

Regolarità R

L27 in seduta 32 sta bene anche se mandata via di casa dalla madre. Precedentemente ha lavorato sul benessere con massaggi, con tecniche per Lasciare e Aprirsi “Respiro a farfalla”, “Respiro e bacino”, “Ginocchioni”, “Bocca spalancata”, sul Benessere e sullo sciogliere la rabbia, “Tremiti”, per un abbassamento delle rigidità e del controllo.

In seduta 63 ha un recupero della capacità di addormentarsi tranquillamente. Spicca la presen-

za massiccia di massaggi che aiutano ad Allentare nelle sedute precedenti; massaggi in tutti i distretti e respirazione diaframmatica.

G32 Alla fine della seduta 25 in collegamento con la “Immaginazione della statua” (statua che alla fine danza leggera, nella luce, con balzi sempre più in alto e con una superficie del corpo divenuta luminosa), avverte il collegamento con le sue capacità di creare bellezza nel corso di disegno che sta seguendo.

Nella 29 c'è un recupero di autonomia: non accetta la casa offerta dai genitori nella città dove non vuole vivere. Si ritrovano tecniche di Forza calma e determinazione “Spingere con le braccia” e un importante momento di “Tocco di sostegno”.

In seduta 37 G. recupera una calma che le permette di vivere il viaggio in treno come un percorso tranquillo. Nel lavoro precedente alla seduta tecniche di apertura, di allentamento del controllo e anche intenso sostegno “Tocco di sostegno”, “Tenuti”.

Alla seduta 43 racconta che sa comunicare con precisione e chiarezza mentre prima era confusa e trattenuta. Nelle sedute precedenti molte tecniche sull'Allentare il controllo “Solletico”, “Schiacciati”, “Scalcettare”, “Testa dx-sx”. Un aiuto viene anche dall'aver aperto la voce e da un netto supporto che il Massaggio schiena produce.

G35 La seduta 26 vede G.35 molto più attivo sul lavoro a differenza della debolezza e apatia precedenti. E' stato fatto un intenso lavoro sulla Forza e sull'energia, sull'assertività: “Spingere con le gambe”, “Colpi decisi braccia e gambe”.

Seduta 44 ha affrontato il suo capo sul lavoro, con gli occhi alti e forza calma. Si ritrovano “Colpi decisi” realizzati con calma, movimenti e posture di consistenza tecnica “Fieri e maestosi” che aiuta ad affrontare.

Regolarità B

L27 Alla fine della seduta 26 ritroviamo uno stato di benessere generale, superamento dei giramenti di testa, sensazioni di rilassamento, miglioramento del sonno. Nella stessa seduta e nelle precedenti molte tecniche di respiro e massaggi.

In seduta 27 migliorano i dolori, e nelle sedute precedenti c'è presenza di tecniche di Massaggi

per allentare i dolori.

Seduta 30 vede L. che si sente rinvigorito. Le tecniche sono ancora sul benessere (come quelle delle sedute prima esaminate), con tecniche di Determinazione e Forza aperta e perdita di controllo (positiva) “Liberare le gambe trattenute” e “Spingere con le gambe” che danno un alto livello di energia.

Nella seduta 32 ci sono belle sensazioni, allentamento profondo e una sensazione finale di espansione del proprio corpo. Ritroviamo ancora massaggi e auto-massaggi, respiri, tremiti e crolli, “Gambe a lasciare”. In seduta 42 sensazioni di benessere, rilassamento, dovute a molti massaggi, a tecniche sull’Allentamento del Controllo: “Scodinzolo” “Occhi” “Sbadigli” “Sbatacchiati” “Ginocchioni”.

In seduta 58 una sensazione di grande pace a seguito del reiterarsi del lavoro precedentemente descritto.

G32 Alla 36 è commossa nel sentire sensazioni positive senza pensieri, vari massaggi. Successivamente percepisce sensazioni positive di allentamento anche fuori della seduta, la pelle non è avvertita più come una crosta. Oltre ai massaggi mostrano i loro effetti benefici l’apertura con “Braccia ad aprire”, tecniche di “Fremiti” che intensificano le sensazioni piacevoli e tecniche di Respirio diaframmatico. Nelle ultime sedute ha sentito più volte la sensazione di benessere collegata anche alla mano del terapeuta sul collo.

G35 in seduta 13 avverte benessere e rilassamento. Il lavoro precedente è costituito da molti massaggi e anche auto-massaggi, tecniche su respiro diaframmatico, della calma, e sul lasciare con “Tremiti” “Massaggio schiena”.

In seduta 20 racconta che fa più pause e comincia a godersi piccoli momenti e spazi. Aveva lavorato sul respiro diaframmatico, massaggi e “Gambe a lasciare”.

Conclusioni

Per esiguità di spazio non sono riportati i risultati sugli altri casi esaminati ma l’autore afferma che si sono riscontrati notevoli corrispondenze tra il lavoro fatto nel periodo precedente alla comparazione della regolarità e la regolarità stessa.

La congruenza è stata molto elevata con pun-

teggio 58 di “congruenza” rispetto a punteggio 12 per “non congruenza”.

Inoltre come ci si aspettava la frequenza della regolarità CO è stata riscontrata nei primi due quartili per tutti i casi esaminati, mentre la frequenza della regolarità R si è riscontrata nei quartili 3 e 4 dello svolgimento di terapia, soprattutto nel quarto, la frequenza della regolarità B in crescendo dal primo al quarto quartile, come ci si aspettava.

Ovviamente il presente studio non è unico nell’ambito del modello Funzionale circa la verifica dei risultati in psicoterapia ma altri studi (precedenti e successivi) sono giunti a medesimi risultati e quindi il presente studio viene qui presentato a titolo esemplificativo.

I risultati di questo lavoro suggeriscono ulteriori spunti di studio e analisi sia al fine di continuare ad approfondire l’impostazione scientifica del Funzionalismo moderno come teoria e come prassi terapeutica sia nella possibilità di un dialogo tra modelli diversi.

Bibliografia

- Morin, E. (1983). Il metodo. Ordine disordine organizzazione. Feltrinelli, Milano
- Grunbaum, A., (1984) The foundations of Psychoanalysis. A philosophical critique. Berkeley.
- Battacchi, M. (1986). Controllo interno ed esterno delle interpretazioni in P. Colamonico et al. Modelli psicologici e psicoterapia. Bulzoni, Roma.
- Carli, R. (1986). Controllo interno ed esterno delle interpretazioni in P. Colamonico et al. Modelli psicologici e psicoterapia. Bulzoni, Roma.
- Napolitani, D. (1986). Controllo interno ed esterno delle interpretazioni in P. Colamonico et al. Modelli psicologici e psicoterapia. Bulzoni, Roma.
- Di Nuovo, S. (1992). La sperimentazione in psicologia applicata. Problemi di metodologia e analisi dei dati. Angeli, Milano.
- Rispoli, L. (1996). Psicologia Funzionale del Sé Astro-labio, Milano.
- Rispoli, L. (2003). Il sorriso del corpo e i segreti dell’anima. Liguori.
- Rispoli, L. (2004). Esperienze di Base e Sviluppo del Sé. Milano, Franco Angeli.
- Rispoli, L. (2011). Manuale della tecniche Funzionali. I° e II° vol.

Non solo MMSE... Screening Neuropsicologico per il Mild Cognitive Impairment con il Test Your Memory (TYM)

Maria Mottolese*, Dora Chiloiro**, Irene Del Monaco*

* Psicologo-Psicoterapeuta esperto in Neuropsicologia, Sostituto Specialista Ambulatoriale Servizio di Psicologia Clinica e di Psicoterapia per l'Età Adulta e l'Età Evolutiva D.S.M. della ASL Taranto

** Psicologo-Psicoterapeuta - Neuropsicologo Clinico, Direttore del Servizio di Psicologia Clinica e di Psicoterapia per l'Età Adulta e l'Età Evolutiva D.S.M. della ASL Taranto

Riassunto

Con l'incremento dell'aspettativa di vita da una parte vi è l'immagine del progresso e della salute, dall'altra sono sorti una serie di problemi nella gestione delle problematiche fisiche e cognitive in cui gli anziani si trovano quotidianamente a vivere. Tale fenomeno socio-demografico determina una fascia omnicomprensiva sia di anziani con un fisiologico *aging*, sia di soggetti che mostrano livelli di funzionamento cognitivo al di là della soglia della normalità, sia di persone che non rientrano né in un quadro conclamato di patologia né di normalità. All'interno di questa fascia rientra pertanto il quadro clinico di Mild Cognitive Impairment (MCI) per il quale è di fondamentale importanza una diagnosi precoce nelle sue diversificate forme sindromiche. Uno screening Neuropsicologico veloce e facilmente somministrabile diviene imprescindibile, ma allo stesso tempo è necessario individuare un portfolio testistico ad alta validità, specificità e sensibilità. Tra i test più conosciuti e somministrati vi è il Mini Mental Examination Scale (MMSE), tale lavoro si pone come obiettivo sottolinearne la non-esclusività psicodiagnostica, piuttosto nei casi di incongruenza nelle performance al MMSE rispetto a quanto emerge dalle neuroimaging è opportuno approfondire ulteriormente la valutazione con altri strumenti ad alta sensibilità come il Test Your Memory (TYM).

Parole Chiave: Neuropsicologia - Diagnosi precoce - Test Your Memory - Mild Cognitive Impairment - Mini Mental Examination State

Introduzione

Lo stato di transizione fra le modificazioni fisiologiche delle capacità cognitive legate all'invecchiamento e le iniziali alterazioni di un deterioramento cognitivo è una tematica sempre di maggior interesse per la ricerca scientifica degli ultimi anni, soprattutto con l'incremento dell'a-

spettativa di vita.

Test Your Memory (TYM) è uno strumento recentemente progettato per essere auto-somministrato sotto controllo medico. I test cognitivi brevi come il TYM e il MMSE sono utilizzati sia in contesti clinici che di ricerca, non sono somministrati solo per il riconoscimento precoce di deficit cognitivi e demenza, ma anche per le differenze riguardanti le funzioni cognitive tra i gruppi di misura, per la valutazione degli effetti del trattamento e per la rilevazione di declino cognitivo nel corso del tempo. Il test di screening cognitivo breve più utilizzato è il Mini-Mental State Examination (MMSE), ma negli ultimi anni vi è stata un'aggiunta di strumenti disponibili come il TYM che è auto-somministrato dal paziente, dura circa cinque minuti e intende misurare una vasta gamma di domini cognitivi. In un ambiente clinico, il TYM mostrato buon valore diagnostico rispetto al MMSE nei Mild Cognitive Impairment (MCI). Il concetto di MCI si riferisce ad una popolazione di soggetti anziani non compromessi sul piano delle abilità funzionali e strumentali della vita quotidiana, ma con difficoltà subcliniche a carico della memoria ma anche di altri domini cognitivi e che potenzialmente sono a rischio di sviluppare una demenza. La diagnosi di MCI viene stabilita secondo Petersen et al. (1999, 2001, 2004) in presenza di disturbi soggettivi di memoria, rendimento deficitario per età e scolarità in prove di memoria, non interferenza del disturbo sulle attività della vita lavorativa, sociale e quotidiana del soggetto, assenza di demenza e assenza di altre condizioni morbose che possano spiegare il disturbo di memoria.

Nel 2001 al *Current Concepts in MCI Conference* è stata proposta una definizione di MCI che

non comprenda soltanto i deficit di tipo mnesico, ma anche l'alterazione delle altre funzioni cognitive e che includa quindi l'eterogeneità delle manifestazioni, in questo senso è stata proposta un'ulteriore classificazione del MCI sulla base delle alterazioni neuropsicologiche di tipo amnesico (aMCI), a dominio multiplo (mdMCI), a dominio singolo non amnesico (snMCI); sulla base dei concomitanti sintomi clinici e sulla base della possibile conversione.

Prove, domini cognitivi indagati e scoring

Il test è composto di 10 prove che indagano differenti funzioni cognitive, al contrario di quanto il nome può far pensare non è solo un test che valuta la memoria.

Nella prima prova si indaga l'orientamento temporale e personale, il paziente deve scrivere il proprio nome, specificare data, giorno, mese e anno, scrivere quanti anni ha compiuto e la propria data di nascita.

Nella seconda prova il paziente copia la frase *"I buoni cittadini mettono sempre scarpe forti"*, tale frase dovrà poi essere rievocata e riscritta nella decima ed ultima prova dal paziente senza alcun aiuto. Nella terza prova s'indaga la memoria retrograda chiedendo il nome dell'attuale presidente del Consiglio Italiano e l'anno d'inizio della Prima Guerra Mondiale.

Nella prova successiva viene valutata l'attenzione sostenuta, selettiva e divisa attraverso l'esecuzione di alcune operazioni, il paziente mentalmente deve calcolare sottrazioni, addizioni e moltiplicazioni anche tra loro combinate.

La quinta prova ingloba la valutazione sia della fluenza categoriale chiedendo di denominare quattro animali, sia della fluenza fonologica limitando le risposte a solo animali che iniziano con la "C" (ad esempio "cavallo").

Con la sesta prova si valuta le funzioni esecutive di astrazione attraverso l'individuazione della categoria di inclusione di due stimoli, in particolare il paziente deve individuare che la similitudine tra carota-patata è che entrambe sono "verdure", e tra leone-lupo essendo entrambi "animali".

Nella settima prova il soggetto deve denominare alcune parti di un'immagine senza alcun aiuto

fonemico o semantico (Imm. 1). Nella prova di attenzione selettiva e divisa, all'interno di una matrice contenente quadratini e cerchietti collocati in modo irregolare nello spazio, il soggetto deve tracciare una linea collegando i cerchietti a formare una lettera ignorando i distrattori; il punteggio massimo in tale prova si ottiene se vengono collegati tutti i cerchi formando una "W".

La prova successiva consta nel disegnare all'interno di un cerchio un orologio facendo attenzione ad apporre tutti i numeri disposti rispetto ad un piano ortogonale e le lancette di diversa lunghezza di ore e minuti atte a segnare le 09:20.

L'ultima prova indaga la memoria di rievocazione a lungo termine, dove il paziente deve ricordare e riscrivere la frase copiata all'inizio del test.

Per quanto riguarda lo scoring, ad esclusione della seconda prova, in tutte le altre non si valuta la prosodia a livello quantitativo, ovvero pronuncia, abbreviazioni o grammatica non sono importanti al fine del punteggio se le parole sono dotate di significato.

Al punteggio totale ottenuto va aggiunto il valore attribuito all'aiuto che si è dovuto fornire al paziente che su una scala a sei punti va dal nessun aiuto all'occorre compilare le risposte al posto del soggetto. Il punteggio corretto ottenuto si compara con un cut-off.



Immagine 1. Prova di denominazione. FONTE immagine: <http://www.tymtest.com/tym-test-download.php>

Attendibilità, validità e specificità

La validità di un test diagnostico è una misura relativa, la diagnosi di demenza è eminentemente clinica ed è basata sull'impiego di test cognitivi brevi, come il MMSE, dotati di sensibilità pari al 70% e specificità pari al 75% (Ferri C.P., 2006; Feldman H.H., 2008).

In una coorte di 224 pazienti di cui il 35% soddisfaceva i criteri diagnostici clinici per la demenza secondo il DSM-IV, necessario per massimizzare l'accuratezza del test e la specificità è stato rivisitato il cut-off del TYM a $\leq 42 / 50$ mostrando una sensibilità di 0.73, una specificità di 0.88, un valore predittivo positivo di 0.77, un valore pre-

dittivo negativo 0.86 (Hancock P. et Lerner A. J., 2011).

Uno studio di Koekkoek P.S. et al. (2013) ha, inoltre, evidenziato una correlazione più forte con la valutazione neuropsicologica completa per il TYM rispetto al MMSE ($r = 0.78$ rispetto $r = 0.55$; Steiger $Z = 2.66$, $p < 0,01$). Il TYM ha mostrato un'area sotto la curva ROC di 0.88 (95% CI 0,80-0,97) per differenziare tra "normale" e "decrementi modesti" rispetto a 0.71 (0.53-0.90) del MMSE.

Tab. 1 – Confronto tra TYM e MMSE

Domini Cognitivi	Subtest TYM	Subtest MMSE
Linguaggio	<ul style="list-style-type: none"> • Denominazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Denominazione • Ripetizione • Esecuzione di consegne scritte e verbali
Memoria a breve termine con delay	<ul style="list-style-type: none"> • Richiamo Differito frase precedentemente copiata 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria Immediata verbale (3 vocaboli) • Richiamo Differito (3 vocaboli)
Funzioni Esecutive	<ul style="list-style-type: none"> • Fluenza verbale fonologico-categoriale • Astrazione-Similituini • Test dell'Orologio • Programmazione motoria con sensibilità all'interferenza 	-
Attenzione sostenuta, selettiva e divisa	<ul style="list-style-type: none"> • Vari calcoli (sottrazioni, addizioni e moltiplicazioni) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spelling inverso di una parola. • Sottrazioni inverse
Prassie	<ul style="list-style-type: none"> • Copia di una frase 	<ul style="list-style-type: none"> • Prassia costruttiva copia di pentagoni intrecciati • Produzione e scrittura di una frase di senso compiuto
Memoria Retrograda	<ul style="list-style-type: none"> • Attuale Presidente del Consiglio • Anno di inizio I guerra mondiale 	-
Orientamento Temporale	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento temporale (giorno della settimana, data, mese, anno) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento temporale (giorno della settimana, data, mese, anno, stagione)
Orientamento Spazio	-	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento spaziale (luogo, piano, città, regione, nazione)
Orientamento Personale	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento personale (proprio nome, data di nascita, anni) 	-

A Case Report

Anamnesi personale e patologica

Uomo di 73 anni compiuti, scolarità licenza media inferiore, pensionato. Anamnesi familiare negativa per patologie psichiatriche e positiva per Corea di Huntington.

Ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete mellito tutti in trattamento farmacologico specifico. Nel corso di vita subisce alcuni interventi chirurgici con anestesia totale, in particolare colecistectomia e bypass aorto-coronarico (CABG).

Circa 5 anni fa secondariamente alla comparsa di improvvisi “giramenti di testa con sbandamenti ed instabilità posturale”, da visita specialistica ORL diagnosi di Labirintite in compenso farmacologico per periodo imprecisato. Da circa un anno il paziente riferisce riacutizzazione dell’instabilità posturale, in particolare su strade dissestate e insorgenza di difficoltà di memoria. Ritmo sonno-veglia alterato con difficoltà nel mantenimento del sonno. Alimentazione regolare. Ex-fumatore, non bevitore. Destrimane.

Indagini di Neuroimaging

Alla Risonanza magnetica encefalo viene segnalato sistema ventricolare e spazi periencefalici con note di globale atrofia. Presenza di multiple, piccole aree di alterato segnale nelle sedi sottoinulare sinistra, sotto-corticali fronto-parietali ed a livello periventricolo frontale e peritrigonale bilateralmente con interessamento delle stesse corone radiate e centri semiovali da riferire a gliosi multifocali a genesi vascolare ipossico-ischemica.

Valutazione Neuropsicologica

Il paziente è stato sottoposto a batteria Neuropsicologica e Psicodiagnostica strutturata (Tab. 2), in cui risultano sostanzialmente nelle attese le autonomie funzionali della vita quotidiana, vengono riferiti incidenti occasionali di incontinenza urinaria; sostanzialmente nelle attese le autonomie strumentali della vita quotidiana, viene riferito che il paziente è incapace di assumere le medicine

in modo autonomo perché talvolta se ne dimentica. All’indice di Barthel tratto da S.V.A.M.A. assenza di dipendenza nel self-care e nella mobilità, deambulazione autonoma senza l’utilizzo di ausili esterni.

Alla valutazione della sfera timica umore eutimico con assenza di depressione.

All’esame delle funzioni esecutive compromissione cognitiva di tipo frontale, rispetto al gruppo normativo di riferimento di pari età e scolarità il quadro delle funzioni esecutive risulta clinicamente significativo con decalaggi a carico di programmazione di serie motorie, sensibilità all’interferenza, astrazione e similitudini, controllo inibitorio, fluenza verbale fonologica.

Allo screening neurocognitivo di base MMSE e specifico ACE-R, assenza di deterioramento cognitivo ad espressione patologica con decalaggi cognitivi prevalentemente a carico di fluenza verbale semantico-fonologica e memoria a lungo termine.

Test	Scoring
ADL Autonomie funzionali della vita quotidiana	Perse 1 su 6
IADL Autonomie strumentali della vita quotidiana	Perse 1 su 5
Indice di Barthel Tratto da S.V.A.M.A. (B.U.R.P. N°199 del 2011)	Situazione Funzionale 3 su 60 Mobilità 0 su 40
MMSE Mini Mental State Examination	P.T. corretto per età e scolarità 28,4 su 30
ACE-R Addenbrooke’s Cognitive Examination - Revisited Versione Italiana	89 su 100
FAB Frontal Assessment Battery	P.T. corretto per età e scolarità 9,7 su 18 (ds -2,59)
GDS Geriatric Depression Scale (15 items)	5 su 15

Tab. 2 – Risultati dei test

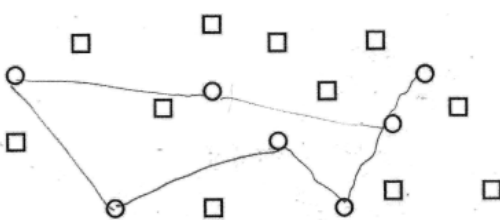
Approfondimento psicodiagnostico con TYM

Al Test Your Memory il paziente ottiene una prestazione deficitaria, il risultato appare congruo a quanto emerso dalla RMN rispetto al MMSE. Emergono difficoltà nella memoria, nel linguaggio e nell'attenzione (Tab.3).

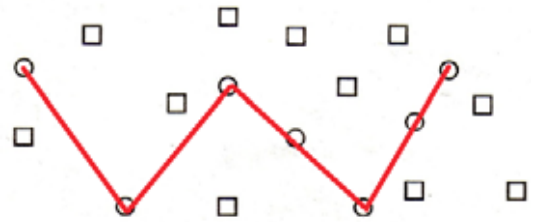
Prove	Scoring
1. Orientamento personale e temporale	10 su 10
2. Memoria Encoding	2 su 2
3. Memoria retrograda	2 su 3
4. Calcoli	3 su 4
5. Fluenza fonologico-categoriale	3 su 4
6. Astrazione/similitudini	4 su 4
7. Denominazione	4 su 5
8. Prova attentzionale	1 su 3
9. Test dell'orologio	4 su 4
10. Memoria Delay	5 su 6

Tab. 3 – Punteggi ai sub-test del TYM

Performance paziente



Performance corretta



In particolare, per quanto riguarda la memoria retrograda afferma che la Prima Guerra Mondiale iniziò nel “1939”; nei calcoli confonde una moltiplicazione con un’addizione “8*6=14”; nella fluenza fonologico-semanticca produce solo 3 animali che iniziano con la “C”; presenta alcune latenze anomiche e non denomina il “bavaro”; nella prova di rievocazione a lungo termine sostituisce “usano” alla parola “mettono”; e nella prova di attenzione selettiva e divisa unisce tutti i cerchietti non riuscendo a delineare la “W” o altre lettere:

L’accurata sensibilità del TYM ha evitato il rischio di un falso negativo giungendo ad una diagnosi precoce di Mild Cognitive Impairment multi-dominio ed una tempestica presa in carico del paziente.

Bibliografia

Bier, J.-C., Donckels, V., Van Eyll, E., Claes, T., Slama, H., Fery P., et al. (2005). *The French Addenbrooke’s cognitive examination is effective in detecting dementia in a French-speaking population*. *Dement Geriatr Cogn Disord*; 19:15-7.

Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddinne, Z., Belleville, S., Joannette, Y., Bocti, C., Drolet, D., Kirk, V., Freedman, M., & Bergam, H. (2008). *Diagnosis and treatment of dementia :3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia*. *Canadian Medical Association Journal*, 178, n10, pp.1273-1285

Conti, S., Bonazzi, S., Laiacona, M., Masina, M., & Coralli M.V. (2014). *Montreal Cognitive Assessment*

- (MoCA)-Italian version: regression based norms and equivalent scores. *Neurological Sciences*.
- Fehér, E.P., Mahurin, R.K., Doody, R.S., Cooke, N., Sims, J., & Pirozzolo, F.J. (1992). *Establishing the limits of the mini-mental state examination of subsets*. *Arch Neurol*; 49:87-92.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2006). *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *Lancet* 366:2112-7.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). *Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res* 12:189-98.
- Galton, C., Erzinclioğlu, S., Sahakian, B.J., Antoun, N., & Hodges, J.R. (2005). *A comparison of the Addenbrooke's cognitive examination (ACE), conventional neuropsychological assessment, and simple MRI-based medial temporal lobe evaluation in the early diagnosis of Alzheimer's disease*. *Cog Behav Neurol*; 18:144-50.
- Ganguli, M., Dodge, H.H., Shen, C., & DeKosky S.T. (2004). *Mild cognitive impairment, amnesic type. An epidemiological study*. *Neurology*; 63:115-21.
- Graham, J.E., Rockwood, K., Beattie, B.L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H., et al. (1997). *Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population*. *Lancet* 349:1793-6
- Hancock, P., & Larner, A.J. (2011). *Test Your Memory test: diagnostic utility in a memory clinic population*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Volume 26, Issue 9, pages 976–980
- Holmes, J., & Gilbody, S. (1996). *Differences in use of abbreviated mental test score by geriatricians and psychiatrists*. *BMJ* 313:465.
- Jitapunkul, S., Pillay, I., & Ebrahim, S. (1991). *The abbreviated mental test: its use and validity*. *Age Ageing* 20:332-6.
- Koekkoeka, P.S., Ruttana, G.E.H.M., van den Berg, E., van Sonsbeek, S., Gortera, K.J., Kappelle, L.J., & Jan Biessels, G. (2013) *The "Test Your Memory" test performs better than the MMSE in a population without known cognitive dysfunction*. *Journal of the Neurological Sciences*. Volume 328, Issues 1–2, 15, Pages 92–97.
- Lorentz, W.J., & Scanlan, J.M., & Borson, S. (2002). *Brief screening tests for dementia*. *Can J Psychiatry* 47:723-32.
- Mackenzie, D.M., Copp, P., Shaw, R.J., & Goodwin, G.M. (1996). *Brief cognitive screening of the elderly: a comparison of the mini-mental state examination (MMSE), abbreviated mental test (AMT) and mental status questionnaire (MSQ)*. *Psychol Med*; 26:427-30.
- Markesbery, W., Schmitt, F., Kryscio, R., Davis, D., Smith, C., & Wekstein, D. (2006). *Neuropathological substrate of mild cognitive impairment*. *Arch Neurol*; 63:38-46.
- Mckhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E.M. (1984). *Clinical diagnosis of AD*. *Neurology*; 34:939-44.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. (2006). *The Addenbrooke's cognitive examination revised (ACE-R). A brief cognitive test battery for dementia screening*. *Int J Geriatr Psychiatry*; 21:1078-85.
- Morris, J.C., Storandt, M., Miller, P., McKeel, D., Price, J., & Rubin, E., Berg, L. (2001). *Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease*. *Arch Neurol*; 58:397-405.
- Naugle, R.I., & Kawczak, K. (1989). *Limitations of the mini-mental state examination*. *Cleve Clin J Med*; 56:277-81.
- Panza, F., D'introno, A., Colacicco, A.M., Capurso, C., Pilotto, A., Gagliardi, G., Scapicchio, P.L., Scafato, E., Capurso, A., & Solfrizzi, V. (2006). *La pre-demenza: diagnosi e prognosi del mild cognitive impairment*. *G. Gerontol* 54 (Suppl 2), 31-43.
- Portet, F., Ousset, P.J., Visser, P.J., Frisoni, G.B., Nobili, F., Scheltens, Ph, et al. (2006). *Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure*. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatr*; 77, 714-8.
- Tuokko, H., Frerichs, R., & Graham, J. (2003). *Five – years follow-up of cognitive impairment with no dementia*. *Archives of Neurology*, 60, n.4, pp.577-582. Per saperne di più: <http://www.stateofmind.it/2014/03/tymtest/>

Progetto Lu.C.A.Do. Insieme contro la violenza sulle donne

Ester Di Gioia*, Arianna Pedone**, Donatella Vinciguerra***, Miriam Maielli****, Angela Pia Fuscaldi*****

* Psicologa e Psicoterapeuta, Coordinatrice Progetto Lu.C.A.Do.

**Psicologa e Psicoterapeuta, Coordinatrice Sportello Antiviolenza Rinascita Donna.

***Psicologa e Psicoterapeuta, Coordinatrice Sportello Antiviolenza Rinascita Donna.

**** Sociologa, Coordinatrice Cineforum "Cinema e identità. L'elogio della diversità".

*****Art Counselor ed Educatrice, Coordinatrice Cineforum "Cinema e identità. L'elogio della diversità".

Riassunto

Il presente articolo vuole presentare il Progetto Lu.C.A.Do. un'esperienza sul campo di lotta alla violenza di genere, sul territorio di Lucera (FG) e Sappennino Dauno. L'intento del progetto è quello di formare un team di professioniste (psicologhe-psicoterapeute, avvocate, educatrici, sociologhe) in materia di violenza di genere e sui minori con la finalità di prevenire e assistere vittime di violenza, attivando un lavoro di rete con istituzioni, organismi e strutture del territorio per il contrasto di tali fenomeni.

Parole chiave: donne, violenza, centro antiviolenza, parità di genere.

"Bisogna promuovere cambiamenti socioculturali delle donne e degli uomini al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi pratica basata sull'idea di inferiorità della donna o modelli stereotipati dei ruoli delle donne"¹.

Secondo questo principio nell'anno 2014 è stato finanziato un progetto nell'ambito del Piano di Azione Coesione "Giovani no profit" dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale. L'Associazione di Volontariato L.A.V. Croce Blu di Lucera (Foggia), in partenariato con L'Osservatorio Giulia e Rossella, Centro Antiviolenza di Barletta (BAT) e la Cooperativa Paidos di Lucera (Foggia), ha ideato e promosso Lu.C.A.Do. che sta per Lucera Progetto Antiviolenza Donne, per un impegno concreto contro tutte le violenze.

Perché nasce Lu.C.A.Do.?

La violenza fisica, psicologica, sessuale, rappresenta un incubo per molte donne e bambini. Il fenomeno del femminicidio è diventato una vera emergenza sociale. Le denunce contro l'incolumità e la libertà personale (minacce, ingiurie, violenze sessuali, atti sessuali con minorenni, corruzione di minorenni, sequestri di persona, sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile, lesioni dolose e percosse), che riguardano in prima persona i giovani nella Provincia di Foggia (in un anno 394 giovani denunciati e 76 arrestati per violenza contro la persona; una percentuale del 37,6% rispetto ai valori medi della Regione Puglia², è un dato che mette in evidenza come il contesto di Capitanata, a confronto con le altre realtà territoriali della Puglia e dell'Italia, nel suo complesso, abbia bisogno di interventi mirati di educazione alla legalità rivolti soprattutto ai giovani. Questo è ancora più vero se consideriamo che la diffusione dei fenomeni di violenza tra i giovani va di pari passo con una sorta di emancipazione della devianza che utilizza il web, gli MMS, e gli SMS come nuovo veicolo o strumento. Sono sempre ancora le donne le maggiori vittime di ciò che viene chiamato cyberbullismo, insulti e vessazioni che girano sul web e che cominciano con il sexiting, ovvero lo scambio a sfondo sessuale di foto e video tramite cellulare o per via telematica in chat, social network, internet. Fermare ogni forma di violenza è un dovere.

¹ Art.12 Convenzione di Istanbul del 2011.

² Elaborazione CENSIS dati ISTAT e del Ministero dell'Interno 2013.

Cosa propone Lu.C.A.Do?

L'intento del progetto è quello di formare un team di professioniste (psicologhe-psicoterapeute, avvocate, educatrici, sociologhe) in materia di violenza di genere e sui minori con la finalità di qualificare giovani operatori al di sotto dei 35 anni di età nell'ambito dei servizi di prevenzione e assistenza, attivare un lavoro di rete con istituzioni, organismi e strutture del territorio per il contrasto dei suddetti fenomeni, attivare nelle scuole e nei centri di aggregazione giovanile percorsi di educazione alla legalità e di prevenzione del bullismo e del cyberbullismo, implementare uno sportello di ascolto e di presa in carico di vittime di violenza, informare, scambiare e divulgare buone prassi attraverso l'organizzazione di conferenze e di eventi pubblici, infine creare azioni di orientamento e avviamento al lavoro delle vittime di violenza.

Dal 27 Novembre 2014 ad oggi il progetto procede seguendo una serie di passaggi. La fase di avvio è stata caratterizzata dalla preparazione della Conferenza di presentazione ufficiale del progetto, tenutasi il 5 Febbraio 2015 presso la L.A.V. Croce Blu di Lucera. In seguito alla presentazione ufficiale si è passati ad una seconda fase in cui sono state contattate varie istituzioni ed enti locali facenti parte sia del pubblico che del privato sociale in modo da poter costruire una rete territoriale disponibile a collaborare e sostenere il progetto. Si è voluto coinvolgere la ASL della provincia di Foggia (S.e.r.t., Consultorio familiare, Csm, Comitato Unico di Garanzia), l'Assessore alle politiche sociali di Lucera, il C.I.F. (Centro Italiano Femminile) di Lucera, il Consultorio familiare "La famiglia" UCIPEM di Lucera, l'Associazione "Impegno Donna" di Foggia, la Diocesi di Lucera-Troia, i Servizi Sociali del Comune di Lucera, i Carabinieri del Comando di Lucera e i Medici di base e pediatri che hanno preso parte al progetto "Viola" finalizzato alla rilevazione dei casi di maltratta-

menti e violenza domestica. E' stato programmato anche il calendario finalizzato alla formazione degli operatori del progetto, i cui incontri sono iniziati il 13 Marzo 2015 presso la L.A.V. Croce Blu e sono terminati il 26 Giugno 2015. Le risorse umane impiegate, in qualità di docenti formatrici, sono le operatrici dell'"Osservatorio Giulia e Rossella" partner del progetto Lu.C.a.Do. Il 21 Maggio è stata organizzata una seconda conferenza "Emergenza educativa: donne e minori vittime di violenza. Parliamone!" in tema di violenza di genere, facendo particolare attenzione alle nuove forme di violenza sui minori, dal cyberbullismo alla violenza assistita. Tale conferenza è stata svolta presso il Convitto Nazionale "Ruggero



Bonghi" di Lucera e prevedeva crediti formativi per gli studenti interessati insieme ad un attestato di partecipazione.

In tale occasione si è presentato anche lo sportello antiviolenza "Rinascita Donna" che dal 23 Maggio è stato attivato con un numero riservato esclusivamente alle donne vittime di violenza con segreteria attiva h24. I giorni e gli orari di apertura del suddetto sportello sono ampiamente flessibili nonostante siano stati individuati il lunedì pomeriggio il martedì ed il giovedì mattina. All'interno dello sportello le operatrici, in base alle specifiche competenze, forniscono consulenza ed assistenza legale e psicologica nonché accompagnamento

presso i servizi Territoriali e le Forze dell'Ordine. Sempre a Maggio, parallelamente all'apertura al pubblico dello sportello, è iniziato anche il lavoro di sensibilizzazione, informazione e prevenzione in tema di violenza e pari opportunità. Questo aspetto ha interessato soprattutto i luoghi di formazione non-formale (parrocchie, associazioni) e ha coinvolto giovani di diverse fasce di età. Il tema principale di questi incontri è stata la diversità in tutte le sue forme (diversità di genere, sociale, culturale e religiosa senza tralasciare il tema della diversabilità); una diversità vista con occhi differenti, come un valore, come un aspetto autentico, unico ed irripetibile, una diversità che arricchisce e mai sottrae, una diversità che distingue senza esclusione alcuna. Per trasmettere al meglio questo insegnamento, il linguaggio poliedrico del cinema è sembrato essere lo strumento che meglio poteva assolvere a questo compito. Attraverso un progetto di cineforum dal titolo "*Cinema e identità. L'elogio della diversità*", tutti gli incontri sono stati strutturati in diversi momenti: innanzitutto la visione di alcune parti di film in cui era preponderante la presenza di scene che mettevano in risalto il tema della diversità, di cui sopra, intervallata da dibattiti e spunti di ulteriore riflessione a cui facevano seguito attività pratiche che, in base all'età dei partecipanti, variavano tra laboratori di scrittura creativa (realizzazione di poesie con parole chiave ricorrenti durante il dibattito) e laboratori di gruppo che hanno previsto l'utilizzo di materiali di riciclo. Le attività (cineforum e laboratori) hanno interessato un arco temporale che va da Maggio fino ad inizio Ottobre, per la conoscenza e i primi contatti con le strutture ospitanti, e da Ottobre fino a Marzo per gli incontri pratici.

A Settembre, dopo aver ottenuto il nullaosta per il personale Asl/FG dal Direttore generale dr. Vito Piazzolla, sono iniziati anche gli incontri di rete con i vari Servizi Territoriali (Ser.T., C.s.m., Consultorio Familiare, Servizi Sociali, operatori del progetto Viola, Paidòs, operatrici dello sportello "Rinascita Donna" e del Centro Antiviolenza di Barletta) che a tutt'oggi si svolgono mensilmente e che vedono la partecipazione attiva di tutti gli "addetti ai lavori" al fine di avere delle linee guida comuni che possano permettere di in-

dividuare compiti, ruoli e competenze specifiche.

In occasione della giornata mondiale contro la violenza di genere che si tiene il 25 Novembre di ogni anno, lo staff di "Lu.C.A.Do.", quest'anno, ha organizzato una serie di iniziative. In particolare si è voluto partire con una conferenza intitolata "*Oltre il 25*" per ricordare che bisogna prendersi cura delle donne e dei minori vittime di violenza ogni giorno oltre che a lavorare sulla prevenzione primaria e sulla cultura alla parità di genere. Il 22 Novembre, si è voluto aprire le porte della L.A.V. Croce Blu alla cittadinanza. L'evento dal titolo "*OPEN DAY*", ha previsto: l'allestimento della mostra fotografica "*Giù le mani*" realizzata, nel mese di Ottobre, che ha visto come protagoniste le operatrici del progetto Lu.C.A.Do.; un laboratorio tatuaggi con henné, angolo del tè, la mostra di quadri "*Donne Africane*" e la visione in anteprima del cortometraggio "*Gli sconosciuti*" realizzato del regista Antonio Petrucci in tema di violenza assistita e prodotto da Lu.C.A.Do., con il gratuito patrocinio del Comune di Lucera e della Provincia di Foggia. Martedì 24 Novembre 2015 sono stati, invece, coinvolti gli studenti della Scuola Media Inferiore Dante Alighieri, con una mattinata dedicata alla prevenzione della violenza di genere. Infine, mercoledì 25, dalle ore 17 in piazza Duomo, si è tenuto il flash mob "*Alzati, balla, partecipa*", grazie alla collaborazione di alcune scuole di ballo locali. In tale occasione si è voluto proiettare il cortometraggio "*Gli sconosciuti*" e leggere e commentare poesie, testi in tema di violenza di genere e raccontare la storia dell'emancipazione femminile al fine di sensibilizzare la popolazione. Per l'8 Marzo 2016, Festa della Donna, in tema di pari opportunità, il team Lu.C.A.Do. ha organizzato, in collaborazione con la Libreria Mondadori di Lucera l'evento "*Frammenti di Donna*". La serata ha previsto momenti di lettura di testi selezionati per l'occasione, che, insieme alla mostra fotografica "*Giù le mani*", sono stati stimolo di riflessione e confronto fra i partecipanti.

Si è volutamente lasciato per ultimo l'argomento più saliente dell'articolo e dell'esperienza all'interno del progetto: lo sportello e le utenti che in questi mesi si sono succedute. Esse sono state

approcciate, ascoltate e, in alcuni casi, supportate nello svincolo da relazioni difficili, talvolta pericolose. Da Maggio 2015 ad oggi sono state accolte circa 20 utenti, appartenenti per lo più al ceto medio con età compresa tra i 20 e i 50 anni, molte con figli minori, vittime di violenza domestica. *“L’espressione violenza domestica designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all’interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l’autore di tali atti condivide o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima”*³. Nei casi seguiti presso lo sportello, le forme di violenza più diffuse sono state: violenza psicologica, definibile come mancanza di rispetto che offende e mortifica la dignità di una donna, che ne mina la fiducia personale, che ne limita le potenzialità, che la isola e la esclude; violenza fisica, ossia l’esercizio di atti lesivi dell’integrità fisica della persona, dalle percosse alle lesioni all’omicidio; violenza sessuale, cioè ogni forma di imposizione e di coinvolgimento in attività sessuali non desiderate anche all’interno della coppia; violenza economica, ossia controllo e limitazione che impedisce alla donna di essere economicamente autonoma. In molti dei casi abbiamo inoltre riscontrato la presenza di violenza assistita, intesa come ogni atto di violenza agito su un membro della famiglia (nella maggior parte dei casi si tratta della madre che subisce violenza dal proprio marito/compagno) a cui un minore assiste direttamente o indirettamente.

Il tipo di supporto fornito è stato principalmente quello psicologico e in taluni casi le utenti hanno avuto colloqui con l’avvocato. Sono state stilate numerose relazioni, per inviare le utenti presso altri centri antiviolenza, per segnalare una situazione di pericolo agli organi competenti e/o al Tribunale per i Minorenni di Bari, sempre con il benessere delle donne, nelle situazioni in cui il pregiudizio per i minori risultava rilevante. Grazie alla rete territoriale, i Carabinieri di Lucera hanno inserito nei verbali di denuncia la possibilità di contattare lo sportello, con tutti i riferimenti.

In favore di alcune utenti e, più in generale, per donne con disagio socioeconomico, sono stati attivati due corsi di orientamento al lavoro e formazione in ambito informatico e sartoriale. Il progetto Lu.C.A.Do. si concluderà a Novembre 2016, ma il Centro Antiviolenza “Osservatorio Giulia e Rossella”, in risposta all’Avviso Pubblico A.D. 335/2015 della Regione Puglia per la Presentazione di Programmi Antiviolenza, ha proposto di impiegare il team operativo effettivo dello sportello in collaborazione con l’Ambito Territoriale di Lucera, per dar continuità a questa realtà, facendo sì che il progetto e tutti gli sforzi fatti non siano stati finì a sé stessi. In tale ottica, infatti, dal 12 aprile 2016 è stato inaugurato il centro antiviolenza dell’ambito territoriale “Subappennino Dauno Settentrionale” rivolto quindi a tutta la cittadinanza e ai servizi territoriali di Lucera, Volturino, Alberona, Motta Montecorvino, Biccari, Roseto Valfortore, Volturara Appula, S. Marco La Catola, Celenza Valfortore, Casalnuovo Monterotaro, Casalvecchio di Puglia, Castelnuovo della Daunia e Carlintino. Questo permetterà di proseguire il lavoro cominciato di prevenzione, informazione e presa in carico di donne vittime di violenza, di migliorare la rete di collaborazione con le istituzioni pubbliche e private presenti sul territorio.

I dati ISTAT degli ultimi cinque anni sembrano essere incoraggianti, la violenza è in calo e questo forse è dovuto al fatto che c’è maggiore informazione, al lavoro sul campo, ma soprattutto ad una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno e di un clima sociale di maggiore condanna della violenza⁴, che realtà come il progetto Lu.C.A.Do., promuovono.

Bibliografia

- Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Serie dei Trattati del Consiglio d’Europa - N° 210 del 2011.
- Elaborazione CENSIS dati ISTAT e del Ministero dell’Interno 2013
- Dati Istat 2013 e 2015.

³ Art.3, Convenzione di Istanbul del 2011.

⁴ Dati ISTAT 2015.

Adolescenday: rappresentazione innovativa del percorso di crescita dei nostri ragazzi

Mara Romandini*, Daniela Sannino**, Teresa Fiora Fornaciari***

*Avvocato, Consulente in sessuologia, esperta in educazione sessuale

**Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale

***Psicologa, Criminologa

Riassunto

Definire l'adolescenza non è semplice, soprattutto perché nella concezione della maggior parte della gente è la fase più problematica e complessa dell'esistenza dell'individuo; è il periodo in cui i ragazzi scoprono la propria identità sessuale e sperimentano nuove emozioni, mai conosciute prima di allora.

Adolescenday è un importante progetto nato per i ragazzi e si è fatto, replicandosi negli anni, portatore di tante rappresentazioni di ciò che è l'adolescenza. Un lavoro complesso quello di coloro che hanno ideato e progettato tutto questo e che ha visto con grande soddisfazione il patrocinio da parte dell'Ordine Nazionale degli Psicologi non più di due mesi fa.

Il progetto di Adolescenday nasce su solide basi teoriche che affrontano e definiscono cosa sia il percorso di crescita dell'individuo; se autonomia, responsabilità e socializzazione sono gli obiettivi cardine di un processo educativo, va da sé che caratteristica dell'educazione deve essere la capacità di adattamento e trasformazione nel tempo e nei diversi contesti socio-culturali.

Parole chiave: *Adolescenza - Capacità di Learning - Percorso di crescita - Creatività*

Definire l'adolescenza non è semplice, soprattutto perché nella concezione della maggior parte della gente è la fase più problematica e complessa dell'esistenza dell'individuo; è il periodo in cui i ragazzi scoprono la propria identità sessuale e sperimentano nuove emozioni, mai conosciute prima di allora.

Adolescenday è un importante progetto nato per i ragazzi e si è fatto, replicandosi negli anni, portatore di tante rappresentazioni di ciò che è l'adolescenza. Un lavoro complesso quello di coloro che hanno ideato e progettato tutto questo e che ha visto con grande soddisfazione il patrocinio da parte dell'Ordine Nazionale degli Psicologi non più di due mesi fa.

Il progetto di Adolescenday nasce su solide basi teoriche che affrontano e definiscono cosa sia il percorso di crescita dell'individuo; se autonomia, responsabilità e socializzazione sono gli obiettivi cardine di un processo educativo, va da sé che caratteristica dell'educazione deve essere la capacità di adattamento e trasformazione nel tempo e nei diversi contesti socio-culturali.

Accade, però, diversamente da quel che avveniva sino a non molto tempo addietro, che un processo educativo, oggi, per esser tale non solo deve sapersi riformulare e adeguare al cambiamento sociale legato a un'epoca storica, anche breve (cambiamento generazionale), ma deve saper essere capace di assecondare tutti i cambiamenti indotti dalle imprevedibili e oramai inarrestabili variabili (nuove tecnologie, affermazione di nuovi diritti, confronto di culture ecc.) nel breve e nel brevissimo termine. L'educazione, insomma, non appartiene più alla pedagogia (educazione del fanciullo), ma a un numero maggiore di scienze: le scienze dell'educazione, per l'appunto, che guardano alla persona in maniera olistica aderendo al concetto di benessere della persona psicologico, fisico, sessuale, relazionale, sociale così come dettato dall'OMS.

La capacità di *learning*, come "adattamento" o meglio come risposta dell'individuo alle modificazioni comportamentali che le relazioni e l'ambiente gli chiedono, diviene così uno dei fondamenti dell'educazione moderna. L'altro aspetto fondamentale da considerare è che l'educazione, oltre che ai contenuti e ai destinatari, presuppone gli educatori.

Un educatore (qualunque esso sia) per poter trasmettere i contenuti e operare con esiti positivi

deve, innanzitutto, possedere i valori trasmessi: la credibilità dell'educatore è la prima garanzia di risultato. Si tratti di genitori, insegnanti, operatori dei servizi o altro, la coerenza o, meglio, l'aderenza dei comportamenti agli insegnamenti è la stimma del messaggio educativo.

La questione si pone in tutta la sua serietà non tanto per la prima educazione (con i bambini, appare più facile acquisire un ruolo normativo, almeno per le piccole regole) né per la terza educazione (gli adulti depositano più facilmente fiducia negli esperti, a volte persino fidelizzandosi), ma riguarda essenzialmente gli adolescenti, per i quali avere riferimenti stabili e non deludenti è la *condicio sine qua non* di una educazione efficace.

La confusione dei nostri ragazzi, le loro sfide, le loro preoccupazioni, che sono giustamente connaturate all'età, trovano aggravanti in adulti che portano, non riconoscendola, la responsabilità dello stato di cose in cui gli adolescenti vivono, delle loro paure, dei loro problemi, dei loro sogni così difficili da realizzare.

La responsabilità non sta (solo) nell'aver consegnato ai ragazzi un mondo complicato, ma nel non essere capaci di stare al loro passo, nel non riuscire a trovare il codice della comunicazione, nel non far capire loro le piccole cose che, poi, sono le grandi cose della vita. Sentirsi dire "*da grande voglio essere come te*" è la misura della capacità di stare con loro. E' come se dicessero "non abbiamo paura di diventare grandi". Ed è questa la *mission* di ogni educatore.

I ragazzi, complici le nuove tecnologie e i progressi continui, hanno capacità e opportunità di conoscenze ben diverse da quelle che hanno avuto e posseggono gli educatori in cui normalmente s'imbattono; parlare lo stesso linguaggio spesso è equivalente a conoscere l'interlocutore: sono queste le fondamenta della comunicazione. Sono proprio le nuove tecnologie, di cui i ragazzi sono o diventano facilmente padroni, che possono dare la forma ai contenuti educativi che si vogliono trasmettere. Mai come ora il dialogo intergenerazionale, è stato il punto di partenza per coniugare, attraverso il protagonismo dei nativi digitali, gli obiettivi educativi, sociali e valoriali con le nuove

tecnologie e le nuove forme espressive.

Dimostrare ai ragazzi di "stare" nelle loro cose (senza espropriarle) consente la comprensione, aiuta la comunicazione, agevola il controllo su ciò che fanno, e, ancor più, aiuta a sostenere le motivazioni dei "non va bene" con una diversa cognizione di causa: dall'interno del mondo dei ragazzi e non dall'esterno.

Il termine "adolescenza" sino a poco tempo fa non era praticamente conosciuto dalla legislazione italiana. Le nostre leggi hanno sempre adoperato i concetti di "maggiore" e di "minore età" e hanno considerato il limite della maggiore età (attualmente 18 anni) come il momento in cui l'individuo passa nella fase della vita in cui acquista la piena consapevolezza (e quindi la responsabilità giuridica) delle proprie azioni. Prima di tale limite si è minorenni e, perciò, individui cui va riconosciuta particolare tutela: ricordiamo le norme che regolano le responsabilità genitoriali o i reati di cui sia vittima o autore un minore e così via. L'adolescenza, che può iniziare già dagli undici-dodici anni, termina ben oltre i venti: difficile, nell'attuale società, prevedere quando un giovane potrà e saprà essere in grado di badare autonomamente a se stesso.

Il termine "adolescenti", perciò, oggi comprende alcuni momenti della minore età, nei quali la legge considera il minore sufficientemente consapevole delle proprie azioni, nonché i primi momenti della maggiore età in cui il maggiorenne si appropria, per quanto giuridicamente responsabile, ad una realtà sociale e relazionale confusa e precaria. Ciò vuol dire che si è adolescenti anche se maggiorenni.

La questione non è solo terminologica o formale: diventa sostanziale in tutti quei casi in cui operatori (ma anche genitori) sul presupposto della maggiore età pongono in essere meno attenzione ai disagi dei ragazzi in una sorta di deresponsabilizzazione, dimenticando che una cosa è la maggiore età, altra cosa è aver superato l'adolescenza.

L'approccio psico-pedagogico ribalta la prospettiva educativo-culturale tradizionale: i ragazzi non sono più l'oggetto *passivo* della normazione degli adulti. Le regole sono ridefinite in positivo:

non segnano più il divieto, ma delimitano i confini di un'autonomia (riconosciuta dalla legge) che i ragazzi progressivamente acquisiscono e imparano a gestire. La sfida adolescenziale viene spostata dal piano della trasgressione al piano della creatività, del protagonismo, della conoscenza e tutela dei diritti in una sorta di passaggio di testimone.

Nessuna legge potrà mai dar loro effettiva tutela se si salta questo passaggio.

La regola cambia proposizione: non è imposizione negativa (non fare), ma fare sempre più e sempre meglio.

I desideri, le istanze, le ribellioni cambiano formulazione: non pretese di cose negate, ma acquisizione e gestione dei propri diritti e autonomia consapevole.

Partire dai bisogni dell'adolescente significa far già sentire i ragazzi più sicuri e più considerati. Giocare la carta del protagonismo nel fare spostare la sfida dal piano della trasgressione alle regole imposte a quello della conquista di ambiti di autonomia per diritti che già sono riconosciuti. Una ridefinizione in positivo del conflitto adolescenziale che nulla toglie al fisiologico contrasto con il mondo adulto, ma piuttosto che indurre alla trasgressione, invita a crescere, a fare (piuttosto che disfare), a stimolare le proprie competenze e divenirne padroni, a sentirsi innanzitutto soggetti attivi della propria crescita e non pedine gestite dagli adulti, capaci di costruire e, quindi, di ridisegnare sogni e progetti nella consapevolezza che saper fare e impegnarsi li porterà a sapersi gestire, costruire e saper essere. Attribuire, oggi più che mai, ai ragazzi la capacità di poter operare per cambiare lo stato di cose ridà consistenza al futuro: fiducia, autostima, progettualità e responsabilità per poter disegnare il mondo in cui vivere. E crederci. Negare ai ragazzi la possibilità di poter pensare in positivo al futuro è privarli della voglia di crescere (cioè divenire adulti consapevoli e sereni); è assecondare il loro disagio; una dichiarazione d'impotenza: quella che il mondo dei media continuamente trasmette.

AdolescenDay #noiprotagonisti: l'evento della SwichtEducation

AdolescenDay, 18 maggio, è la Giornata degli Adolescenti, dedicata alle esigenze, alle aspettative, ai desideri e, soprattutto, alle risorse dei ragazzi.

L'idea nasce sei anni fa e, in breve, raccoglie consensi e adesioni in Italia, e non solo, sia tra i ragazzi sia tra gli adulti, attivando una larga e variegata rete di collaborazioni allo scopo di promuovere il benessere psicologico, sociale e relazionale dei ragazzi e prevenirne il disagio.

L'idea innovativa non sta solo nell'aver creato una Giornata tutta per i ragazzi, idea che già li gratifica e li riempie di entusiasmo e voglia di partecipare, ma nel voler raggiungere, attraverso il loro protagonismo, obiettivi educativi, sociali, valoriali e di sostegno nel difficile compito di crescere nell'era dei nativi digitali, riconsegnando loro, e non solo metaforicamente, il diritto al futuro.

AdolescenDay è l'evento emblematico del passaggio di testimone dell'educazione adolescenziale: i ragazzi mettono in campo le loro risorse e potenzialità, ma anche i loro sogni e bisogni e da protagonisti, possono esprimere il loro modo di guardare il mondo, i loro disagi, quel che occorre per il loro benessere.

Individuando un efficace codice di comunicazione tra ragazzi e adulti, genitori, famiglie, insegnanti, educatori, allenatori, Enti e Istituzioni, con una nuova pedagogia (*SwichtEducation*), l'obiettivo ultimo della giornata è la realizzazione di attività dirette al benessere psicofisico degli adolescenti e delle quali il 18 maggio costituisce, come la punta di un iceberg, il momento rappresentativo del loro diritto a esprimersi, ad essere ascoltati, aiutati, sostenuti, compresi.

AdolescenDay

- intende produrre capacità di coltivare, gestire e comunicare affetti, emozioni, bisogni su sessualità, relazioni familiari, scolastiche, tra pari ecc.;
- focalizza l'approccio educativo in positivo e non sulle paure, sui divieti, sulle lagnanze, fondandolo sulle energie e l'entusiasmo dei ragazzi e degli operatori coinvolti, con l'utilizzo degli stessi mezzi espressivi e di co-

municazione che quotidianamente trasportano loro messaggi fuorvianti e negativi per ridurne la portata e trasmettere, allo stesso modo, orientamenti positivi;

- mira a diffondere conoscenza dei servizi che possono farsi carico del benessere e dei disagi dei ragazzi, attraverso un ascolto non giudicante, ma teso all'empowerment (consultori ecc.);
- si propone e promuove la realizzazione di efficaci programmi di educazione sessuale con un approccio olistico, basato sul concetto di sessualità come area del benessere della persona, incentrata sulla conoscenza del sé e, quindi, sullo stare bene sia individualmente sia nelle relazioni con gli altri.

Il 18 maggio diviene la Giornata per la quale i ragazzi e i professionisti, d'intesa con scuole, associazioni sportive, di volontariato, ma anche commerciali, enti locali e nazionali, media lavorano durante l'anno con singoli progetti a breve, medio e lungo termine. AdolescenDay si avvale, oltre che di quelli tradizionali, dei codici di comunicazione dei ragazzi di oggi: media, social network, azioni unconventional ecc.

AdolescenDay:

- è insieme strategia educativa, sostegno alla crescita e un momento ludico e operativo, appassionante e positivo. Si radica nel tessuto sociale del territorio per la forza che ha di interessare famiglie e servizi pubblici e privati, implementando le capacità comunicative, l'impegno civico, l'inclusione sociale dei ragazzi;
- induce i giovanissimi a esprimere, contestualizzare e analizzare i disagi, colma i loro vuoti con attività sportive, ludiche, letterarie, arti visive, grafiche, pittura, musica, sport, volontariato e canalizza ogni risorsa alla formazione e alla crescita, allontanandoli così dal vuoto, dal niente, dai rischi e dai pericoli.

La sfida adolescenziale viene spostata dal piano della trasgressione o dell'isolamento al piano della creatività, del protagonismo, della conoscenza dei diritti.

L'esperienza di *AdolescenDay* nelle scuole di Taranto

Nell'ambito dell'attività svolte da *AdolescenDay*, abbiamo realizzato interventi presso alcune scuole secondarie di secondo grado di Taranto tesi alla realizzazione della prevenzione del disagio e alla promozione del benessere in adolescenza mediante corsi di formazione rivolti ai docenti e alle famiglie degli studenti. La formazione resa ai docenti e ai genitori è servita ad entrambi per accrescere le loro conoscenze su alcuni fenomeni e problematiche adolescenziali ormai rilevanti come il bullismo e cyberbullismo, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'educazione alla sessualità, nonché i disagi relazionali che possono instaurarsi tra genitori e figli, fornendo loro le competenze necessarie affinché possano riconoscere e individuare gli indicatori e i segnali di tali problematiche. Gli incontri si sono svolti in diverse giornate nel mese di febbraio 2016, dedicando anche uno spazio conclusivo di riflessioni e di confronto durante i quali genitori ed insegnanti hanno evidenziato diverse problematiche sia all'interno del gruppo classe che all'interno dell'ambito familiare e, visti i numerosi spunti di riflessioni e l'elevata partecipazione dei familiari, i dirigenti scolastici hanno ritenuto essenziale attivare negli istituti uno sportello di consultazione psicologica riservato agli studenti e alle loro famiglie. Abbiamo avviato dunque un'attività di pubblicizzazione del servizio in ogni classe degli istituti e per ogni studente minorenni ci è stato fornito un modulo di autorizzazione ai colloqui firmato dai genitori. Inizialmente lo sportello di ascolto prevedeva un incontro settimanale ma, a seguito delle numerose richieste evidenziate dagli studenti, i dirigenti scolastici ci hanno chiesto di raddoppiare gli incontri, attivando dunque gli sportelli di ascolto due volte a settimana. Le principali problematiche emerse durante i colloqui riguardano soprattutto tematiche di carattere relazionale (all'interno della famiglia, nel gruppo classe e con i docenti), scolastiche (basso rendimento e possibilità di abbandono scolastico) e personali (uso di sostanze e disturbi d'ansia). Lo sportello di ascolto ancora in corso, non consente

l'elaborazione di un report che potrà essere realizzato solo al termine dall'anno scolastico.

aiuta a prevenire il disagio evolutivo e a favorire il benessere psicofisico degli studenti e degli insegnanti, promuovere negli studenti la motivazione



L'importanza dello sportello di ascolto psicologico

La famiglia e la scuola svolgono il ruolo fondamentale di formare i ragazzi, assumendosi la responsabilità di trasmettere loro valori umani e morali. È ormai evidente, al giorno d'oggi, che ci sia la tendenza a demandare alla scuola gran parte della opera educativa dei genitori, i quali sempre più impegnati e stanchi, non riescono spesso ad affrontare e comprendere le delicate problematiche dei loro figli e i docenti sono spesso gravati nel loro compito istituzionale per potersi completamente sostituire in questo complesso fenomeno di educazione che esula da quello meramente culturale al quale sono preposti. All'interno degli Istituti scolastici, lo sportello di ascolto psicologico si rende dunque necessario per affrontare e risolvere gran parte delle problematiche connesse con l'adolescenza che fisiologicamente possono sorgere nell'ambito della scuola, della famiglia e della vita stessa. Lo Sportello di Ascolto psicologico diviene dunque un importante strumento che

allo studio, fornire un sostegno al processo di formazione dell'identità e collaborare con le famiglie per la prevenzione del disagio scolastico.

Lo sportello di ascolto psicologico dovrebbe essere una presenza fissa e costante all'interno degli istituti scolastici e l'iter normativo non ancora approvato ma fermo ad una proposta di legge, non favorisce l'integrazione nelle scuole della figura dello psicologo scolastico, una risorsa diventata rilevante nel nostro sistema educativo e che, rispetto al resto d'Europa, non è ancora istituzionalizzata ma delegata a consulenze episodiche brevi.

Bibliografia

Chiralli, R., (2015). *Capire gli alunni in difficoltà. Piccolo manuale per gli insegnanti*, Franco Angeli.

Siti web

www.rassegnaistruzione.it

<http://www.legnanoideale.it/sportello-psicologico-nelle-scuole-secondarie-di-i-grado/>

Tu sei la Musica... finchè la musica dura... Come la musica ri-determina l'esistenza e si trasforma in poesia

Francesca Chiriatti

Psicologa Specializzanda in Psicoterapia

(Questo lavoro è una versione abbreviata di una tesi presentata in sede di valutazione presso la scuola di Psicoterapia Rideterminativa e Musicoterapia)

Riassunto

La letteratura internazionale e le ricerche sull'uso della musica come coadiuvante nella terapia della Malattia di Alzheimer rilevano come le due funzioni che sembrano essere maggiormente interessate dalla stimolazione musicale sono:

1. l'umore: che può stimolare la percezione di benessere e agire anche sul mantenimento delle capacità cognitive, oltre che sulle condizioni fisiche generali;
2. Il rinforzo dei moduli cerebrali connessi con la memoria: la musica sembra essere un canale privilegiato nel tenere viva la plasticità cerebrale e quindi le funzioni cognitive.

La musicoterapia si presenta, quindi, come un mezzo privilegiato che consente il recupero di alcune delle molte perdite causate dalle demenze di Alzheimer: essa, inoltre, offre al malato la possibilità di utilizzare alcune delle poche facoltà rimaste abbastanza conservate, favorisce le reazioni comportamentali (sorriso, movimenti corporei) rafforza l'attenzione e la prontezza, favorisce importanti cambiamenti nella qualità della vita (rafforzamento della fiducia in sé, voglia di vivere, vitalità, socializzazione), facilita l'interazione e lo sviluppo di contatti sociali, consente l'espressione dei sentimenti, un maggior coinvolgimento con l'ambiente circostante e consapevolezza.

La demenza di Alzheimer è una malattia che oggi riveste una grande rilevanza sociale, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Si calcola che essa sia responsabile di oltre la metà dei casi di demenza se-

nile, che, come è noto, riguarda un numero molto alto di soggetti anziani (circa un 10% della popolazione sopra i 65 anni e un 30% della popolazione sopra gli 80).

Il progetto messo in essere all'interno dell'R.S.A di Panicaglia (FI) ha avuto lo scopo di favorire la creazione e la sperimentazione di nuovi canali di comunicazione per questi pazienti portati attraverso la musica ad esprimere e percepire le proprie emozioni e sensazioni emotive, migliorare le prestazioni della memoria.

Parole Chiave: Musicoterapia, Alzheimer, terapia ri-determinativa.

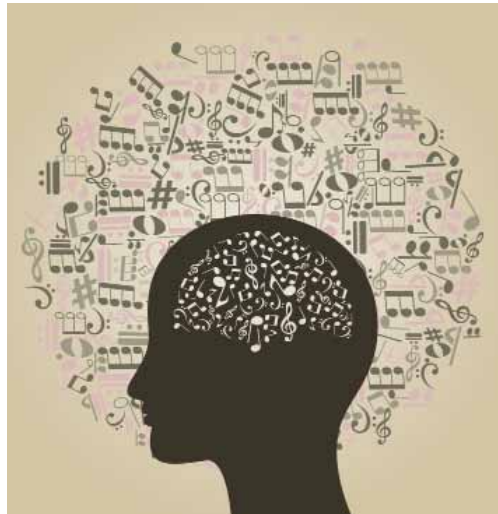
Introduzione

La musica è il più efficace farmaco non chimico e il cervello stesso è costruito in modo tale da amarla, sentirla e cercarla. Infatti le "parti del cervello che reagiscono alla musica, sono molto vicine alle parti del cervello che interessano la memoria, l'emozione e l'umore" (Sacks, 1993). Viene in mente l'aneddoto di un testimone che vide le deformate dita del celebre violoncellista Pablo Casals (affetto da artrite reumatoide) riprendere per un momento vigore, quel tanto che bastava per suonare, o le parole del pianista George Gershwin: "la musica crea una certa vibrazione

che indiscutibilmente produce una reazione fisica. Alla fine troveranno la vibrazione giusta per ogni persona e la useranno".

Che la musica abbia una funzione terapeutica non è di certo un'osservazione innovativa.

Il mio intento con questo articolo è quello di



presentare i risultati di un progetto svoltosi presso l'R.S.A. "Beato Angelico" di Panicaglia (Fi), in cui ho avuto modo di entrare maggiormente in contatto con persone affette da malattia di Alzheimer e proporre un progetto di musicoterapia, seguendo in parte il modello teorico della Psicoterapia Rideterminativa.

I punti di contatto e di allontanamento da questo modello teorico verranno discussi in seguito.

Gli obiettivi di questo progetto muovevano le mosse da quanto definito nel 2001 dall'America Academy of Neurology che ha indicato la musicoterapia come una tecnica per migliorare le attività funzionali e ridurre i disturbi del comportamento nel malato di Alzheimer e approdare altresì a forme di comunicazione alternative tra la persona, i familiari e gli operatori sanitari presenti in struttura.

Nello specifico la musica ha rappresentato una via privilegiata di accesso al cervello del malato di Alzheimer, nonostante sia in atto un deterioramento cognitivo portando alla produzione di uno stato di benessere generale e alla creazione di poesie da parte del gruppo operativo.

Premesse Teoriche

Il cantare, il suonare, o anche solo il verbalizzare, l'applaudire o l'ascolto in un contesto di gruppo, possono dare sollievo, indurre una mobilitazione fisica, produrre un'esaltazione mnemonica e smuovere l'emotività.

Due aspetti della musica sono a tutti noti: il primo è la grande influenza che la musica può avere sul tono dell'umore, il secondo è il forte potere mnemonico della musica. Il riascolto di un brano musicale può evocare con molta precisione un episodio della vita, ricomponendo nella nostra mente non soltanto le caratteristiche temporali e spaziali dell'episodio stesso, ma anche lo stato d'animo che caratterizzava quella circostanza (Villani, D. Raglio, A. 2004). Intorno a una struttura musicale si ricostruisce il ricordo nella sua complessità cognitiva ma anche emozionale.

È in questo senso che la musica assume un profilo terapeutico, particolarmente in quelle situazioni in cui la malattia colpisce la mente dell'uomo, le sue funzioni cognitive e non cognitive.

L'estensione della musicoterapia al campo ge-

riatico e in particolare a quello delle demenze è legata, dunque, principalmente a due motivi: il ruolo che i disturbi della memoria e del comportamento hanno nella demenza, la prevalenza dei disturbi non cognitivi e la loro influenza negativa sulla qualità di vita del malato.

J. Cohen-Mansfield, psicologa del Research Institute of the Hebrew di Washington, ha osservato come parte dell'aggressività dei pazienti con Alzheimer si acuisca negli stati di isolamento sociale e solitudine in cui spesso questi si trovano. In tal senso la presenza della musica, come contesto di socializzazione, può essere d'aiuto.

Concetta Tomaino, responsabile dell'Istituto per Music and Neurologic Function, ha realizzato uno studio in cui 45 pazienti newyorkesi affetti da demenza di medio e grave livello sono stati sottoposti tre volte a settimana per dieci mesi a un'ora di musicoterapia. Ciò ha portato a un miglioramento fino al 50% nei risultati di un test di funzionamento cognitivo somministrato prima e dopo l'iter.

Ardash Kumar, della School of Medicine dell'Università di Miami, ha studiato la chimica del cervello dopo sessioni di musicoterapia, osservando a distanza di un mese dall'inizio della terapia un incremento significativo della melatonina, importante tra l'altro per la regolazione dei ritmi circadiani, che permaneva per sei settimane, e aumento dei neurotrasmettitori adrenalina e noradrenalina, che però scemava in fretta.

Davis Janata, neuroscienziato al Davis's Center for Mind and Brain dell'Università della California, ha individuato nella corteccia mediale prefrontale, un'area fondamentale nella creazione delle immagini derivanti dall'ascolto della musica (anche se non è possibile isolare un'area specifica di interesse legata alla musica, che è invece un'attività mentalmente complessa e variegata).

L'apporto musicale, inteso sia come senso passivo (ascolto) che attivo (far musica) agisce indipendentemente dal quoziente intellettuale o dal grado di deterioramento dello stesso e rappresenta di per sé uno stimolo.

La definizione più aggiornata di musicoterapia è quella approvata dalla comunità internazionale in occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della World Federation of Music Therapy: "la musicoterapia è l'uso e/o dei suoi

elementi (suono, ritmo, melodia, armonia) per opera di un musicoterapeuta qualificato in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, cognitivi e sociali. La musicoterapia si pone come scopi di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale/interpersonale e conseguentemente una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia”.

In base a questa definizione un intervento può essere definito potenzialmente terapeutico quando prevede che l'elemento sonoro-musicale sia accompagnato da:

- la presenza di un operatore qualificato;
- un modello musicoterapico di riferimento
- un setting strutturato
- obiettivi legati a cambiamenti (stabili e duraturi) della persona o di alcune parti e funzioni;
- il riferimento costante nell'azione terapeutica a un piano intrapersonale e /o interpersonale.

E' opportuno però fare una distinzione tra interventi musicoterapici con finalità *terapeutiche* e interventi con finalità *riabilitative*. Quest'ultimi fanno riferimento a tutte quelle strategie che facilitano i processi cognitivi, relazionali e sociali.

La musicoterapia, invece, che ha finalità terapeutiche pone al centro dell'intervento la relazione con l'obiettivo di giungere a cambiamenti interni riferibili ad alcune funzioni del sé e precisamente quelle legate agli aspetti di comunicazione, relazione e affettività.

Nella teoria psicologica di Stern si fa riferimento a un universo affettivo primario che si colloca nel periodo pre-verbale dello sviluppo, ma che permane in tutta la vita dell'individuo. Tale universo è caratterizzato da fattori quali la percezione a-modale, una sorta di a-specificità percettiva per cui la sensazione tende a globalizzarsi; le sinestesi, fenomeno per il quale uno stimolo attiva contemporaneamente più canali sensoriali;

gli affetti vitali, definiti come qualità dinamiche e cinetiche degli stati d'animo (crescere, decrescere, fluttuare, svanire...).

Il suono e la musica si collocano nell'ambito di queste esperienze arcaiche facilitando quelle che Stern definisce “sintonizzazioni affettive”, ovvero capacità di stabilire in maniera pressoché inconsapevole una relazione fortemente empatica basata sulla condivisione degli stati d'animo.

In base a queste premesse è possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive e relazionali arcaiche, probabilmente ancora presenti nella persona con malattia di Alzheimer, recuperate attraverso un incontro terapeutico condiviso con il musicoterapeuta. Ciò significa attingere al mondo di emozioni e sensazioni non consapevoli e andare a migliorare gli aspetti relazionali e ridurre i disturbi del comportamento.

Metodologia

Il metodo da me utilizzato è quello della Psicoterapia Rideterminativa, che si pone l'obiettivo di aumentare la presa di coscienza dell'individuo, inclusa la ricostruzione dei significati delle configurazioni analogiche in termini verbali (Cicinelli, Perilli, 2012).

Il rendere esplicite queste conoscenze e convinzioni consente una loro stessa “revisione” e ri-trascrizione in termini più funzionali, che favoriscono la formazione di un nuovo equilibrio (Cicinelli, 2003).

L'utilizzo di questo metodo con persone affette da malattia di Alzheimer trae spunto da questi costrutti teorici e metodologici, che considerano la musica come un potente attivatore del processo di recupero e formazione di immagini mentali caratterizzate da una forte valenza emotiva. Le immagini sono facilmente evocate dall'ascolto musicale e rappresentano metaforicamente aspetti soggettivi del sé.

La Psicoterapia Rideterminativa trae spunto dal “Bonny Method of Guided Imaginary and Music” - BMGIM, un metodo elaborato da Helen Bonny agli inizi degli anni settanta a seguito di ricerche effettuate presso il Maryland Psychiatric Research Center, sull'interazione tra musica e stati modificati di coscienza. I risultati di queste ricerche hanno evidenziato come la musica sia in

grado di determinare, specialmente se ascoltata in uno stato di rilassamento, una notevole produzione immaginativa con forti correlazioni emozionali (Cicinelli, Perilli, 2012). L'organizzazione ritmico temporale sembra essere una componente imprescindibile e comune alla musica e ad aspetti bio-psico-sociali dell'esistenza umana (Giordanella, 1993). Funzioni cognitive, motorie ed emozionali possono essere vissute durante esperienze immaginative con la musica (Giordanella, 1993).

Nonostante le origini del metodo fossero dinamiche, le potenzialità insite al suo interno sono apparse notevoli nell'ambito del paradigma cognitivista, in cui la musica può essere inquadrata come via di accesso preferenziale alla conoscenza tacita trasferita all'attenzione cosciente e trasformata in oggetti espliciti di pensiero (Cicinelli, Perilli, 2012). In questo modo è possibile sottoporre le regole tacite profonde, che costituiscono gli aspetti invariati del Sé dell'individuo e del mondo e dirigono e orientano i processi coscienti, a un processo di ristrutturazione consapevole.

Nel 1999 in occasione del IX Congresso Mondiale di musicoterapia la World Federation of Music Therapy ha accreditato ed enunciato i modelli musicoterapici più diffusi e consolidati e tra questi il metodo della Bonny, risultava tra quelli più accreditati a svolgere musicoterapia a livello terapeutico.

Nello specifico all'interno di questo progetto si è utilizzata una metodologia basata su un'accoglienza calda e incondizionata, un'atmosfera centrata sulla gioia e il buon umore.

A questo scopo, la seduta non è mai rigidamente strutturata ma guidata dall'operatrice in maniera direttiva, considerato lo status dei pazienti, l'alternarsi del tono dell'umore all'interno del gruppo e il livello energetico, permettendo in questo modo al processo terapeutico di svolgersi fenomenologicamente.

- a) Il lavoro è centrato sulle parti sane valorizzando tutte le potenzialità fisiche e intellettive

ve residue

- b) Attivare la curiosità, l'interesse, la motivazione attraverso situazioni significative attraenti per gli anziani.
- c) Adattare e personalizzare la tecnica in base ai bisogni delle persone.



Tutto ciò che avviene all'interno dell'incontro a livello musicale o relazionale è valorizzato come elemento di un processo.

Ogni incontro è concepito con un tempo ed uno spazio sonoro - musicale e relazionale nel quale, una volta fissate le coordinate di base, accadono degli eventi, si fanno degli incontri, si creano relazioni, si mettono in movimento energie.

L'incontro, quindi, è una struttura dinamica che ha un inizio, uno svolgersi ed una fine; in esso l'elemento ritmo rappresenta il momento dove circolano energie, dove il corpo si muove producendo emozioni.

In termini di energia emotiva si passa da un coinvolgimento emotivo affettivo contenuto ad un coinvolgimento intenso per tornare ad un coinvolgimento misurato.

Indicazioni di Trattamento

L'intervento è stato rivolto principalmente a persone affette da malattia di Alzheimer, con un livello di gravità da lieve a medio. Il gruppo costituito era relativamente omogeneo non solo per tipo di demenza presentata, ma anche per interesse e propensione verso la musica. La formazione di questa omogeneità è stata possibile grazie a

colloqui con altri operatori presenti in struttura, informazioni ricavate da costante contatto con le persone e quelle avute da medici, personale infermieristico e psicoterapeuta presente in struttura.

L'obiettivo è quello di favorire la partecipazione e l'espressione delle persone, facendole entrare gradualmente nel clima dell'attività.

In totale si sono svolti 6 incontri e create quattro poesie.

La IEM - Immaginario Evocato con la Musica, è un metodo di psicoterapia che fa lavorare il paziente a differenti livelli di coscienza mentre ascolta programmi di musica classica appositamente predisposti. Nello svolgersi dell'esperienza paziente e terapeuta sono continuamente in interazione tra loro. Allo stesso tempo il terapeuta prende nota di quanto accade per avere a disposizione il Verbatim alla fine della seduta.

Va considerato che l'utilizzo della Iem in uno stato modificato di coscienza non è possibile in alcuni casi specifici, tra cui quando le capacità cognitive e verbali della persona siano compromesse tanto da non consentire la comprensione delle immagini metaforiche e una loro successiva narrazione, come nel caso dei pazienti affetti da Alzheimer.

Nello svolgersi delle sedute con il gruppo di persone sottoposte all'intervento musicoterapico, però, mi sono avvalsa solo di una parte del metodo IEM, e cioè di quella che prevede l'utilizzo dei programmi musicali e dell'interazione costante tra operatore e persone coinvolte. Tutto si è svolto in uno stato di coscienza ordinario data l'impossibilità fisica e cognitiva di accedere ad altri stati di coscienza.

I primi incontri, non strutturati e di preparazione al lavoro, mi hanno permesso di effettiva fattibilità dell'intervento, le reazioni comportamentali ed emotive, di comprendere le capacità di ascolto e i tempi di resistenza di ognuna delle persone coinvolte, in modo da poter calibrare successivamente i programmi scelti in base alle esigenze riscontrate.

Negli incontri successivi di lavoro, sia nelle sue fasi iniziali che in quelle inoltrate, si procedeva all'ascolto del programma musicale scelto e si forniva la consegna in modo verbale e direttivo.

La direttività e l'utilizzo di consegne esplicite trae spunto da numerosi riferimenti presenti in let-

teratura che sostengono che l'utilizzo di consegne del genere favorisca un senso di maggior contenimento, tranquillità e orientamento dei pazienti nel setting musicoterapico.

Nella fase operativa quanto emerso dalle persone veniva da me elaborato e restituito loro, favorendo un interesse crescente per l'attività e un contesto di maggior fiducia, non solo tra operatrice e persona ma anche tra loro stessi.

Setting

Gli incontri si sono svolti al primo piano della struttura in cui le persone risiedevano. È stato scelto uno spazio relativamente ristretto e appartato, per favorire una riduzione significativa di perdita di attenzione e disinteresse.

Sono stati altresì eliminati stimoli estranei al setting (colori, oggetti superflui, finestre provviste di tende..) poiché sarebbero potuti risultare disturbanti e interferenti con il trattamento.

Lo spazio risultava così abbastanza illuminato e non distraente con stimoli provenienti dall'esterno, accogliente e ben riscaldato. Il soffitto non era molto alto, l'acustica risultava buona, vi erano piante, sedie ed un grande tavolo al centro che molto spesso spostavo per avere più spazio in modo da sistemare gli ospiti in cerchio. Il lavoro in casa di riposo si deve affrontare con chi ha lasciato la casa, gli oggetti e i luoghi della vita e trasferirsi in una struttura dove altri hanno deciso per loro. Ed è soprattutto per questo che il mio interesse nei confronti del setting si convogliava principalmente nella creazione di uno spazio che fosse il più accogliente possibile.

Le sedute duravano effettivamente dal momento in cui le persone erano già state predisposte circa 30 minuti.

In questo specifico settore è infatti opportuno considerare anche alcuni aspetti organizzativi, tra cui lo spostamento da parte degli operatori delle persone e la loro disposizione in gruppo su delle sedie o per chi non era possibile in carrozzina, poste intorno al tavolo di lavoro.

Ecco perché si iniziava a preparare il setting almeno 20 minuti prima dell'inizio effettivo del lavoro, preoccupandosi inoltre di creare uno spazio, non solo fisico, ma anche psicologico idoneo all'intervento, chiedendo la collaborazione di tutti

gli operatori presenti al piano e favorendo il maggior silenzio possibile.

Le sedie e il tavolo erano disposte in modo da favorire uno spostamento consono ed efficace dell'operatrice tra le persone coinvolte e lo stereo, posto in una posizione di facile accesso e utilizzo.

Gli incontri si verificavano con un ordine di 1 seduta a settimana, ha visto la partecipazione e il coinvolgimento di tutti gli operatori presenti al piano, a seconda dei loro turni, informati sul progetto e pronti ad intervenire nei casi di reazioni negative sia fisiche che psicologiche da parte della persona.

Non è stato possibile un coinvolgimento dei familiari, seppur auspicabile in possibili applicazioni future.

Risultati

Per tutta la durata del laboratorio sono emersi risultati favorevoli e incoraggianti:

- *aumento dei tempi di attenzione*, ovvero pochi fenomeni di distrazione e/o disinteresse, e quando questi emergevano in alcuni ospiti venivano bloccati da altri partecipanti al gruppo, che riportavano al qui ed ora allo svolgimento dell'attività. L'aumento dei tempi di attenzione ha agevolato non solo lo svolgimento del compito previsto dallo specifico laboratorio, ma anche quello di altre attività ricreative come la lettura del libro, in cui ad esempio, si riusciva a mantenere l'attenzione per l'intera durata di un capitolo (tot. 30/40 m).
- *Produzione immaginifica*, con la conseguente creazione delle poesie.
- *Riduzione del wandering*: gli ospiti con tendenza a non rimanere fermi durante lo svolgimento di nessuna delle attività proposte in precedenza, hanno manifestato una riduzione significativa di questo comportamento, rimanendo nel posto scelto per la messa in essere del laboratorio per tutto il tempo previsto. Non sono a conoscenza di dati relativi alla presenza, aumento o riduzione di questo comportamenti in tempi e momenti differenti a quelli previsti dal laboratorio.
- *Riduzione dei disturbi comportamentali*: si è evidenziata una minor presenza di com-

portamenti aggressivi sia verbali che fisici. Anche in questo caso faccio riferimento esclusivamente a quanto osservato durante lo svolgimento dell'attività. Non ho a disposizione dati che mi permettano di generalizzare il risultato.



Poesie

Poesia n.1

Il Fruscio

C'è un fruscio
la mattina il sole è freddo
il cavallo salta sul prato
selvaggia è la sua faccia
forte il suo corpo
coraggioso il suo cuore
corre sui prati
in cerca del suo amore
e della libertà... che senza amore non si ha...
la sua coda si muove leggera
nel vento tiepido
in cerca del suo amore
lei arriva gioiosa e con la chioma al vento
si trovano, si amano e vanno via
felici insieme.

Poesia n.2

Amanti

Amanti
ballano e cantano dell'amore

vedo l'ombra! Non ti allontanare
io mi avvicino...hoh... hoh
...fisarmonica, povere me...
tempi discreti, palazzi e finestre vanno veloce,
fanno rumore.
Cori di voci femminili si sentono da lontano.
Colline ondulate, con viole e primule
tanti fiori profumano l'aria.
La bellezza lo circonda
e i bambini corrono
nel prato in fiore.

Poesia n. 3

La gioia della mia vita

La mia gioia sono i figli,
belli e bravi... somiglian a me
La gioia è la mia famiglia
che si riunisce insieme
La gioia della musica,
purchè sia bella, come la traviata,
ricordo di gioventù
La mia gioia è in un gioco
La gioia della cucina,
di un piatto caldo con i parenti
La gioia dell'aver intorno
le persone che ti vogliono bene
con cui parlare ed emozionarci
La gioia di essere guardati e di guardare con
amore
la persona del nostro cuore
La gioia della mia vita è una cosa semplice:
stare in compagnia,
una scampagnata con la bici,
una confidenza sussurrata.
La gioia della mia vita.. è la LIBERTA'!

Poesia n.4

I colori della vita

La vita nell'invecchiare
Diventa più scura
E' bella quando siamo giovani
Brillante come il rosa
Che tiene sulla stoffa
Mi sento allegro come il giallo
In una giornata di sole,
rosso bordeaux
che dà vita a tutti gli altri colori

In gioventù avrei preso il verde
Perché è il colore della speranza
Ora mi sento contenta e direi il rosso
La gioia è un rosa
Un colore duraturo e maturo
Che non scolorisce mai alla prima
Mi piace il bianco
Che è delicato
Rassomiglia alla purezza
Il rosso dei fiori
Dell'allegria e della vita
Il blu del cielo della notte
Con le stelle
Che mi fa sentire felice.

Conclusioni

Sono ben consapevole di essermi distanziata dal metodo classico ma allo stesso tempo soddisfatta della portata di quanto emerso all'interno di questi incontri, se non altro in termini di capacità di sentire ancora il fluire della propria esistenza in queste persone.

Ciò che è stato fondamentale per l'attività svolta durante il mio tirocinio è stata molto probabilmente la definizione di musicoterapia data da Kenneth Bruscia, "La musicoterapia è un processo sistematico d'intervento ove il terapeuta aiuta il cliente a migliorare il proprio stato di salute, utilizzando le esperienze musicali ed i rapporti che si sviluppano attraverso di esse come forze dinamiche del cambiamento".

Essa innanzitutto, pone la base dell'intervento sulla relazione tra terapeuta e paziente, più che sulle capacità del terapeuta e della musica. Altro punto importante è la centralità del paziente nel proprio processo di guarigione e la visione del terapeuta come guida alla conoscenza di esperienze musicali utili a questo percorso. Il processo poi che porta alla guarigione o che ne impedisce il raggiungimento è dato da un insieme di concause in cui la musicoterapia ha un piccolo ruolo.

Il mezzo utilizzato come "forza per il cambiamento" è dato dalle "esperienze musicali", cioè quella parte del mondo sonoro e musicale proposto dal terapeuta, di cui si appropria; ne consegue che non basta proporre una musica ma occorre adottare tutti gli accorgimenti necessari affinché la faccia propria.

Quello che si è verificato durante la mia esperienza, non è un processo di guarigione data l'impossibilità della stessa dovuta alle caratteristiche intrinseche della malattia, ma il recupero di un sistema di comunicazione arcaico e preverbale, lo stabilizzarsi di un sistema di relazioni con conseguente riduzione dei disturbi del comportamento.

È ancora in atto una valutazione parallela dei risultati, che faccia riferimento ai processi "intra-setting", condotta da me al termine delle sedute e una di tipo "ecologico" condotta dai membri dell'èquipe. È opportuno poi affinare gli strumenti di valutazione e inserirli accuratamente all'interno del trattamento, poichè le usuali scale di valutazione cognitiva, comportamentale e affettiva pare non siano in grado di considerare i risultati degli interventi di tipo musicoterapico.

Ancora aperta è la considerazione relativa alla durata degli effetti del trattamento.

Personalmente giudico importante per mia formazione, l'esperienza svolta in casa di riposo, intendo proseguire il percorso intrapreso poichè l'attività di questi sei mesi mi ha migliorato interiormente e professionalmente, aprendo nuovi interrogativi e nuovi spazi di azione.

Quanto emerso da questa esperienza mi ha comunque permesso di giungere a delle conclusioni importanti, ovvero che la musica, la vibrazione sonora è sicuramente capace di influenzare l'intera persona nella triplice dimensione fisica, mentale e spirituale e lo aiuta a mantenere un legame con il mondo.

Da qui è quindi ipotizzabile un percorso sonoro volto a stimolare la persona nella sua totalità, affinché acquisisca più esperienze possibili, e un approccio terapeutico capace di guidare il paziente verso un cammino autonomo. Se poco si può fare da un punto di vista di una completa guarigione, molto è possibile sul piano dello stabilirsi di un nuovo senso di umanità e dignità persona, che prenda le mosse dalla rivitalizzazione del proprio sistema emozionale e si traduca in veri e propri atti comportamentali.

Noi siamo la musica...finché la musica dura...

Bibliografia

Anolli, L., & Ciceri, R. (1992). La voce delle emozioni, FrancoAngeli, Milano, p. 42-65.
Blanc, C., & Suvini F. (2001). Curare con il suono e la musica, Logisma. In: Suvini F., Forme e strutture

musicali in musicoterapia, Cittadella, Assisi, p. 4-67.

- Bruscia. K. E. (1993). Definire la musicoterapia, Roma, Ismez, p. 16.
Cicinelli, R., & Giordanella, Perilli, G. (2012). Dalla conoscenza tacita alla ridescrizione narrativa mediante la psicoterapia con la musica, nella prospettiva delle scienze cognitive di seconda generazione. Psychonline, p. 1-36.
Frijda, N.H. (1990). Emozioni. Il Mulino, Bologna.
Giordanella Perilli, G. (1993). Organizzazioni temporali nella strutturazione dei processi cognitivi in soggetti normali e soggetti con disturbi psichiatrici. Tesi di Dottorato. Roma: Università Pontificia Salesiana.
Granieri, E. (2012). Fondamenti Neuroscientifici della Musicoterapia. Congresso presso Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia 23 marzo.
Padoani, W., & Marini, M. (2001). Altre Tecniche E Approcci Psicoterapeutici. In: Scocco P., De Leo, D., Pavan L., ed. Manuale Di Psicoterapia Dell'anziano. Torino: Bollati Boringheri, pp. 200-219.
Raglio, A., Manarolo, G., & Villani, D. (2001). Musicoterapia E Malattia Di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca. Torino: Cosmopolis.
Rapisarda, F. (2003-2004) Esprimere le emozioni attraverso la musica, Università Bicocca, Milano.
Trabucchi, M. (2003). Le Demenze. Utet
Villani, D., & Raglio, A. (2004). Gerontology, n. 52, 423-428.

Sitografia:

- Di Carla F. C., Guarire con la musica, New Sounds, Milano, in:<http://www.musicoterapiaonline.it/musicoterapia/guarireconlamusica.htm>
Picasso B., Effetti delle vibrazioni sul corpo umano, Università di Cagliari, 2006, in:<http://dimeca.unica.it/~picasso/Vibrazioni%20del%20corpo%20umano.pdf>
Schafer R. M., in: Di Carla F. C., "Guarire con la musica", New Sounds, Milano. In: <http://www.musicoterapiaonline.it/musicoterapia/guarireconlamusica.htm>

Discografia:

- Music for the Imagination: Explorative, Barcelona Publishers, 1996, pezzi: 1-2-3-4.
Music for the Imagination: Imaginative, Barcelona Publishers, 1996, pezzi: 1-2-3-4-5.
Music for the Imagination: Imaginative, Barcelona Publishers, 1996, pezzi: 6-7-8-9.
Music for the Imagination: Plaintive, Barcelona Publishers, 1996, pezzi: 9-10-11-12.
Music for the Imagination: Plaintive, Barcelona Publishers, 1996, pezzi: 1-2-3-7-8- (6).

La psicologia ambientale come supporto per una nuova sfida cittadina: l'Urban Center di Bitonto

Francesca Guglielmi*, Nicola Parisi**, Vanda Vitone***

*Psicologa - Phd student c/o Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

**Politecnico di Bari - Assessore alle Politiche Urbanistiche della Città di Bitonto

***Psicologa-Psicoterapeuta, Vice presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

“È inutile stabilire se Zenobia sia da classificare tra le città felici o tra quelle infelici. Non è in queste due specie che ha senso dividere le città, ma in altre due: quelle che continuano attraverso gli anni e le mutazioni a dare la loro forma ai desideri e quelle in cui i desideri o riescono a cancellare la città o ne sono cancellati.”
Italo Calvino - *Le città invisibili* - 1972

Il nostro comportamento e il nostro modo di pensare dipendono strettamente da DOVE siamo, oltre che da CHI siamo.

La psicologia ambientale è quella scienza che si occupa di come l'ambiente influenza il nostro comportamento e la nostra mente e di come viceversa, l'uomo con il suo comportamento e la sua mente, tende a modificare l'ambiente (Costa, 2009).

I luoghi in cui viviamo sono investiti da una carica affettiva, sia essa positiva o negativa a seconda delle esperienze esperite nei posti, che condiziona in maniera preponderante il rapporto tra l'uomo e l'ambiente.

Viviamo in un'epoca in cui le condizioni socio economiche molto spesso costringono le persone a fare scelte di vita che determinano il continuo errare e il continuo divenire. Si è alle prese con fenomeni migratori, verticali e orizzontali, che vedono i centri urbani popolarsi di eterogeneità sino ad ora poco conosciute. Tali eventi pongono in essere cambiamenti individuali e collettivi da interpretare alla luce delle influenze reciproche che da sempre condizionano la relazione indissolubile tra l'uomo e il contesto in cui vive.

La psicologia per troppo tempo si è occupata di spiegare i fenomeni e le esperienze concentrandosi essenzialmente sui vissuti individuali ed interiori tralasciando il rapporto simbiotico tra mente umana, comportamento e contesto.

Il comportamento umano cambia a seconda dell'ambiente in cui siamo inseriti, ma allo stesso tempo, l'uomo è in grado di modificare l'ambiente in base ai propri scopi e bisogni. Le modalità attraverso cui l'uomo esercita potere e dominio sull'ambiente ci offrono chiavi di lettura interessanti sui fenomeni e sulle persone coinvolte, pensiamo agli edifici rinascimentali, alle costruzioni edificate durante i regimi totalitari o a tutti i monumenti che andiamo piacevolmente a visitare durante i nostri viaggi, altro non sono che l'espressione dei bisogni, delle diversità, delle necessità di una cultura, manifestate attraverso un codice che prescinde la metodologia clinica di lettura dei fenomeni.

Lo scorso **26 febbraio** è stato inaugurato a Bitonto lo **Urban Center**, un nuovo laboratorio urbano per i cittadini dotato di strumenti avanzati, che consente agli stessi di essere interlocutori diretti e protagonisti di quel processo di partecipazione e co-design che è tra gli obiettivi primari previsti dal Documento Regionale di Assetto Generale nei nuovi processi di pianificazione urbana.

Urban Center è una locuzione anglosassone utilizzata per designare diverse tipologie di strutture la cui missione principale è il coinvolgimento critico delle comunità civiche nelle politiche di trasformazione della città e del territorio. Gli Urban Center si propongono come arena di dibattito per amministratori, professionisti, operatori eco-



nomici, forze sociali, comitati di cittadini e singoli soggetti che intendono contribuire attivamente a delineare il futuro della città (<http://www.urban-center.org/cose-un-urban-center/>).

L'Urban Center di Bitonto è una struttura multi e trans-disciplinare, che organizzerà attività necessarie alla comprensione del contesto urbano di riferimento in tutti i suoi aspetti. Il fine è creare una vision comune che permetta un dialogo propositivo nell'ottica di ricerca di forme di educazione collettiva, di uno sviluppo sostenibile e di identificazione del cittadino con il suo ambiente di riferimento. E' il nuovo contenitore cittadino aperto alla società civile urbana, che co - promuovere il miglioramento delle condizioni di vita degli abitanti e lo sviluppo sostenibile della città, riavvicinando così la cultura della contemporaneità alla cultura urbana dei cittadini. La presenza di multidisciplinarietà, ivi compresa la figura di uno psicologo all'interno di questa fucina, permetterà lo sviluppo e la costruzione di reti che favoriranno l'integrazione sociale, la mobilitazione collettiva e la negoziazione tra bisogni ed interessi diversi,

ma anche fra interessi dei cittadini e politiche burocratiche.

Proporre e incentivare eventi e attività che incrementino la conoscenza della città; attivare tavoli di co - design su importanti temi di sviluppo e riqualificazione: questi i due obiettivi principali dell'Urban Center di Bitonto. Gli strumenti operativi comprendono focus conoscitivi, focus progettuali, forum di categoria e assemblee partecipative. Gli attori principali saranno i cittadini che costituiranno il **Comitato tecnico operativo e il gruppo Sym (Smart young minds)**.

Il Comitato tecnico scientifico operativo è costituito da tutti coloro che per capacità e ruolo possono apportare un contributo pratico ed effettivo alle attività condotte dall'Urban Center. Ne fanno parte tutti gli assessori in carica della Giunta comunale, tutti i componenti della Commissione consigliare con competenza in materia urbanistica, i capigruppo consiliari. Il **gruppo Sym** è il braccio operativo e consultivo del Comitato tecnico scientifico operativo, è formato da studenti, laureandi e giovani laureati, che vorranno mettersi in gioco con le proprie competenze in un processo di assestamento e rilancio futuro della nostra città.

Al gruppo Sym è affidata la conduzione, l'animazione e la verifica di tutte le attività dell'Urban Center Bitonto; per questo la partecipazione al gruppo Sym prevede una più intensa frequentazione e presenza. L'acronimo Sym sta per "giovani menti smart", esemplificando i principali protagonisti del gruppo, che però, si legge nel protocollo operativo, non è affatto chiuso al con-





tributo di cittadini che non più studenti, laureandi o giovani laureati ritengono tuttavia di avere una mente “smart” e una gran voglia di far del bene alla città.

L’adesione a tali gruppi è volontaria e libera (www.bitontolive.it).

L’Urban Center Bitonto è partecipazione, attivismo, passione come dimostra il video (<https://youtu.be/R54rrvNIM1E>) che assieme ad alcuni elaborati grafici accompagnerà la città di Bitonto durante i lavori del XXIX Congresso dell’Istituto Nazionale di Urbanistica che si terrà a Cagliari dal 28 al 30 aprile prossimo. Il tema del Congresso Nazionale è “Progetto Paese” e la principale mission dell’evento è: “Per una nuova stagione di buona urbanistica, si tratta di far tesoro dei saperi esperti, dei principi di buon governo, delle capacità di procedere utilizzando metodi e strumenti collaudati riuscendo nel contempo ad apprendere dal nuovo”.

Come suggerisce Hannerez (1989), la città è diventata una “rete di reti” volte a riattivare la partecipazione e a plasmare nuove forme per l’apprendimento dell’agire collettivo.

Le Amministrazioni pubbliche locali, avvalendosi del supporto di un Urban Center, neutrale agli indirizzi politici in virtù del processo di democrazia partecipativa, potrebbero incentivare processi

di “governance” urbana allo scopo di plasmare le città e farne espressione tangibile della società contemporanea, riducendo il numero dei conflitti sociali causati dai progetti di trasformazione e il tempo necessario per intraprendere le decisioni competenti al riguardo.

All’evento, tenutosi nel **Torrione Angioino**, sono intervenuti oltre agli esponenti dell’Amministrazione dell’area metropolitana, personalità del mondo scientifico. A chiudere i saluti istituzionali, la vice Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, la dott.ssa **Vanda Vitone** che ha chiarito come “*la presenza di uno psicologo nel gruppo dei tecnici SYM sia indispensabile per studiare il rapporto tra uomo e ambiente, intercettando così i bisogni stessi del cittadino*”.

Bibliografia

Baroni, M.R. (1998). *Psicologia ambientale*. Bologna: Il Mulino.
 Costa, M. (2009). *Psicologia ambientale e architettura*. Milano: Franco Angeli.
 Giglioli, P. (2005) *Invito allo studio della società*. Milano: Il Mulino.
 Hannerz, U. (1980). *Exploring the city. Inquiries toward an Urban anthropology*. New York, Columbia University Press.

Sitografia

www.bitontolive.it
<https://youtu.be/R54rrvNIM1E>

Una gratificante esperienza di gruppo: “A cinema con gli psicologi”

Francesco Convertini*, Maria Ronchi**

* Psicologo

**Psicologa Clinica, specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica ARIRI

Riassunto

Nel 1895, mentre a Vienna venivano pubblicati gli Studi sull'isteria di J. Breuer e S. Freud, atto di fondazione del metodo terapeutico psicoanalitico, a Parigi avveniva la prima proiezione pubblica del Cinématographe dei fratelli Lumière, una macchina delle meraviglie che emozionava senza dover proporre vicende con un vero e proprio sviluppo narrativo. Nati insieme alla fine del XIX sec., entrambi hanno contribuito alla profonda trasformazione della percezione della realtà esterna e di quella interiore. Metz ha portato al centro dell'interrogazione psicoanalitica il cinema stesso, studiando i tratti caratteristici di un tipo specifico di significante, quello immaginario: l'immagine attiva l'identificazione tra il soggetto-spettatore e lo specchio-schermo; il soggetto rivive il meccanismo infantile della formazione immaginaria dell'Io e accede a un illusorio raggiungimento dell'Io ideale.

Parole chiave: psicologia, cinema, gruppo esperienziale, psico-educazione, promozione del benessere.

Introduzione

È noto che lo stato psico-affettivo di una persona ha importanti ripercussioni sul suo star bene, perciò è auspicabile che, anche nei momenti di leggero disagio, si rivolga al professionista per ricevere l'aiuto necessario all'uopo; molto spesso però nell'immaginario collettivo gli Psicologi vengono associati alla “cura di una patologia”; invece occorrerebbe auspicare la cultura del benessere della persona al di là della connotazione di presenza-assenza di una “malattia psichica”. Quando si legge un libro o si guarda un film potrebbe accadere di immedesimarsi nei personaggi o di provare emozioni evocate dalla storia o di sperare che la vicenda evolva verso il fine da noi desiderato; ma come è possibile provare tali emozioni per situazioni che non ci vedono direttamente partecipi?

Questo meccanismo è definito con i termini di identificazione o proiezione; non è un caso che, vedendo certi film, si provino sensazioni e vissuti in grado di mutare positivamente lo stato d'animo o che, durante un percorso psicoterapico, venga consigliato al/la Paziente di guardare qualche film in quanto il benessere che procura la sua visione potrebbe addirittura essere accostato alla ‘terapia’; si parte dall'idea che in un film molti spettatori cerchino le risposte ai propri problemi emotivi.

Il cinema ci permette di sognare ad occhi aperti, di soddisfare desideri repressi, di identificarci con i personaggi, di proiettare i nostri vissuti inconsci, di creare effetti catartici e suggestivi e non ultimo di esplorare e comprendere le rappresentazioni collettive grazie al suo strettissimo rapporto con gli avvenimenti del mondo, che spesso descrive efficacemente e a volte anticipa con straordinaria lungimiranza.

È un grande laboratorio sperimentale in cui i processi conoscitivi, affettivi ed emotivi possono essere suscitati, riassemblati, frantumati e ricostruiti.

Ad esempio, chi è stressato potrebbe guardare ‘Full Monthly’ o ‘Bread and Roses’, per chi ha problemi d'inserimento e di comunicazione vanno meglio ‘Chocolat’ o ‘Babe’, per le coppie in crisi sono indicati ‘Kramer contro Kramer’ o ‘Harry ti presento Sally’, per dipanare i conflitti edipici tra genitori e figli c'è ‘Il buio oltre la siepe’, mentre ‘Il padre della sposa’ è più adatto ai genitori che devono elaborare il distacco dai figli.

Il film diviene **oggetto di mediazione** all'interno del Gruppo andando a sollecitare vissu-



ti personali, carichi di emozioni e di sensazioni silenti poiché ognuno costruisce un rapporto con i personaggi durante la sua visione; tutti questi elementi possono essere utilizzati da ciascun partecipante come “un diario di bordo” per l’intera durata della visione.

La proiezione potrebbe chiamare in causa il concetto stesso di intersoggettività, e questa è inevitabilmente albergata dal corpo: il corpo fisico e il corpo percepito, andando a creare quel rapporto specifico e particolare che è patrimonio solo dell’arte cinematografica.

Le esperienze neuroscientifiche ampiamente supportate, sembrano corredare di basi scientifiche quella relazione fantasmatica, già ben descritta da Metz, per la quale ci immergiamo in un film o in un personaggio, ci eccitiamo, ci commuoviamo, restiamo disturbati o indifferenti non a caso, ma a seconda dello scambio fantasmatico tra il mondo interno di chi guarda e la scena proiettata.

Un’illusione che sappiamo essere tale ma viviamo e percepiamo come concreta; in poco più di un’ora e mezza avviene il miracolo ‘terapeutico’ per cui attraverso lo scambio fantasmatico possiamo vedere temporaneamente realizzati desideri e pulsioni inconse che attribuiamo al personaggio, che agisce per noi lasciandoci al sicuro nelle nostre poltrone, e pronti a rientrare al sicuro nel nostro Io non appena si riaccendono le luci.

Lì, sullo schermo “empatico”, proiettiamo fantasmi che non vivremo nella vita quotidiana, pulsioni libidiche e aggressive, in una *mise en scène* simile al sogno, un tempo chiamata abreazione attraverso la quale ci liberiamo momentaneamente dall’ingorgo che ferite e desideri potrebbero provocare in noi.

Partner

Siamo partiti da una richiesta di collaborazione da parte dell’Associazione **Archeo-Club “Italo Rizzi” di Bari** perché molti iscritti hanno espresso la loro predisposizione verso la socializzazione e il desiderio di apprendere nuovi apprendimenti e nozioni in campo psicologico; cogliendo il loro desiderio, abbiamo così pensato di realizzare l’iniziativa “**A cinema con gli Psicologi**”, già sperimentata precedentemente dalla dott.ssa Ronchi, nell’evento Cellamare Donna organizzato dall’Associazione “Fuori dall’Ombra”.

Per la nostra iniziativa abbiamo offerto anche a non iscritti l’opportunità di partecipare agli eventi in modo che fosse diffuso a quante più persone

possibili il messaggio psicologico legato al Benessere.

Per il primo ciclo di film le proiezioni si sono svolte a Bari presso la **Mediateca Regionale della Puglia** che, per garantirci la migliore riuscita dell’iniziativa, ci ha ospitato nei suoi spazi, ci ha offerto la sala di proiezione e messo a disposizione sia la strumentazione utile allo scopo che la preziosa collaborazione del suo personale.

Il secondo ciclo di proiezioni è stato realizzato presso lo Spazio AttivaMente messoci cortesemente a disposizione dall’Associazione **Gargantua e Pantagruel Onlus** nel Centro Commerciale Mongolfiera Pasteur di Bari.

A tutti loro rivolgiamo i nostri più cordiali ringraziamenti.



Il nostro *modus operandi*

Prima delle proiezioni abbiamo illustrato le nostre consegne; soprattutto circa il tipo di Gruppo di discussione che di volta in volta si sarebbe costituito alla fine della proiezione giacché, subito dopo, buona parte dei partecipanti sarebbe andata via: ci sarebbe stato un Gruppo intermedio, non terapeutico, non di auto-mutuo-aiuto, con connotazioni psico-educazionali e di discussione, un *quasi-setting*, un tempo ridotto e una forma circolare.

Convertini avrebbe agito da Facilitatore accogliendo gli interventi; **Ronchi** avrebbe fatto l’Osservatrice prendendo appunti: È stato raccomandato ai partecipanti che:

- è meglio lasciare la sala alla fine del film e prima dell’inizio dell’incontro per non disturbare chi fosse interessato al dialogo;
- occorre girare le sedie per creare un cerchio;
- si è liberi di dire tutto ciò che il film fa risuonare;

- la durata della discussione del Gruppo è di 45’;
- per poter dare agli intervenuti un tempo e uno spazio per la risonanza e l’elaborazione, nell’incontro successivo e prima della proiezione avremmo esposto gli elementi psicologici emersi nel film precedente;
- solo nell’ultimo incontro di ogni ciclo, già a fine proiezione avremmo evidenziato gli elementi psicologici del film proiettato in quanto non ci sarebbe stato un incontro successivo.

Il *report* scaturisce da un’intervisione fra noi due nella quale abbiamo esplicitato i reciproci *controtransfert* che di volta in volta il film, gli interventi dei partecipanti e il nostro interagire ci hanno sollecitato; ovviamente non li abbiamo palesati al Gruppo ma ne abbiamo fatto tesoro cogliendo i nostri elementi emotivi e cognitivi.

Abbiamo portato questi elementi alla supervisione della dott.ssa **Rosa Pinto** che, Psichiatra-Psicanalista, ci ha supportato professionalmente in questa esperienza fornendoci gli elementi utili per poter elaborare i nostri vissuti durante i **2** cicli di “**A cinema con gli Psicologi**”; perciò Le siamo grati.

Alcuni presenti si sono rivolti verso di noi sollecitando il nostro intervento; abbiamo chiarito subito che non sarebbe stato un cineforum; inoltre, il nostro obiettivo non era creare un Gruppo terapeutico, ma psico-educazionale nel quale avremmo evidenziato loro solo le valenze psicologiche emerse nei film.

All’inizio i partecipanti hanno avuto difficoltà a parlare ma, dopo i primi due incontri, si sono mostrati pronti a interagire.

Il modello di lavoro è stato quello del “**gruppo esperienziale**”: lavorare su un tema in modo da mettere in gioco emozioni, vissuti, esperienze, in un assetto gruppalmente che consentisse un confronto a più livelli di partecipazione.

Il nostro obiettivo? Utilizzare un potente mezzo espressivo qual è il film per conoscerci attraverso la relazione con l’altro.

Questo modello permette di apprendere attraverso l’esperienza diretta e partecipata e non attraverso informazioni unidirezionali che toccano spesso soltanto il livello più cognitivo della persona.

Abbiamo notato che nel corso del tempo il Gruppo è ‘cresciuto’ perché in seguito molti interventi dei partecipanti, più che legati all’immagi-

nario filmico, hanno riguardato i loro aspetti emotivi ed esperienziali, palesando così la loro buona disponibilità al disvelarsi.

I partecipanti hanno così vissuto la modalità gruppalmente interagendo spesso tra di loro, condividendo i contenuti e le problematiche delle proiezioni e illustrando vicende personali relative alle loro esperienze di vita; gli interventi sono stati di volta in volta in linea con il canovaccio del film proiettato.

Descrizione dell’iniziativa

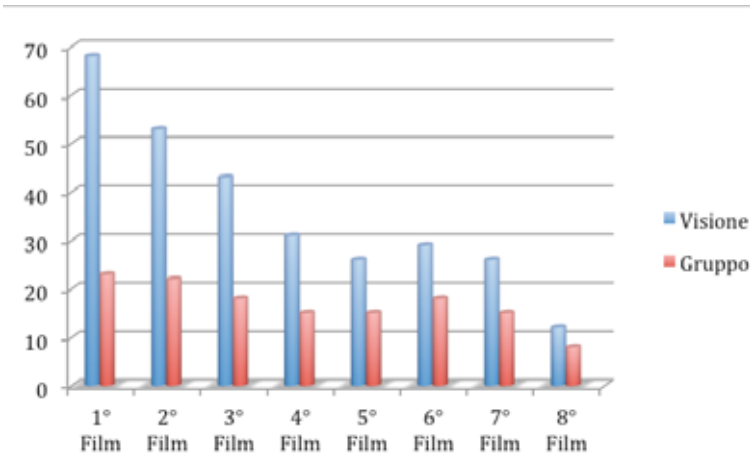
Abbiamo tenuto **n. 2** cicli di proiezioni, ognuno con **n. 4** film intervallati a settimane alterne, sempre di martedì e alla stessa ora pomeridiana; abbiamo iniziato nell’ottobre 2015 e abbiamo terminato nell’aprile 2016 per un totale di **n. 8** film, con la sola pausa relativa al periodo natalizio.

Con questi incontri abbiamo inteso diffondere l’idea che, accanto al momento della terapia e della riabilitazione, gli Psicologi possono mettersi a disposizione degli altri per la promozione del benessere dell’individuo e dei gruppi nei rispettivi ambienti di vita e di lavoro e per i loro specifici obiettivi personali, relazionali e/o professionali; la considerazione positiva di sé contribuisce a determinare il proprio benessere e c’è un sottile legame tra lo stato organico e la vita affettivo-cognitiva di una persona perché un benessere complessivo porta ad un equilibrato stato dell’umore. Alla serata inaugurale, che abbiamo trasmesso anche in *streaming*, hanno partecipato **n. 68** persone; questo ci ha convinti circa la bontà della strada intrapresa e del fatto che “nell’aria” si senta il bisogno di acquisire spunti di sapere, di riflessione e di apprendimento in campo psicologico.

In questo, come in tutti gli incontri successivi, le donne presenti sono sempre state la maggioranza rispetto agli uomini, rappresentando per il totale delle proiezioni una media pari al **75,1%** dei partecipanti.

I CICLO				
	1° film	2° film	3° film	4° film
PRESENTI ALLA PROIEZIONE	n. 68	n. 53	n. 43	n. 31
PARTECIPANTI AL GRUPPO	n. 26	n. 29	n. 26	n. 12

II CICLO				
	5° film	6° film	7° film	8° film
PRESENTI ALLA PROIEZIONE	n. 23	n. 22	n. 18	n. 15
PARTECIPANTI AL GRUPPO	n. 15	n. 18	n. 15	n. 8



Conclusioni

Per non suscitare un iniziale e forte impatto emotivo, abbiamo scelto di proiettare film brillanti che hanno espresso contenuti legati alla vita quotidiana e che hanno fatto ugualmente emergere risonanze emotive di buon livello; un merito indiscutibile è stato quello di affrontare il tema del benessere psicologico in modo giocoso, lontano dalle modalità tradizionali, dimostrandone i benefici sulla vita di tutti i giorni; infatti abbiamo avuto il buon senso di non porci in modalità di ‘terapia cinematografica’ ma solo come disponibili in modalità psico-educazionale a fornire gli approfondimenti di volta in volta emersi, rispettando così la consegna data.

Nell’ambito dei fenomeni psicodinamici l’aspetto suggestivo ha indotto gli spettatori a sperimentare un effetto definito “catartico”; una sorta di appagamento psichico allentando la “sorveglianza” esercitata dall’Io. Non c’è azione catartica senza una profonda identificazione, ma l’identificazione è anche alla base dell’azione suggestiva. La valenza delle due diverse azioni va messa in relazione con le differenti personalità de-

gli spettatori.

Aggregando le storie dei quattro film del I° CICLO, abbiamo ipotizzato un filo conduttore che creasse una famiglia tipo (ragazzo, ragazza, donna, uomo); invece le storie del II° CICLO hanno riguardato per lo più vicende di coppie; i film selezionati sono stati scelti perché in grado di regalare le emozioni giuste al momento giusto. I partecipanti hanno gradito la nostra modalità e hanno auspicato la riproposta a breve dell’esperienza vissuta; li abbiamo informati che, se l’esperienza dovesse avere un seguito, i temi trattati nei prossimi film avrebbero avuto, poco per volta, contenuti sempre più vicini alle difficoltà psicologiche che meglio fanno emergere emozioni ed affettività.

Per noi invece, l’essere stati in grado di metterci in gioco con questa “iniziativa” ha costituito la parte **gratificante dell’esperienza di gruppo** perché ci ha consentito di mettere alla

prova la possibilità di condurre un Gruppo; come prima esperienza abbiamo scelto di iniziare in modalità *soft* e non legata alla psicoterapia, anche se sono emersi vari elementi che abbiamo contenuto.

Già in passato avevamo vissuto esperienze gruppali sia in modalità formativa che in quella partecipativa; il nostro punto di forza attuale è stato quello di portare in supervisione gli elementi dinamici che hanno caratterizzato i vari incontri, vedendo le valenze e rettificando le criticità della nostra conduzione.

Bibliografia

- Angelini, A. (1992, rist. 2005). *Psicologia del Cinema*, ed. Liguori.
- Argentieri, S. & Sapori, A. (1988). *Freud a Hollywood*, ed. Nuova Eri.
- Bion, W. R. (1997). *Esperienze nei gruppi*, Ed. Armando.
- Gallese, V. & Guerra, M. (2005). *Lo schermo empatico*, Cortina Editore.
- Peske, N., & West, B. (2003). *C’è un film per ogni stato d’animo*. Traduzione: Anna Mioni in Collana Super Universale Economica Feltrinelli.
- Senatore, I. (2004). *Il cineforum del dottor Freud*, Centro Scientifico Editore.

L'intervento precoce nel disagio giovanile: “L'Isola che c'è”

Progetto sperimentale del Centro di Salute Mentale (CSM) di Andria DSM ASL BT

Brudaglio F., Mennuni L.**, Di Noia A.***, Tota N.****, Tancorre A.*****, Savino D. S.******

**Psichiatra, Psicoterapeuta CSM ANDRIA*

***Psichiatra, Direttore DSM ANDRIA ASL BT*

****Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Unita' di Psicologia Clinica DSM ASL BT*

*****Psicologo, Psicoterapeuta CSM ANDRIA*

******Coordinatrice Comunità Riabilitativa CSM ANDRIA*

Riassunto

L'intervento precoce nei disturbi mentali gravi è da tempo ormai passato dalla verifica delle evidenze scientifiche a prassi consolidate nei servizi di salute mentale. Tali attività si svolgono seguendo modalità e processi che hanno in comune una certa elasticità del *setting* ed un'adeguata trasversalità nell'ambito dei servizi stessi. L'esperienza che qui viene descritta “L'Isola che c'è” è una delle prime implementate nella nostra regione e si contraddistingue per alcune caratteristiche peculiari contemporaneamente presenti: sede non stigmatizzante, equipe flessibile, attività di rete tra i servizi di salute mentale e le Istituzioni, ricerca.

Parole Chiave

Intervento precoce, durata della psicosi non trattata, rete, inclusione sociale.

Premessa

Alcune manifestazioni di disagio nei giovani non vengono riconosciute, perché sintomi e segni sono associati a “momenti passeggeri”, confusi con quelli delle “crisi adolescenziali e giovanili” o minimizzati nella speranza che “tutto passi con il tempo”. Ora sappiamo con certezza che anche una situazione di disagio “generico” richiede particolare attenzione e una valutazione accurata per consentire un intervento adeguato ed efficace prima che il disturbo si accentui o si stabilizzi con una progressiva compromissione del progetto di vita della persona. Segnali di rischio esordiscono per lo più in età giovanile; tuttavia i sintomi specifici, caratterizzati da un deficit o da una distorsione nella valutazione della realtà (come deliri e allucinazioni), raramente compaiono all'improvviso;

nella maggior parte dei casi, si possono osservare cambiamenti e segni di disagio già 2-4 anni prima dell'esordio vero e proprio. Vi è, dunque, un lungo periodo di tempo caratterizzato da una sintomatologia ancora fluida, in cui è possibile intervenire offrendo al giovane e ai suoi familiari, attraverso interventi psicoterapici, psicoeducazionali e di supporto al ruolo sociale, l'opportunità di “rafforzarsi”, prevenendo così un disagio più grave.

Anche nel caso in cui il primo episodio psicotico si sia già manifestato, la sua chiara individuazione in termini diagnostici e il tempestivo accesso a trattamenti integrati possono ridurre l'impatto psicosociale del disturbo e migliorarne in modo significativo la prognosi a lungo termine: il *range* di tre-cinque anni dopo la remissione dalla fase acuta, definisce un “periodo critico” in cui la persona è ancora ad alta vulnerabilità ma la malattia è ancora plastica e sensibile al trattamento.

Diventa indispensabile rendere disponibili e mettere in atto strategie d'intervento specifiche e integrate, con obiettivi quali la riduzione dei sintomi e il consolidamento della remissione, l'attenuazione degli eventi stressanti, la progressione del progetto di vita.

Queste tappe saranno raggiunte solo intervenendo tempestivamente, individuando le situazioni di rischio o al primo episodio psicotico, motivando al trattamento pazienti e familiari, migliorando l'esito del trattamento a lungo termine attraverso il fronteggiamento dei sintomi ed il mantenimento e/o miglioramento del funzionamento sociale, diffondendo l'interesse per gli ap-

procci preventivi nel campo della salute mentale.

Razionale

L'intervento precoce nelle psicosi, pur nella sua complessità e problematicità, rappresenta oggi la direzione più innovativa e certamente più promettente nella quale si stanno muovendo gli sforzi della ricerca, della pratica clinica, delle politiche sociosanitarie. I programmi dedicati al trattamento dell'esordio psicotico hanno avuto ampia diffusione in tutto il mondo. L'obiettivo di tali programmi è ridurre la durata di psicosi non trattata (DUP) e migliorare la prognosi della ma-

quelle componenti del modello implementabili all'interno di un servizio di salute mentale generale. Elemento comune di tali programmi è la tendenza a qualificare il trattamento delle psicosi all'esordio attraverso la definizione di percorsi di cura e metodi di lavoro addizionali (triage, contatti intensivi, lavoro con le famiglie, case management, linee guida sul trattamento farmacologico e predilezione per le basse dosi) rispetto alla routine clinica dei servizi di cui fanno parte (Reilly et al, 2007). Progetti di questo genere hanno trovato sviluppo in aree rurali povere di servizi dove la flessibilità e la mobilità degli operatori erano elementi chiave per la riuscita del progetto (Mantas & Mavreas, 2012).

Il Progetto sperimentale sull'esordio psicotico promosso dal CSM di Andria è basato su tali premesse e intende promuovere un cambiamento che investe non solo professionalità diverse, ma più in generale la società stessa ed il suo modo di rapportarsi al disagio stesso. Lo stesso prevede di attuare una scelta operativa strategica che, partendo da una presa in carico precoce ed articolata, possa ridurre, in prospettiva

i fenomeni di disabilità cronica che comportano grave danno per l'utenza ed i suoi familiari e che portano in alcuni casi e dopo alcuni anni dall'insorgenza della malattia, all'isolamento sociale o al ricorso a costose e poco terapeutiche situazioni di residenzialità protetta. Non esistono - anche in quest'area - interventi sanitari che non abbiano effetti iatrogeni. Le persone hanno motivi validi per non rivolgersi ai servizi: la possibilità di remissione spontanea, lo stigma sociale, gli effetti collaterali delle terapie biologiche. Un approccio precoce, quindi, non deve riprodurre gli strumenti della psichiatria clinica, bensì mettere in atto strategie mirate sui bisogni. Il consenso alle cure e la *compliance* sono fortemente dipendenti dall'atteggiamento e dall'orientamento del contesto



lattia attraverso interventi terapeutici tempestivi, qualitativi e condotti in centri dedicati, separati dai servizi di salute mentale generale (Cocchi et al., 2011). Sebbene i costi da essi sostenuti siano stati da alcuni criticati (Amos, 2012), questi servizi sono stati implementati su scala nazionale in diversi Paesi in considerazione della importanza strategica dei loro obiettivi. In Italia il centro di maggiore rilievo è il Programma 2000 di Cocchi e Meneghelli a Milano (Meneghelli et al, 2010), seguito da alcune altre iniziative in altre città italiane basate su istituzione di programmi specialistici all'interno di team generalisti di salute mentale (Petruzzello & Corlito, 2012; Ghio et al., 2012).

I principi dell'intervento precoce hanno anche avuto declinazioni parziali e di regola limitate a

– degli altri “significativi” che sono riconosciuti come autorevoli o affidabili dal paziente e che hanno potere ed influenza su di lui (i familiari soprattutto, poi gli amici, ecc). Il progetto–intervento si propone dunque di rendere più competenti le reti di sostegno e di cura; e di ridurre il *gap* di accesso al trattamento, facilitando quest’ultimo. Il consultorio diocesano sito in via Bottego, Andria, rappresenta una struttura gradevole ed accogliente che è stata dedicata a questo progetto permettendone una caratterizzazione meno psichiatrica più amichevole e giovane. I destinatari del progetto sono giovani di età da 18 e 25 anni, al primo episodio psicotico e/o in situazioni di alto rischio.

Obiettivi generali

- Ottimizzare il sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti, per ridurre il tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali;
- Realizzare una rete condivisa con il CSM., i Medici di Medicina Generale (MMG), le scuole, i servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda;
- Costruire un percorso di arrivo non stigmatizzante ai servizi di salute mentale, che faciliti il contatto e la presa in carico integrata ove opportuna;
- Favorire con l’assessorato alle politiche sociali l’integrazione sociale con la realizzazione di progetti concreti di supporto al lavoro ed allo studio: il lavoro garantisce un ruolo attivo nella società ed evita il ricorso a forme cronicizzanti di sussidi economici, cambia l’immagine stessa della malattia mentale;
- Realizzare un rapporto bidirezionale e circolare tra ricerca e pratica clinica in colla-

borazione con l’Università

Aree di intervento del progetto sensibilizzazione e comunicazione sociale

La realizzazione di una rete con i MMG e le scuole, consentirà la segnalazione di *situazioni a rischio* verso un *singolo punto di accesso* della domanda. Ciò coinvolgendo:

1. I MMG, sia come informatori delle famiglie e, quindi, non solo vettori ma attori di percorsi di educazione sanitaria, che come agenti per una diagnosi precoce, per il monitoraggio delle situazioni a rischio, per l’invio di secondo livello ai servizi del DSM;
2. Le scuole, come luoghi di socializzazione secondaria dopo la famiglia, e di crescita e sviluppo umano degli adolescenti nel passaggio all’età adulta, nonché di riproduzione di una cultura sociale sulla salute e sulla malattia mentale.

Si proporrà, quindi, la costituzione di un gruppo di azione e progettazione costituito da personale della polizia, giornalisti, insegnanti, studenti delle scuole superiori, utenti dei servizi di salute mentale, familiari, operatori. Saranno raggiunti due obiettivi:

- l’organizzazione di una campagna sui mass media attraverso incontri coi giornalisti, sensibilizzazione e coinvolgimento di associazioni comunitarie sul tema
- la progettazione di materiali informativi (audiovisivi, posters, depliant) sul progetto



e di azioni specifiche nelle scuole (es. tramite films inerenti all'argomento) volte alla promozione ed educazione alla salute, alla destigmatizzazione ed alla facilitazione di percorsi collaborativi e di aiuto nei coetanei, nei genitori e negli insegnanti.

Valutazione ed intervento con presa in carico

Il progetto è stato articolato nelle seguenti fasi:

- costituzione di un'equipe specialistica multidisciplinare all'interno di un CSM di Andria costituita da uno psichiatra, due psicologi, due assistenti sociali, due infermieri;
- connessione dell'equipe centrale del CSM con gli operatori del Consultorio Diocesano e, quindi, degli altri Enti coinvolti;
- condivisione del Progetto ed inizio delle attività di presa in carico.

Sono previste due fasi di intervento: la gestione dell'episodio psicotico acuto e un successivo intervento sui fattori di vulnerabilità nel corso del così detto periodo critico.

La gestione dell'*acuzie* prevede che fin dal primo contatto venga effettuato un *case management* intensivo con interventi anche in ambulatorio, a domicilio, tenendo il ricovero ospedaliero come opzione secondaria. La preferenza per il *setting* ambulatoriale corrisponde all'intento di minimizzare il trauma e lo stigma della ospedalizzazione, mantenere il paziente nel suo ambiente, preservarne ruoli e contatti sociali e favorirne una consapevole alleanza terapeutica.

Raggiunta la remissione della psicosi acuta, è avviato un progetto personalizzato di lungo termine con gli obiettivi di: prevenire il *drop-out* attraverso il consolidamento della alleanza terapeutica; fare sì che il paziente partecipi attivamente al trattamento e ne sia soddisfatto; effettuare una terapia farmacologica che bilanci efficacia e effetti avversi; sostenere le fragilità psicosociali del paziente e favorirne la crescita personale; supportare il lavoro/studio e le attività sociali e ricreative per mantenere il paziente nella comunità.

Il trattamento farmacologico segue due principi fondamentali: bilanciare effetti terapeutici e collateralità e promuovere la consapevole col-

laborazione. Seguendo le evidenze in letteratura e le più importanti linee guida, a partire dalle NICE (2010), si utilizzeranno le minime dosi efficaci di farmaci antipsicotici e si gestiranno gli effetti collaterali in base ad un protocollo per il monitoraggio degli effetti endocrini, metabolici, cardiologici ed extra-piramidali. Sarà, inoltre, attivamente perseguita la condivisione delle scelte terapeutiche con il paziente e i suoi familiari. Elemento chiave del progetto sarà il *case management*, inteso come presa in cura individualizzata di pazienti gravi da parte di operatori dedicati (infermieri, educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica) volto a facilitare la continuità terapeutica ed il coordinamento degli interventi da parte di servizi ed operatori differenti attraverso la conoscenza, la gestione ed il monitoraggio dei bisogni del paziente, sia a livello clinico - assistenziale che. Il progetto prevede che a ciascun paziente venga offerto un supporto psicologico, sia garantendo incontri settimanali con il medico nelle fasi critiche e sia attraverso un psicoterapia personale strutturata, effettuata, in casi selezionati, da psicoterapeuti in formazione che afferiscono al consultorio.



Inclusione sociale

In collaborazione con l'assessorato ai servizi sociali, i progetti riabilitativi sono personalizzati, individuali ed extra-istituzionali. Ogni paziente viene affiancato tempestivamente da figure educative di riferimento stabili, al fine di attivare interventi psicoeducativi per il recupero e/o il mantenimento delle competenze, delle reti e dei ruoli sociali in ambito scolastico, lavorativo, amicale, familiare. Tali interventi sono calibrati sulle caratteristiche del singolo paziente e sono svolti sem-

pre al di fuori degli spazi istituzionali, all'interno di relazioni e contesti non stigmatizzanti, al fine di aumentare il senso di autoefficacia del paziente nel suo stesso ambiente di riferimento. Il sostegno che verrà offerto al paziente sarà teso, in ogni occasione che lo permetterà, a non fornire semplicemente soluzioni precostituite che possano legare il paziente ad una situazione immobile di bisogno di assistenza ma, piuttosto, a costruire assieme al paziente competenze di azione autonoma come individuo sociale.

Ricerca, implementazione e valutazione di efficacia di interventi innovativi nell'ambito degli esordi psicotici

In collaborazione con l'Università è stato elaborato un complesso disegno di ricerca che nella prima fase consentirà l'individuazione di valide procedure di *assessment* e terapeutiche e nella seconda fase permetterà anche la valutazione degli esiti e dei costi.

Saranno, quindi, organizzati eventi scientifici per la divulgazione e la condivisione dei risultati, auspicando che potranno contribuire alla diffusione di nuovi programmi di intervento precoce non solo nell'ambito regionale ma anche nazionale.

Conclusioni

Ad un anno dall'implementazione dell'"Isola che c'è", nonostante le criticità, i risultati ottenuti ci incoraggiano a proseguire sulla strada intrapresa con l'obiettivo ultimo di poter garantire all'utenza un modello d'intervento che coniughi la tempestività e l'intensività con l'equità, il rigore, la responsabilità, l'efficienza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico. Riteniamo che un *modus operandi* chiaro, appropriato e condiviso all'interno dei servizi di salute mentale, contribuisce a modificare progressivamente lo stile di lavoro aumentando la qualità, la soddisfazione di utenti e familiari, la motivazione e la gratificazione del personale.

Bibliografia

Amos, A. (2012). Assessing the cost of early intervention in psychosis: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 46:719-

734.

- Berardi, D., Bortolotti, B., Menchetti, M., Bombi, A., & Tarricone, I. (2007). Models of collaboration between general practice and mental health services in Italy. *European Journal of Psychiatry* 21:79-84.
- Cocchi, A., Meneghelli, A., Monzani, E., & Preti, A. (2011). Gli insegnamenti dell'early intervention in psychosis. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* vol. 2.
- Ghio, L., Natta, W., Peruzzo, L., Gotelli, S., Tibaldi, G. & Ferrannini, L. (2012). Process of implementation and development of early psychosis clinical services in Italy: a survey. *Early Interv Psychiatry* 6:341-6.
- Mantas, C., & Mavreas, V. (2012). Establishing and operating an early intervention service for psychosis in a defined catchment area of northwestern Greece within the context of the local mental health network. *Early Intervention in Psychiatry* 6: 212-217.
- Menchetti, M., Tarricone, I., Bortolotti, B., & Berardi, D. (2006). Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *International Journal of Integrated Care* 6: 1-7.
- Meneghelli, A., Cocchi, A., & Preti, A. (2010). 'Programma2000': a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. *Early Intervention in Psychiatry* 4: 97-103.
- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, B., & Murray, R. (2010). Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophrenia Bulletin* 36:655-664.
- Nash, L., Gorrell, J., Cornish, A., Rosen, A., Miller, V., & Tennant, C. (2004). Clinical outcome of an early intervention program: evaluation in a real-world context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38:694-701.
- Petruzzello, A., & Corlito, G. (2012). L'intervento precoce nelle psicosi: quattro anni di esperienza a Grosseto. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* vol. 6.
- Tarricone, I., Stivanello, E., & Ferrari, S., et al (2011). Migrant pathways to community mental health centres in Italy. *International Journal of Social Psychiatry* 58:505-511.
- The NICE guideline on core interventions in the treatment and Management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (2010). The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Alcol e universo femminile: aspetti clinici, psicologici e psicopatologici

Silvana Caldarola

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità presso Università degli Studi di Torino Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Sistemico - Relazionale

Riassunto

L'alcolismo è una delle cause più rilevanti di mortalità nel mondo occidentale. Negli ultimi anni si è rilevato un notevole aumento della percentuale di donne alcoliste, dato che rappresenta un'importante problematica in quanto i danni alcol-correlati sono più severi nella donna piuttosto che nell'uomo. I motivi di questa vulnerabilità sono connessi alla fisiologia femminile che differisce da quella maschile per struttura fisica, corredo enzimatico ed ormonale.

L'obiettivo di questo contributo è di sensibilizzare i lettori al fine di rendere prioritaria un'attenzione specifica alle iniziative di informazione, prevenzione e promozione della salute da rivolgere al sesso femminile nell'ambito di strategie che coinvolgano l'intera popolazione.

Parole chiave: Alcolismo femminile, dipendenza, sindrome feto-alcolica, prevenzione.

“Non pensate di annegare i vostri dispiaceri nell'alcol. Sanno nuotare”.

Albert Willemetz

Introduzione

L'alcolismo è una patologia complessa che affonda le sue radici in una serie di cause fisiche, psicologiche e socio-culturali e si manifesta in un continuum che da un bere normale passa ad un bere problematico sino alla dipendenza (Furlan e Picci, 1990).

L'alcolismo è caratterizzato da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.

La dipendenza dall'alcol è accompagnata dalla comparsa di tolleranza, intesa come la necessità di bere sempre più per ottenere un determinato effetto desiderato, e dalla sindrome di astinenza con diverse manifestazioni a seconda del tempo passato dall'ultima assunzione.

L'alcol deprime il sistema nervoso centrale, riduce i freni inibitori e influenza pensieri, emozioni e capacità di giudizio. Può causare problemi di diversa entità che coinvolgono, non solo il soggetto ma anche la sua famiglia e la società (www.salute.gov.it).

In Italia si registra un incremento della percentuale di donne che eccedono nell'uso di alcol.

Le adolescenti cominciano a riempire il bicchiere anche a 13 anni e diventano “binge drinker” in poco tempo (Mancinelli, 2013). L'alcolismo femminile presenta specificità biologiche, socioculturali e psicologiche, è poco trattato a causa della difficile rilevazione, essendo spesso confinato nel privato o dissimulato per l'elevata riprovazione sociale (Beccaria, 2010).

Epidemiologia

I dati Istat del 2013, documentano che dal 2002 al 2012, il numero di donne che consuma bevande alcoliche al di fuori dei pasti è aumentato significativamente, (di circa 30%), passando da circa 3 milioni 100 mila a 4 milioni 360 mila. Il picco di maggior frequenza di abuso alcolico si colloca tra i 35 e i 44 anni, con un incremento nella popolazione giovanile e nelle donne over 65. Tra le adolescenti di 14- 17 anni, la percentuale delle consumatrici fuori pasto aumenta dal 6% del 1995 al 14% del 2010. Per quanto riguarda la **tipologia di bevande** assunte, emerge un cambiamento: è calato il consumo di vino e birra ma è aumentato quello dei superalcolici (www.istat.it).

Si rileva, inoltre, un cambiamento nel corso degli anni delle caratteristiche dell'alcolismo femminile: in passato era la casalinga che, a causa della frustrazione e solitudine, ricorreva all'alcol per placare il suo malessere, attualmente è la donna in possesso di un titolo di studio elevato, lavoratrice e con una ricca rete sociale.

Inoltre emerge che le donne alcoliste spesso manifestano comorbidità con disturbi alimentari, di ansia e depressione. (www.cesdop.it)

Le Cause

I fattori che possono indurre la donna all'abuso di alcol sono di ordine biologico, socioculturale e soprattutto psicologico.

I fattori biologici sono legati alle variazioni dell'assetto ormonale, come avviene durante la gravidanza, la menopausa o durante il fisiologico periodo mestruale, che favoriscono l'assunzione di alcol in virtù del suo effetto antalgico e antidepressivo. L'alcol infatti inibisce l'attività delle monoaminossidasi (MAO), enzimi che nel sistema nervoso centrale si rendono corresponsabili della depressione del tono dell'umore (Scafato, 2008).

Per quanto riguarda i **fattori socioculturali** si può affermare che dalla seconda metà del 900 i compiti della donna hanno subito notevoli trasformazioni. Oggi al ruolo materno si aggiunge spesso quello di lavoratrice. Uno stile di vita molto stressante e la scarsa valorizzazione nel contesto lavorativo sono situazioni che invogliano ad eccedere nel consumo di alcol (Scafato, 2009).

Inoltre la maggior presenza di locali quali birrerie e pub incentiva la donna a frequentare più liberamente i luoghi del bere (Furlan e Picci, 1990).

Per quanto riguarda **le motivazioni psicologiche** che inducono la donna all'abuso di alcol, è stato possibile verificarne alcune attraverso un approccio diretto alla valutazione di casi clinici presso un SerT dell'Asl Bari. Le donne prese in carico dal SerT presentavano comorbidità con disturbi emotivi e psichiatrici. In molti casi la dipendenza si manifestava in seguito all'influenza di life events quali divorzi, lutti, eventi traumatici (abusi sessuali, violenze), come forma di "auto-terapia" per colmare vissuti di insoddisfazione, solitudine e difficoltà nella gestione delle proprie emozioni.

In altri casi emergeva il fenomeno delle "casalinghe alcoliste" che, sole e prive di altri interessi, trovavano nell'alcol un rifugio per i loro sentimenti di inadeguatezza e frustrazione.

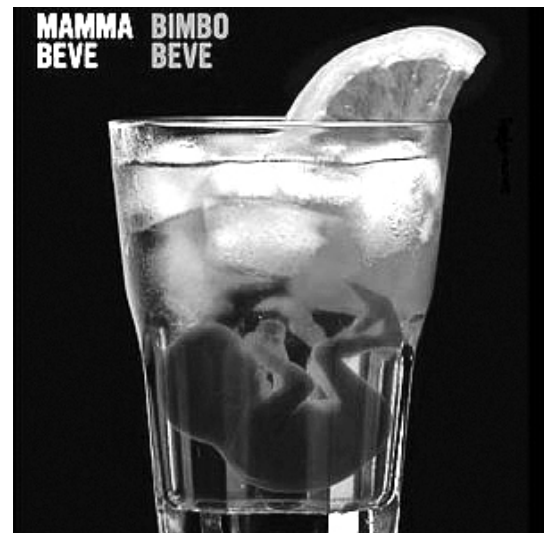
La solitudine e il senso di abbandono pertanto

sono due fattori scatenanti la problematica dell'alcolismo.

Un altro aspetto da non trascurare è la familiarità. In Italia, le evidenze proposte dall'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto Superiore di Sanità dimostrano come l'abitudine al bere dei genitori, influenzi fortemente il modello di consumo alcolico dei componenti del nucleo familiare (Scafato, 2014).

Danni alcol correlati

Esistono differenze fisiologiche tra uomini e donne rispetto all'effetto dell'alcol sull'organismo. Una delle cause principali della maggiore vulnerabilità agli effetti tossici dell'alcol nelle donne risiede nella minore attività a livello gastrico, dell'enzima *alcol-deidrogenasi* (ADH), deputato ad inattivare parte dell'alcol ingerito. Pertanto, a parità di sostanza assunta, le donne raggiungono concentrazioni più elevate di alcol nel sangue (alcolemie), e maggiori sono le conseguenze negative per la salute (Scafato, 2009). Le donne presentano anche altre caratteristiche che facilitano il raggiungimento di alcolemie più elevate: una minore percentuale di acqua corporea e generalmente un peso inferiore. Questa maggiore vulnerabilità legata ad aspetti enzimatici e metabolici comporta rapidamente la manifestazione di complicanze epatiche e psichiatriche correlate all'abuso (www.cedostar.it).



L'impatto dell'abuso di alcol sul corpo femminile può essere devastante. È provato come l'alcol aumenti il rischio di tumore al seno, porti all'infertilità e alla menopausa precoce. L'alcol può determinare inoltre deficit di memoria, cirrosi, e danni neuro - cerebrali come la sindrome di Wernicke - Korsakoff. Quest'ultima patologia è costituita da due diverse sindromi, una grave condizione chiamata encefalopatia di Wernicke ed una condizione debilitante nota come psicosi di Korsakoff. I sintomi dell'encefalopatia comprendono: confusione, paralisi dei nervi oculari e difficoltà nel deambulare e coordinare i movimenti. Circa l'80- 90 % dei soggetti alcolisti con encefalopatia di Wernicke presentano anche la psicosi di Korsakoff, sindrome cronica caratterizzata da difficoltà di apprendimento e acquisizione di nuove informazioni, vuoti di memoria, allucinazioni e confabulazione (www.alcol.dronet.org).

In gravidanza l'alcol, assunto anche in piccole dosi, è molto dannoso per il feto .

Quando la donna gestante assume alcol, questo attraversa facilmente la placenta e arriva direttamente al feto (Mancinelli, 2013). Nel feto gli enzimi epatici deputati all'ossidazione della sostanza sono poco sviluppati e ciò comporta la persistenza di composti che possono espletare il loro effetto teratogeno sui tessuti in formazione. L'etanolo interferisce con lo sviluppo fetale causando aborto, nascita prematura, basso peso alla nascita, ritardo mentale e la sindrome feto alcolica o FAS (Agabio e Cicalò, 2013).

I bambini affetti da FAS manifestano peculiarità fisiche specifiche, soprattutto della testa e del volto. Segni caratteristici nel viso sono: strabismo, naso corto e piatto, labbro superiore sottile e vermiglio, fronte lunga e stretta, ipoplasia mascellare e mandibolare. Anche il sistema scheletrico subisce le conseguenze dell'esposizione all'alcol. È stato osservato un ritardo rilevante nell'età ossea media nei bambini affetti da FAS che continua negli anni dell'adolescenza. Un'altra manifestazione clinica associata alla FAS è la presenza di microcefalia, ovvero una ridotta circonferenza del cranio, che indica un danno cerebrale. Sono presenti anche malformazioni cardiache, in particolar modo rappresentate dai difetti del setto interventricolare (Mancinelli, 2013) .

Il quadro clinico della FAS è caratterizzato inoltre da disturbi neurologici e neuropsicologici quali disturbi del sonno, ritardo dello sviluppo mentale, deficit intellettivo, disturbi dell'attenzione e della memoria, iperattività, impulsività e disturbi dell'eloquio e dell'udito. (www.salute.gov.it)

Dalla profilassi al trattamento

Alla luce di quanto emerso, risulta necessario individuare strategie di prevenzione specifiche. Sono fondamentali campagne educative e informative sui rischi che comporta il bere in gravidanza e sull'opportunità di seguire linee guida nutrizionali. Quest'ultime raccomandano l'adozione di stili e modelli di consumo che contribuiscono ad evitare i rischi alcol- correlati. Occorre adottare un approccio di genere che tenga conto del consumo e delle motivazioni psicologiche delle donne. Nella costruzione di strategie preventive è necessario considerare che l'abuso alcolico femminile deve essere contrastato sul piano psicologico, sociale ma anche culturale, attraverso interventi che aiutino la donna a prendere consapevolezza rispetto alle modalità del bere e ai rischi specifici dell'eccesso alcolico. Per fare buona prevenzione è necessario riflettere sul proprio bere, sulle motivazioni e sui comportamenti alternativi, di astinenza o moderazione, affinché "il bere" e "il come bere" diventino comportamenti consapevoli, scelti in funzione di una corretta rappresentazione del proprio benessere psicofisico. Questo significa passare da un'ottica statica di prevenzione ad una dinamica e flessibile di promozione della salute (Scafato, 2009).

Le iniziative di prevenzione dovranno riguardare diversi ambiti e raggiungere la popolazione nei vari contesti scolastici, lavorativi, socioculturali, luoghi di svago e divertimento. Gli interventi dovranno essere finalizzati a rimuovere le condizioni di disagio che favoriscono l'insorgere ed il mantenimento dell'alcoldipendenza, e a rinforzare abitudini sane per il miglioramento della qualità della vita (Mancinelli, 2013).

Per la donna risulta molto difficile superare quello che rappresenta il maggiore ostacolo per un alcolista, ossia il riconoscimento del problema,

che rischia di produrre conseguenze quali l'allontanamento dai figli e dalla famiglia. E' opportuno utilizzare correttamente il potenziale terapeutico implicito nella condizione femminile, quali la maternità e la cura della famiglia, che si attiva quando si tratta di difendere i diritti affettivi (Mancinelli e Guiducci, 2004).

Per quanto riguarda il trattamento si può ricorrere a diverse modalità di intervento che vanno definite in base alle caratteristiche del singolo individuo. Il trattamento dell'alcoldipendenza si basa su interventi psicologici quali: la psicoterapia individuale, familiare e di gruppo. La terapia farmacologica va utilizzata come parte integrante di un approccio che comprende il supporto sia psicologico sia sociale. I farmaci anticraving, associati alla psicoterapia permettono di incrementare la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento e mantenimento dell'astensione da bevande alcoliche (www.alcol.dronet.org).

Le strutture predisposte alla cura e riabilitazione degli alcolisti sono rappresentate dai reparti di Alcologia, SerT, comunità terapeutiche e gruppi di auto-aiuto (Lucchini, Nava e Manzato, 2008).

Il trattamento della dipendenza dall'alcol richiede interventi multidimensionali per gestire in maniera adeguata la complessità dei soggetti affetti, attraverso un lavoro di rete tra servizi pubblici e privato sociale.

Conclusioni

Il problema dell'alcolismo nelle donne ha assunto importanti risvolti di carattere epidemiologico e sociale. Per le adolescenti, bere diventa un atto di affermazione sociale ed emancipazione, nelle donne adulte, invece, è spesso indice di problemi più gravi: situazioni familiari complesse, esperienze di vita traumatiche, sentimenti di solitudine ed inadeguatezza. L'intervento precoce è difficile perché le donne tendono a nascondere il loro problema per sensi di colpa, vergogna ma soprattutto per il timore di perdere la propria famiglia. Risulta fondamentale attuare iniziative volte alla prevenzione di tale fenomeno, non solo basate sulla trasmissione di informazioni ma caratterizzate da politiche socio-sanitarie miranti a promuovere l'adozione di comportamenti salutari.

Bibliografia

- Agabio, R. & Cicalò, C. (2013). Io e l'alcolismo. *I sintomi, la diagnosi, le terapie, le nuove frontiere della ricerca in un libro intervista per pazienti lettori, e non solo*. Cargeghe: Documenta.
- Cersosimo, G. (2011). *Donne e alcol - L'equilibrio desiderato*. Napoli: Liguori
- Furlan, P.M. & Picci, R.L. (1990) *Alcol, Alcolici, Alcolismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gadamer, H.G., (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Cortina.
- Lucchini, A., Nava, F., & Manzato, E. (2008). *Buone Pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Milano: Franco Angeli.
- Morandini, G., Biti, L., et al. (1979). *Alcolismo, clinica e terapia*. Milano: Masson.
- Nava, F. (2004). *Manuale di Neurobiologia e Clinica delle dipendenze*. Milano: Franco Angeli.
- Zimberg, S. (1984) *La cura clinica dell'alcolismo*. Milano: Ferro Editori.

Riviste

- Beccaria, F., Blasutti, V., Cau, L., Codenotti, T., Costamagna, F., Rolando, S., & Scafato, E. (2008). La pubblicità nelle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto europeo ELSA. *Alcologia*, 2, 64-73.
- Istat (2013). *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*. Istat, Roma.
- Macchia, T. (2004). Donna e Dipendenza Crociata. *Annali Istituto Superiore della Sanità*, 1, 40-35.
- Mancinelli, R., & Guiducci, M. (2004). *La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica?*. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40,1,19-23.
- Mancinelli R. (2013). *Donne e alcol: problemi emergenti in clinica e ricerca*. *Biologi italiani*. 43(6):28-35.
- Mancinelli, R. (2013). *Gender differences in alcohol-related impairment: a critical review*. *OA Alcohol*; 1(1):8.
- Scafato, E., Galluzzo, L., Gandin, C., Martire, S., & Ghirini, S. (2008). *Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori*. *Alcologia*, 1,28-42.
- Scafato, E. Ghirini, S., Galluzzo, L., Martire, S., Russo, R., Scipione, R., et al. (2009). *Consumi di alcol e impatto alcol correlato*. *Alcologia*, 3,31-6.

Siti consultati

- www.aicat.net
<http://alcol.dronet.org/>
<http://www.cedostar.it/>
<http://www.epicentro.iss.it/alcol/>
www.cesdop.it
<http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1>



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

“La tutela del cittadino e gli atti dello psicologo” è il titolo del convegno organizzato dall’Ordine degli Psicologi della Puglia il **12 marzo** presso l’Hotel Excelsior di **Bari**.

Un convegno che nasce dall’esigenza di dare risposte concrete alle tante domande che lo stesso Ordine riceve in merito all’esercizio della professione ed alle responsabilità rivenienti dai rapporti con colleghi, altre categorie professionali, Enti e Istituzioni pubblici e privati.

Un momento dare informazioni relative all’aspetto deontologico e legale della professione, definendo gli ambiti ed i limiti di intervento dello psicologo, quindi le proprie responsabilità.

L’Ordine ricorda che, come afferma l’art. 3 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, “lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili e dirette conseguenze”. All’art. 6 del Codice Deontologico si afferma che “lo psicologo accetta unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice, e, in assenza di tali condizioni, informa il proprio Ordine. Lo psicologo salvaguarda la propria autonomia nella scelta

dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava. Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze”.

Il Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia afferma che “è di esclusiva competenza dello psicologo, regolarmente iscritto all’Albo professionale, l’attività di prevenzione, di diagnosi, di attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. I casi abusivismo o di usurpazione del titolo - aggiunge Di Gioia - devono essere segnalati al Consiglio dell’Ordine”, una esortazione che si ritrova nel testo del documento che lo stesso Ordine pugliese ha presentato nel corso dell’evento dal titolo “Raccomandazioni deontologiche a tutela dell’utenza e della Professione di Psicologo”. Il documento è un punto di riferimento per la tutela della professione da chi esercita abusivamente nella sfera psicologica come avviene ad opera di alcune professioni non regolamentate dalla legge, senza un ordine professionale di riferimento e quindi senza garanzie per gli assistiti.



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il programma con cui l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia ha illuminato di blu la IX Giornata Mondiale dedicata all'autismo è stato particolarmente coinvolgente ed emozionante.

I gazebo allestiti nei pressi dell'Hotel Oriente hanno visto l'intensa partecipazione delle associazioni che quotidianamente si occupano di autismo e il sostegno dei consiglieri dell'ordine e dei numerosi volontari.

La tavola rotonda, tenutasi nella Sala Congressi all'interno dell'Hotel Oriente, ha dato voce alle associazioni e ai professionisti che operano nel settore e ai numerosi genitori che hanno partecipato, offrendo un quadro reale ed umano delle problematiche e necessità legate al disturbo dell'autismo.

Molto concreto il contributo offerto alla discussione dal Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Fulvio Giardina, il quale ha individuato nell'aspetto educativo uno degli elementi principali del percorso d'aiuto a chi soffre di tale patologia ed ai suoi familiari. "Dobbiamo lavorare per dare assistenza alle famiglie - ha detto Giardina - anche nel costruire un progetto di vita che attivi le prospettive e i desideri che ogni genitore ha per i suoi figli. Spesso madre e padre di bambini o ragazzi con autismo hanno questa difficoltà: spengono i sogni per i loro figli perché non riescono a proiettarli nel futuro".

Ancora oggi, nel trattamento dell'autismo è preponderante il ricorso ai farmaci rispetto all'importanza di un sostegno psicologico a bambini e famiglie nell'ambito dei percorsi riabilitativi. "C'è bisogno di un progetto di vita che miri alla

reale autonomia e indipendenza del soggetto autistico. Solo in questo modo potremo migliorargli l'esistenza" conclude il Presidente Giardina.

In Puglia secondo i dati del 2014 i bambini autistici sono 2431. "Ad aiutare questi bambini e i loro genitori deve intervenire una équipe multidisciplinare - ha detto Antonio Di Gioia, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia - che preveda la presenza dello psicologo in particolare nella fase riabilitativa e di supporto ai genitori". Punto fermo nell'ambito di questo percorso rimangono le associazioni, con i loro interventi a favore dei minori e dei genitori. Difatti, i contributi di tutte le associazioni sono raccolti in un documento preparato dalla dott.ssa Giovanna Teresa Pontiggia, segretaria dell'ordine degli Psicologi della Regione Puglia, e dalla dott.ssa Paola Annesse, coordinatrice della Commissione neuropsicologia, consegnato al Presidente Giardina a conclusione dei lavori.

Anche per l'autismo l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia "è dalla parte della salute".

Comunicato stampa

Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia esprime soddisfazione per l'istituzione del Consiglio Regionale Sanitario, organismo tecnico consultivo in materia di salute.

Il Consiglio, presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità, sarà composto da medici, psicologi, farmacisti, veterinari, infermieri, ostetrici, operatori dell'area tecnico-sanitaria della prevenzione, rappresentanti delle Facoltà di Medicina della Puglia e rappresentanti delle associazioni di volontariato.

"Con questa struttura - afferma Di Gioia - la Regione Puglia potrà avvalersi del contributo degli operatori della sanità per rispondere alle esigenze di tutela e promozione del benessere e della salute dei cittadini".



Comunicato stampa

Le dichiarazioni della Vicepresidente Vanda Vitone intervistata da Corato Live sul tema “Unioni Civili”

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

L'Ordine degli Psicologi della Puglia interviene sull'argomento *Unioni Civili*. Mentre in Parlamento si vota la Legge Cirinnà la Vicepresidente Vanda Vitone esprime la posizione degli psicologi affermando che “non esiste alcuna differenza tra genitorialità eterosessuale ed omosessuale”. Gli studi condotti negli ultimi 40 anni riportano che una coppia omosessuale può creare un ambiente favorevole allo sviluppo psicologico ed emotivo del minore. Vitone, sulla scorta di tali risultati afferma che “non sono state registrate differenze su aspetti quali l'autostima, l'indipendenza, la consapevolezza di sé, l'adattamento familiare, sociale e scolastico”.



“Uno dei pregiudizi più diffusi - afferma Vitone - è che l'orientamento sessuale del minore sia influenzato da quello dei genitori. Gli studi hanno smentito tale correlazione. Hanno dimostrato che

la causa del disagio che può vivere un minore con genitori dello stesso sesso è da ricercarsi all'esterno del nucleo familiare. Dipende dall'ambiente e dal contesto sociale che crea pregiudizi, che co-

stringe a nascondere la verità, che non offre adeguata tutela legale”. Bullismo ed esperienza traumatica di un precedente divorzio eterosessuale sono altri fenomeni stressogeni che possono provocare disagio.

“Il benessere dei bambini all'interno della famiglia - aggiunge la Vicepresidente degli psicologi pugliesi - è il riflesso di altri meccanismi: è correlato all'attaccamento e al rapporto funzionale all'interno della coppia”. In ambito sociale può aiutare un ambiente libero da pregiudizi. “La scuola - dice Vitone - è importante perché deve educare i bambini, sin da piccoli, ad una cultura dell'accettazione di tutte le differenze”.

Titolo: Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza

Autore: Laura Rigobello e Francesca Gamba
Editore: Franco Angeli - Collana Psicoterapie
Anno: 2016
Pagine: 204
Prezzo: € 26,00

Note autori:

Laura Rigobello, psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, terapeuta individuale e di gruppo per adolescenti e famiglie, si occupa di disturbi della personalità. Lavora con bambini, adolescenti e genitori. Terapeuta formata sulla *Terapia Dialettico Comportamentale (DBT)*, conduttore di *skills training*. Dottoranda presso l'Università degli Studi di Pavia, esperta in *interventi evidence based a sostegno della genitorialità*. *Co-didatta Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona*.

Francesca Gamba, psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, terapeuta

individuale e di gruppo, svolge la sua attività nell'ambito dell'adolescenza, dell'affido, delle devianze e delle dipendenze. Terapeuta presso Centro Clinico Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona, con una formazione specifica nella schema therapy per il trattamento dei disturbi di personalità.

Presentazione

Questo libro nasce in un project di ricerca all'interno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona. Nell'area dello sviluppo tipico e atipico dell'età evolutiva questo testo intende fornire alcune conoscenze sulla disforia di genere e sulle sue implicazioni nell'infanzia e nell'adolescenza. Si rivolge a chi desidera avere un'idea sull'argomento e ha una duplice finalità, la prima è quella di fornire una guida per la pratica clinica, la seconda di sensibilizzare sul tema, poiché spesso accade che tutto ciò che riguarda gli sviluppi atipici dell'identità di genere o della sessualità, venga trattato come una devianza moralmente inaccettabile. Questo richiede di confrontarci con i nostri stessi pregiudizi e gli stereotipi sociali negativi associati a tali minoranze.

I disordini dell'identità di genere possono essere visti come stati nei quali i giovani, nel corso dello sviluppo psicosessuale, sperimentano il loro sesso fenotipico come incongruo rispetto al proprio senso di identità di genere. Il disagio si traduce in desiderio di appartenere all'altro sesso, in abitudine a indossarne i vestiti, nella preferenza per giochi o amici del sesso con il quale il bambino e la bambina si identificano, nell'avversione per le caratteristiche e le funzioni sessuali del corpo. È importante sottolineare che avere fantasie e comportamenti legati al sesso opposto è un



fenomeno alquanto comune per i bambini piccoli. La differenza sostanziale è nel grado in cui si manifestano questi comportamenti e nel ruolo che essi hanno nel funzionamento adattivo del bambino. È necessario non confondere comportamenti varianti e non conformi alle aspettative socioculturali con la presenza di una disforia di genere. La disforia di genere in bambini e adolescenti costituisce una condizione complessa, poiché si associa spesso a difficoltà a livello emotivo e comportamentale ed è causa di una enorme sofferenza particolarmente in adolescenza. Il rischio per bambini e adolescenti con disforia di genere è quello del progressivo e crescente isolamento sociale, il quale pone le basi per una serie di espressioni di disagio e comportamenti dannosi, sia sul piano personale che relazionale. I fenomeni di derisione e di ostracismo da parte dei pari, e il successivo isolamento e senso di non integrazione di chi li subisce, possono contribuire allo stabilizzarsi di un progressivo abbassamento dell'autostima e alla possibilità di incorrere in fenomeni di rifiuto, abbandono scolastico e ritiro sociale.

Nel primo capitolo si presenta la cornice teorica e l'inquadramento all'interno del *Manuale Statistico Diagnostico – DSM-V* con un breve riferimento alle principali tappe dello sviluppo sessuale e dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza. I capitoli due e tre affrontano invece l'argomento raccogliendo alcuni riferimenti della letteratura internazionale e italiana sulle pratiche cliniche e terapeutiche; nel panorama italiano è presentato il Servizio per l'Adeguamento tra l'identità fisica e l'identità psichica (SAIFIP) dell'Azienda San Camillo Forlanini di Roma. I capitoli quattro e cinque approfondiscono gli aspetti della presa in carico e del trattamento di bambini e adolescenti con disforia di genere ponendo particolare attenzione al coinvolgimento della famiglia, come previsto in ogni buona prassi clinica con minori. I professionisti che si occupano di età evolutiva (da un punto di vista medico e psicologico) devono saper 'leggere' la complessità dei comportamenti legati al genere dei bambini e degli adolescenti, non sottovalutarli, e nep-

pure etichettarli troppo precocemente, affrontandoli con la consapevolezza sempre più confermata dalla osservazione clinica strutturata, che l'inizio delle problematiche d'identità di genere si intreccia con difficoltà relazionali, emotive e comportamentali di più vasta portata. Considerando che la formazione dell'organizzazione atipica è complessa, probabilmente multifattoriale, dal punto di vista terapeutico modificare l'identità di genere non è l'obiettivo. Inoltre bambini e adolescenti sono coinvolti in processi di sviluppo fisico, psicologico e sessuale ed hanno un'ampia variabilità nelle loro traiettorie di sviluppo. Il primo passo è l'accoglienza del giovane e della famiglia. La presa in carico mira ad assistere e accompagnare il minore nello sviluppo psico-fisico, esplorando le caratteristiche e la natura dell'organizzazione dell'identità di genere. L'intervento si focalizza sul miglioramento dei problemi della vita del bambino/adolescente e della sua famiglia e sulla diminuzione della sofferenza sperimentata da entrambi con particolare attenzione alla riduzione delle problematiche in comorbilità. Già il riconoscimento e l'eliminazione della segretezza possono recare un notevole sollievo favorendo il riconoscimento di una sofferenza in un'ottica di accettazione e non di giudizio. Abbiamo pensato di dedicare l'ultimo capitolo agli interventi nelle scuole e alla sensibilizzazione sulle tematiche per gli studenti del primo anno di Università. Infine nella sezione "La cassetta degli attrezzi" si trovano strumenti di lavoro, proponiamo due racconti di Francesca Castelvè (scrittrice), uno per bambini ("Colorosamente") e uno per preadolescenti e adolescenti ("Lo specchio dentro me"), insieme a delle schede che possono essere utilizzate nel lavoro clinico e/o psicoeducativo. Infine segnaliamo anche una filmografia che può essere spunto per eventuali proposte di lavoro nelle scuole, in gruppi di adolescenti, genitori o materiale stimolo per la formazione di educatori, psicologi, psicoterapeuti o semplicemente per addentrarsi nel tema.

I curatori Laura Rigobello e Francesca Gamba

**Titolo: Attaccamento traumatico: il ritorno alla sicurezza
Il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva**

Autore: Anna Rita Verardo
Editore: Giovanni Fioriti - Collana EMDR
Anno: 2016
Pagine: 368
Prezzo: € 30,00

Presentazione

La trama è l'attaccamento, quel semplice ma altrettanto complesso istante in cui ci sentiamo bisognosi di protezione e ricorriamo a una figura "più forte e più saggia" che con le sue risposte plasmerà il nostro futuro. Questo libro intreccia i fili dei legami che permettono a una persona di sentirsi al sicuro e la sua lettura ci guida per mano attraverso il delicato, quanto complesso, compito di condire con i lettori tutte le conoscenze che le ultime ricerche ci hanno fornito, sul trauma e sulla sua ricaduta nel ciclo di vita. Un percorso utile a fornire strumenti necessari a capire in che modo il passato s'intrecci al presente nel legame con un figlio, forgiando così il futuro dispiegarsi del rapporto con lui, poiché se si è in grado di leggere gli intrecci di cui è fatto



il filo di una relazione è anche possibile poter riuscire a scioglierne i nodi.

L'autrice si addentra con delicatezza nei meandri della psiche di chi ha sofferto, dai bambini che hanno subito separazioni multiple, lutti e abusi, ai genitori che hanno il compito affascinante quanto complesso di farsi garanti della sicurezza, parlando non solo di loro, ma anche con loro, genitori e bambini, considerandoli degli interlocutori diretti e attenti nel percorso di cura. Immaginando un girotondo al centro del quale c'è sempre il tema della sicurezza.

I traumi infantili, i disturbi dell'attaccamento, la regolazione emotiva e sensoriale, il lutto traumatico, aprono la visuale su una complessità tale da richiedere di mettere in campo tutte le conoscenze teoriche e cliniche a disposizione, in un'ottica di integrazione.

Il testo si arricchisce, infine, di vari protocolli di intervento che prevedono l'utilizzo dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), modello evidence-based per la cura dei traumi, poiché i traumi costituiscono un ostacolo nella ricerca di sicurezza e benessere.

Anna Rita Verardo, psicologa e psicoterapeuta. Da sempre interessata alla ricaduta delle esperienze traumatiche di vita sullo sviluppo della personalità, è responsabile del centro clinico "Feelsafe". È trainer certificato dell'associazione EMDR Europe e membro del comitato europeo per l'applicazione dell'EMDR ai

bambini e agli adolescenti.

Si è dedicata all'attività di ricerca dell'associazione EMDR sui correlati neurobiologici dell'EMDR, attraverso lo studio dell'elettroencefalografia. È autrice di numerose pubblicazioni su riviste scientifiche e del giocolibro *La giusta distanza; coautrice del volume Tu non ci sei più e io mi sento giù. È madre di Martina una giovane donna di 20 anni. Ama e pratica il canottaggio.*

Titolo: **Manuale critico di sanità pubblica**

Curatore: **Francesco Calamo-Specchia**

Editore: **Maggioli**

Anno: **2016**

Pagine: **900**

Prezzo: **€ 75,00**

Il “**MANUALE CRITICO DI SANITÀ PUBBLICA**”, curato dal prof. Francesco Calamo-Specchia, docente di Igiene presso l’Università Cattolica di Roma, costituisce la riflessione collettiva più ampia ad oggi disponibile sulla Sanità pubblica nazionale, raccogliendo scritti di ben 180 specialisti diversi di tutta Italia - medici e non medici, sanitari e non sanitari, accademici e operatori del territorio, di diverse esperienze ed estrazioni professionali.

Va segnalata, a questo proposito, l’ampia - e non consueta, in manuali accademici - presenza di capitoli redatti da operatori del territorio (cui coerentemente è affidata tutta la parte V del testo, dedicata all’illustrazione degli interventi preventivi “sul campo”); e l’altrettanto ampia e qualificata presenza di rappresentanti di Ordini professionali ed Associazioni scientifiche delle diverse professioni presenti nel SSN, farmacisti e psicologi, fisici e chimici, veterinari e geologi, ingegneri e sociologi, infermieri e tecnici della prevenzione, ecc.; tutti chiamati a riflettere sul contributo che le rispettive discipline possono offrire al sistema della Sanità pubblica e della prevenzione nel nostro Paese. In particolare, tra gli Autori sono presenti 8 psicologi, di cui 4

iscritti al nostro Ordine pugliese.

Nei 131 capitoli del Manuale si realizza un originale allargamento di visione, rispetto ai consueti “libri di testo”, dalla semplice illustrazione dei fenomeni alla ricerca del loro senso; e - applicando uno sguardo non preconcettualmente negativo, ma di certo profondamente analitico alla Sanità pubblica italiana - si individuano per ogni argomento trattato i nodi critici da segnalare agli operatori che li affrontano nella pratica professionale quotidiana, ma anche agli studenti che a quella pratica vanno preparandosi.



Nei 131 capitoli del Manuale si opera peraltro una nuova organizzazione della materia, che rinuncia alla tradizionale sequenza “nosografica” (Igiene degli alimenti, Igiene dell’ambiente, ecc.), seguendo invece - con uno sguardo più “fun-

zionale” - le domande fondamentali che devono porsi chi voglia analizzare e intervenire nella Sanità pubblica italiana.

Nell’analisi del *contesto complessivo in cui si inquadrano i problemi della Sanità pubblica*, che apre il testo, il Manuale rinuncia agli abusati approcci economico/finanziari, per adottare uno sguardo sistemico, che sposa con convinzione il modello bio-psico-sociale nell’analisi dei fenomeni di salute e malattia. Di particolare interesse per gli psicologi è lo spazio riservato al tema del capitale sociale, e della concretezza dei fattori “immateriali” e delle loro influenze (ad esempio, piuttosto originalmente, segnalando il narcisismo di massa come fonte di problemi ambientali, ecc.), che percorre come un *fil rouge* condiviso tutto il testo.

Interrogandosi poi su *quali siano questi problemi, e a quali situazioni ritrovabili in quel contesto - o a quali dei connotati che tale contesto definiscono - sia possibile collegarli*, il Manuale si occupa di alimentazione e di sessualità, di individualismo e di guerre, di energia e di calamità naturali - senza tralasciare le questioni più classiche dell’ambiente, delle vaccinazioni, dei comportamenti a rischio, delle politiche sanitarie e generali, ecc.; e focalizza come centrale il tema delle disuguaglianze sociali e sanitarie come fonte di malattia e di morte, sulla scorta delle evidenze scientifiche e delle prese di posizione OMS in tema.

Chiedendosi successivamente *come si possa agire per risolvere i problemi evidenziati, e quali strategie, quali azioni generali e più specificamente sanitarie o mediche sia possibile mettere in campo*, il Manuale prende posizione nel dibattito culturale ed organizzativo sulla Sanità pubblica e sul diritto alla salute in Italia, proponendo anzitutto la convinzione (che nel testo trova fondamenti oggettivi e conferme documentate) che un intervento efficace, efficiente ed equo in sanità, o è pubblico, o semplicemente non è; ed auspica un forte rilancio

della cultura e della pratica della Sanità pubblica italiana intorno al mandato organizzativo, istituzionale, politico, chiaro e senza eccezioni, di produrre salute prima di tutto.

Passando quindi in rassegna *le risorse su cui contare per applicare tali strategie*, il Manuale sottolinea la crucialità del personale rispetto alle risorse strumentali o finanziarie, proponendo peraltro un allargamento delle professionalità del SSN anche ad antropologi e geografi medici. Ciò testimonia ulteriormente l’impostazione decisamente multidisciplinare - o meglio ancora metadisciplinare - del testo, che del dialogo e dell’integrazione tra le professionalità (individuati come fattori chiave per il successo della prevenzione) fa un suo forte motivo conduttore.

Infine, chiedendosi *come valutare le attività messe in atto in Sanità pubblica*, nel Manuale si segnala fortemente l’opportunità di privilegiare il giudizio di qualità percepita degli interventi e della salute da essi determinata rispetto alla loro valutazione quantitativa, con la sottolineatura della soggettività che ne consegue; e prende una posizione forte a favore degli interventi ritenuti comunque importanti o necessari dalle collettività, al di là della loro misurabilità oggettiva dei loro effetti, o peggio della loro redditività finanziaria.

In conclusione, il “Manuale critico di sanità pubblica” appare davvero una applicazione dello spirito critico che propugna, ponendosi non tanto come una pretesa “summa” delle conoscenze, quanto piuttosto come guida e proposta di una loro analisi e contestualizzazione generale; e costituisce un interessante contributo, da una parte alla determinazione di una “massa critica” di operatori orientata al diritto alla salute perseguito attraverso la prevenzione, e dall’altra alla formazione di nuove leve di professionisti sanitari educati allo spirito critico e alle interrogazioni sui “perché”, piuttosto che di tecnici addestrati solamente al “come”.

Titolo: **La sindrome di
Isacco
I genitori e “le
colpe” dei figli**

Autore: **Francesco Saverio
Abbruzzese**

Editore: **La Meridiana**

Anno: **2016**

Prezzo: **€ 18,00**

Il Signore chiese al suo fedele servitore Abramo di sacrificargli il suo diletto figlio, l'unico che gli era rimasto.

Isacco era lo strumento nelle mani di Dio per mettere alla prova la cieca e totale obbedienza di Abramo; ma quel bambino che colpa aveva?

Isacco rappresenta tutti quei bambini che gli adulti rendono vittime innocenti perché destinati di una colpa che loro malgrado devono spiare.

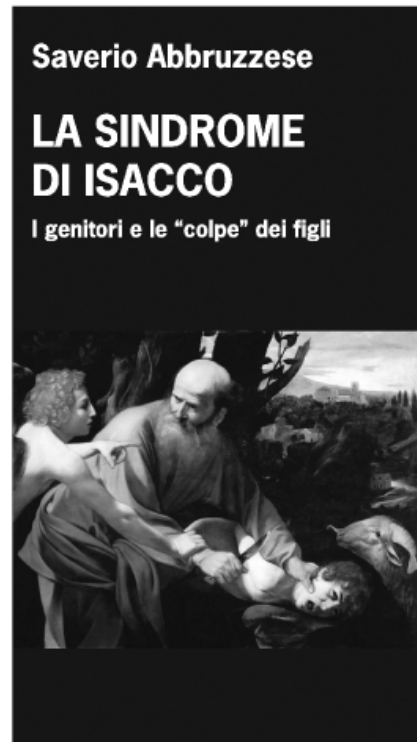
Ci sono genitori che *colpevolizzano* i figli. A volte lo fanno senza rendersene conto. Ma gli effetti di questa *colpevolizzazione* rischiano di essere devastanti e di condizionare la vita. La “sindrome di Isacco” si riferisce a questo sentirsi in colpa dei figli a prescindere da ciò che loro possono realmente aver commesso.

In questo libro sono raccolte storie che possono essere ricondotte alla condizione esistenziale di Isacco.

I numerosi Isacco, incontrati nella pratica clinica e professionale dell'autore, si trasformano in una guida per provare, chiudendo gli occhi, a immaginare come quella domanda che rimbalza continuamente, “perché io?”, può impattare nella vita di una persona.

Le storie che troverete in queste pagine sono un accorato invito rivolto ai genitori ad evitare di trasmettere i sensi di colpa ai figli.

Sono il modo per aiutare ciascun figlio a



edizioni la meridiana

liberarsi da una condizione insopportabile, di alleggerirlo da un peso insostenibile.

Un po' alla volta, con calma.

Francesco Saverio Abbruzzese, psicologo psicoterapeuta, criminologo clinico, è stato giudice onorario del Tribunale per i minorenni di Bari, ha insegnato psicologia dell'adolescenza e psicopedagogia delle differenze individuali all'Università di Bari, è stato consulente tecnico di vari uffici giudiziari, esperto dei processi di accoglienza dei minori fuori della famiglia, ha lavorato nei centri d'ascolto nei vari ordini di scuola. Attualmente insegna psicologia negli istituti secondari superiori.

Per “la meridiana” ha pubblicato “Un posto per parlare, l'ascolto a scuola” e “Sulle tracce dei figli, manuale di sopravvivenza per genitori troppo buoni”.

Titolo: Gesù psicologo

Autore: Mauro Mangiacotti

Editore: Sardini

Anno: 2016

Introduzione

Questo libro si presenta come un commentario psicologico ai quattro Vangeli.

Viene rispettata la sequenza proposta nella Bibbia di Gerusalemme.

Il testo è composto da circa 200 citazioni, ognuna accompagnata da relativo spunto di riflessione critica.

L'ottica specifica con cui si guarda a Gesù è sia umana che psicologica.

La figura che ne emerge è, dunque, duplice.

Da un lato, si incontra un uomo che, come tutti noi, sente la fatica e la ricompensa nel portare avanti i progetti in cui crede, che ha fame e si riposa, che si commuove, si dispera e si rallegra con chi gli è vicino. In più, il Rabbi manifesta un'elevata competenza nel vestire i panni di leader del suo gruppo.

Dall'altro lato, quello psicologico, si scopre un fine conoscitore della psicologia dell'uomo, sia a livello di epistemologia (il modo, cioè, in cui la psicologia inquadra l'uomo) che di applicazione clinica. Inoltre, il Maestro evidenzia una spiccata propensione alla comunicazione e una forte padronanza nell'uso di specifiche tecniche di colloquio.

Pertanto, questo manoscritto potrà risultare interessante per l'immagine di un Gesù, uomo ed esperto psicologo, e tornare utile a chi vuole migliorare le proprie capacità di leadership e di dialogo/relazione con gli altri.

Lo scopo ultimo di questo libro è evidenziare l'universalità e l'attualità degli insegnamenti umani e psicologici lasciatici dal Maestro,

essendo l'autore fermamente convinto che ogni persona ne abbia da imparare e da trarne beneficio.

1) MODALITA' DI RELAZIONE CON L'ALTRO

Questa prima sezione del libro evidenzia un modo specifico di guardare all'uomo: ognuno di noi è relazione. Senza un confronto con l'altro, non possiamo definire noi stessi. Se non ci paragoniamo ad un'altra persona, non possiamo neanche dire se siamo alti o bassi di statura o quanto siamo bravi nello studio e nel lavoro. E ancora. Senza l'imprenditore non ci sono gli operai così come senza i lettori, non c'è lo scrittore: ciò significa che solo se qualcuno leggerà queste righe, io potrò ritenermi soddisfatto e recitare "autenticamente" il mio ruolo! E di più. In una coppia in cui è lei a guidare la macchina o a tirare la carretta, lui, molto probabilmente, vestirà i panni del passeggero. E viceversa, ovviamente.

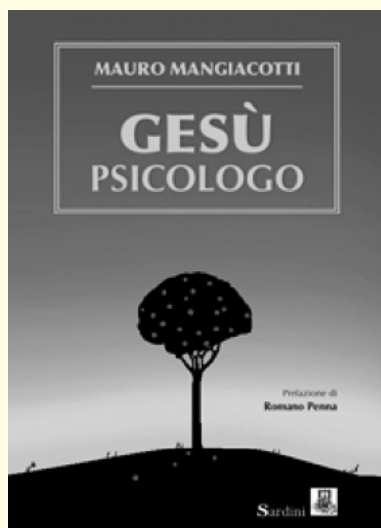
Per farla breve, questo è un invito a pensare a se stessi non come individui ma come "persone in relazione" nella coppia, in famiglia, con i coinquilini, con i colleghi di lavoro, amici, ecc..

Presto ci si accorgerà di quanto noi e chi ci è vicino siamo fautori e complici del nostro destino quotidiano, intendendo le nostre personali responsabilità legate in un inscindibile senso di corresponsabilità.

- Mt 5,23-24

"Se dunque presenti la tua offerta sull'altare e lì ti ricordi che tuo fratello ha qualcosa contro di te, lascia lì il tuo dono e va' prima a riconciliarti con il tuo fratello e poi torna ad offrire il tuo dono".

Emerge la priorità dell'essere in armonia con chi ci è vicino per stare bene con se stessi



si e poter, di conseguenza, elevare la propria spiritualità. Mantenere relazioni positive con gli altri è condizione necessaria per il proprio benessere personale.

- Mt 7,5

“Ipocrita, togli prima la trave dal tuo occhio e poi ci vedrai bene per togliere la pagliuzza dall’occhio del tuo fratello”.

E’ fondamentale avere un’ottima consapevolezza di sé, dei propri punti di forza e di debolezza, per poter essere una buona guida per gli altri. Dobbiamo avere le idee chiare su cosa fare o su dove andare prima di poter indirizzare gli altri su quella che consideriamo essere l’azione giusta o la retta via.

- Mt 18,15-17

“Se il tuo fratello commette una colpa, va’ e ammoniscilo fra te e lui solo; se ti ascolterà, avrai guadagnato il tuo fratello; se non ti ascolterà, prendi con te una o due persone, perché ogni cosa sia risolta sulla parola di due o tre testimoni. Se poi non ascolterà neppure costoro, dillo all’assemblea; e se non ascolterà neanche l’assemblea, sia per te come un pagano o un pubblicano”.

E’ questa la sequenza ideale per una correzione interpersonale. Vengono rispettate precise e pre-ordinate fasi esecutive: si parte da un confronto diretto fra gli interessati fino ad arrivare al giudizio globale del gruppo di riferimento. In altri termini, evitando di enfatizzare il disaccordo, si cerca di risolvere il diverbio senza chiamare in causa altri. Qualora ciò non sia possibile, è corretto coinvolgere progressivamente altre persone.

- Lc 8,37

Allora tutta la popolazione del territorio dei Geraseni gli chiese che si allontanasse da loro, perché avevano molta paura. Gesù, salito su una barca, tornò indietro.

E’ bene farsi da parte quando i nostri interlocutori, per un loro qualsiasi motivo, dichiarano di non essere pronti ad accogliere i nostri messaggi. Nonostante le nostre buone inten-

zioni di incontro con l’altro, occorre rispettare l’altrui volontà di non essere coinvolti.

- Lc 15,29-32

Ma lui rispose a suo padre: “Ecco, io ti servo da tanti anni e non ho mai trasgredito un tuo comando e tu non mi hai dato mai un capretto per far festa con i miei amici. Ma ora che questo tuo figlio che ha divorato i tuoi averi con le prostitute è tornato, per lui hai ammazzato il vitello grasso”. Gli rispose il padre: “Figlio, tu sei sempre con me e tutto ciò che è mio è tuo; ma bisognava far festa e rallegrarsi, perché questo tuo fratello era morto ed è tornato in vita, era perduto ed è stato ritrovato”.

Sono proprio le persone che, per un qualunque motivo, si allontanano da noi, quelle che poi, quando ritornano, necessitano urgentemente di essere accolte e re-integrate nel nostro sistema di relazioni.

- Gv 4,40

E quando i samaritani giunsero da lui, lo pregarono di fermarsi con loro ed egli vi rimase due giorni.

E’ bene assecondare le richieste altrui quando queste risultano sentite e sincere e qualora ci si senta preparati e pronti a condividere le proprie esperienze.

- Gv 15,13

“Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici”.

Da un insegnamento così disarmante per la semplicità della sua esposizione, si può cogliere l’ottica psicologica dell’uomo visto come un “essere in relazione”. Appare chiaro ed evidente che per ogni uomo, l’apice del benessere personale sia raggiungibile solo ed esclusivamente attraverso un percorso di sane e soddisfacenti relazioni interpersonali. Dal fondo di questa riflessione, sgorga un elisir di personale e reciproca gratificazione: mantenere buone relazioni con chi ci è vicino è la strada giusta per sentirci, personalmente e insieme, vivi e felici.

Notizie dalla Segreteria

Sede: Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria da Via Capruzzi)

Orari di apertura al pubblico della Segreteria:
tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
lunedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037 - Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it - **e-mail:** presidenza@psicologipuglia.it

Pec: segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito: <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** ordinesicologiregioneuglia

N° totale degli iscritti alla sez. A al 22/04/2016: 4641

N° totale degli iscritti alla sez. B al 22/04/2016: 11

N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 2050

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento (previo appuntamento) sono i seguenti:

Presidente: Dott. Antonio Di Gioia
lunedì ore 16:00 - 18:00

Vice Presidente: Dott.ssa Vanda Vitone
Lunedì ore 16:00 - 18:00

Segretario: Dott.ssa Vanna Pontiggia
Lunedì e Mercoledì
ore 17:00 - 18:00

Tesoriere: Dott.ssa Marisa Yildirim
Mercoledì ore 14:00-16:00

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

Consulenza fiscale-tributaria

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve il lunedì, dalle 15.00 alle 17.00.

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3407771793.

Consulenza legale

Avv. Francesco Mascoli

Riceve il lunedì, dalle 15.00 alle 17.00.

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 ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE: Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione. Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in origi-

nale bisogna allegare:

- 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati;
- 2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

E' necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

1. L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in



un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.

2. Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:

a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;

b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

3. L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;

- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in

corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;

- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n°15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.



CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE:

dott. **Antonio Di Gioia**
presidenza@psicologipuglia.it
antonio.digioia.153@psypec.it

VICEPRESIDENTE:

dott.ssa **Vanda Vitone**
vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it

SEGRETARIO:

dott.ssa **Giovanna Teresa Pontiggia**
vannapontiggia@gmail.com
giovannateresa.pontiggia@pec.it

TESORIERE:

dott.ssa **Marisa Yildirim**
marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it

CONSIGLIERI:

dott.ssa **Paola Annese**
paolaannese83@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. **Andrea Bosco**
a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@psypec.it

dott. **Antonio Calamo-Specchia**
a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. **Geremia Capriuli**
capriuligeremia@gmail.com
geremia.capriuli.467@psypec.it

dott. **Ferdinando De Muro**
ferdinandodemuro@libero.it
ferdinando.demuro.385@psypec.it

dott. **Massimo Frateschi**
massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa **Anna Gasparre**
gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. **Victor Laforgia**
victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa **Anna Loiacono**
loiacono-anna@libero.it
anna.loiacono.444@psypec.it

dott. **Giuseppe Saracino**
giuseppe.saracino@uniba.it
giuseppe.saracino.066@psypec.it

dott.ssa **Emanuela Soleti**
manusoleti@gmail.com
emanuela.soleti.317@psypec.it



Servizio gratuito di Posta Elettronica Certificata (PEC) per gli iscritti: ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella **PEC** offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti. Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella **PEC** sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella **PEC** è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo.

Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la **PEC** è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

Psicopuglia

*Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.
Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari*

*Autorizzazione del Tribunale di Bari
n.1173 del 3/5/94.*

Direttore Scientifico:
dott.ssa Anna Gasparre

Redazione: dott. Geremia Capriuli - dott. Antonio Calamo-Specchia - dott.ssa Paola Annese - dott. Massimo Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**
Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di un'alunna di scuola primaria
"Scuola Gramsci-Pende",
Noicattaro (BA).



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia